

Алкоголь и коронавирус



С

коронавирусной инфекцией человечество столкнулось впервые. Вначале никто не предполагал, что COVID-19 обретет размеры пандемии. Проблема изучена еще не полностью, так как информация постоянно обновляется.

Для защиты себя от заражения люди используют маски, перчатки, антисептические средства для рук. Во многих публикуемых сегодня рекомендациях по профилактике коронавируса для дезинфекции рук и окружающих предметов – дверных ручек, гаджетов и прочего, к чему мы прикасаемся в быту, предлагается этиловый спирт, крепость которого превышает 60 градусов. Только в такой концентрации можно получить антисептический эффект.

В тоже время в народе бытует мнение, что прием крепкого алкоголя снижает риск заражения коронавирусом. Как заявил главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн, это не поможет ни при заболевании, ни в целях профилактики. Любое вирусное заболевание, в том числе вызванное COVID-19, сопровождается

интоксикацией. Во время болезни вирусы активно размножаются, поражают клетки организма, вызывая их отмирание. Продукты распада накапливаются в окружающих тканях, эти скопления токсинов провоцируют отравление, которое значительно усугубляет состояние больного. Алкоголь только добавляет организму токсинов, которые возникают в результате распада этилового спирта. Таким образом, употребление спиртных напитков во время болезни неизбежно приведет к ухудшению самочувствия, может вызвать тахикардию и **угрожающую жизни аритмию**. Организм и иммунная система, испытывая отравление алкоголем, значительно снижают свои возможности в борьбе с вирусом, что может усугубить течение данного заболевания и привести к развитию осложнений, вплоть до летального исхода. Употреблять алкогольные напитки для профилактики, чтобы «обеззаразить» ротовую полость, также бесполезно. Вирус попадает в организм через слизистые не только ротовой полости, но и глаз, носа. У нетрезвого человека снижено адекватное восприятие окружающей действительности, концентрация внимания, он может забыть помыть руки и тем самым увеличить риск заражения. Более того, даже небольшое количество алкоголя снижает сопротивляемость организма, уменьшая выработку иммунных тел.

Специалисты Всемирной Организации Здравоохранения подчеркивают, что употребление не только крепкого, но и любого вида алкоголя не является эффективной мерой по предотвращению заражения COVID-2019. При возникновении любых симптомов заболевания, в первую очередь необходимо обратиться к врачу, не пытаться заниматься самолечением, тем более с помощью алкоголя.

Важно не впасть в другую крайность – эпидемия пройдет, а вредная привычка останется.

Как оградить ребенка от алкоголя и наркотиков?



Табак, алкоголь, наркотики. Вряд ли найдется родитель, который захочет, чтобы его ребенок употреблял эти вещества и был зависим от них. Но как уберечь сына или дочь от такой зависимости? Универсального рецепта, к сожалению, не существует. Но некоторые советы дать можно.

Зависимое поведение

Зависимое поведение в той или иной степени составляет суть человеческой жизни.

И это не обязательно должна быть **зависимость** от психоактивных веществ. Те же пищевые привычки, музыкальные пристрастия, выбор партнеров не обходятся без элементов зависимости.

Вопрос лишь в том, когда тяга приобретает **патологический характер**. По большому счету, зависимое поведение – это своеобразная попытка бегства от реальности, уход в измененное психическое состояние. Главное, чтобы оно обеспечивало безопасность (хотя бы мнимую) и эмоциональный комфорт.

Зависимое поведение в той или иной степени составляет суть человеческой жизни.

Критерии зависимости:

- человек начинает игнорировать ранее значимые для него события;
- распадаются прежние отношения и связи, сменяется ближайшее окружение;
- непонимание или даже враждебность со стороны значимых для зависимого человека людей;
- скрытность, раздражительность, резко агрессивная реакция на критику;
- чувство вины или беспокойство по поводу своей зависимости;
- безуспешные попытки избавиться от пристрастия к психоактивному веществу.

Ни алкоголизм, ни наркомания по наследству **не передаются**. Передается лишь предрасположенность

Начать с себя

Известно, что ни алкоголизм, ни наркомания по наследству не передаются. Передается лишь **предрасположенность**. Тем не менее, этот факт необходимо учитывать. Так, у детей из пьющих семей в 7 раз больше вероятность формирования алкоголизма, чем у выходцев из семей, где практически не пьют.

Но даже наличие предрасположенности вовсе не означает, что заболевание обязательно разовьется: все зависит от влияния семьи и окружающей ребенка социальной среды. Огромное значение имеет поведение будущей матери **во время беременности**. Употребление любых психоактивных веществ в любых

дозах негативно влияет на ребенка. Это доказанный и неоспоримый факт.

Вопрос лишь в том, будут ли это врожденные уродства, врожденное заболевание или изменения биохимии головного мозга, которое изменит психику будущего ребенка. У героиновых наркоманок дети рождаются со сформировавшейся наркотической зависимостью, причем уже спустя 4 часа после родов у младенца может начаться самая настоящая «ломка». Но и вроде бы «безобидное» курение во время беременности оказывает влияние на будущее поведение детей и их здоровье.

Риск стать наркоманом для девушки-подростка в 5 раз больше, если ее мать курила больше 10 сигарет в день в течение беременности. Среди юношей, матери которых курили во время беременности, приступы неадекватного поведения в 4 раза выше, чем у юношей, чьи матери не курили.

Повышают **риск формирования зависимого поведения** у ребенка наличие у мамы психических травм, чрезмерных стрессов во время беременности и даже нежелательная беременность.

Огромное значение имеет поведение будущей матери во время беременности. Таким образом, профилактика алкоголизма и наркомании у ребенка начинается задолго до его рождения и даже зачатия.

Быть примером

Психологи давно заметили: в каком психическом состоянии находится мать, в таком состоянии находится и ребенок, особенно в возрасте до 2 лет. Это очень важно, ведь ребенок **копирует с родителей** и спектр психических реакций, и их интенсивность.

Предположим, мать работает воспитателем в детском саду и привыкла к «приподнятой» речи, избыточным жестам, преувеличенным выражениям чувств, иногда и к командному тону.

У ребенка такой матери, если она не будет делать «поправку на дом», с большой долей вероятности практически не будут формироваться тонкие оттеночные эмоции, а порог психических реакций окажется искусственно завышенным. И в подростковом возрасте эти нарушения он вполне может **начать компенсировать** сигаретами, алкоголем или наркотиками.

Если мать относится к своему ребенку отчужденно, система «мать-дитя» может вообще не сформироваться. И тогда психические реакции ребенка будут **развиваться с отставанием**, эмоционально обедненными. Ему будет трудно в будущем строить межличностные отношения, он замыкается в себе. И справиться с этими проблемами подросток тоже попытается при помощи психоактивных веществ.

Вместе с тем, важно помнить о **балансе поощрений и наказаний** при воспитании. Таким образом, ребенок тренируется переживать неприятности, пусть и незначительные. Выросший в атмосфере избыточной «любви», человек не сможет «держать удар» и будет искать суррогат той самой атмосферы, в том числе и среди наркотиков.

Подбирать ключик

Детский сад и школа, где проходят процессы социальной адаптации ребенка, – это тоже **зона риска**. Особенно сложен в этом смысле первый класс. Для детей, которые привыкли воспринимать мир через телесные ощущения (потрогать, побегать, подбросить, повертеть в руках, поиграть), неподвижное сидение за партой в течение 30–45 минут – настоящая пытка.

Их фактически лишают основного канала поступления информации. Отсюда сложности в усвоении материала, конфликты с преподавателем и одноклассниками. А ведь таких детей в первом классе до 30 процентов. У другой группы детей степень усвоения материала зависит от того впечатления, которое он производит, от тех интонаций и эмоций, которые «выдал» учитель во время урока.

Таким ученикам сложно воспринимать четко систематизированную информацию (например, математику), они считают ее сухой и скучной. И у них тоже возникает **«эмоциональное голодание»**, но уже по другой причине.

Детский сад и школа, где проходят процессы социальной адаптации ребенка, – это тоже зона риска. Особенно сложен в этом смысле первый класс. Если подросток стремится «быть как все», высок риск того, что он попробует наркотик.

Что же делать родителям?

Не препятствуйте, когда дети начинают **пробовать множество кружков** и секций, не задерживаясь надолго ни в одном из них. Это нормально. Таким образом они примеряют на себя различные виды деятельности, набираются опыта получения удовольствия, удовлетворения от творчества или самореализации. Чем больше подобного опыта получит ребенок, тем меньше риск, что он будет искать суррогатное удовольствие в психоактивных веществах.

В школе, примерно с 9–10 лет, формируется и **групповое поведение** ребенка. Оно формируется по разным принципам – двор, интересы, музыка, спорт и т.п. Рано или поздно в группу может случайно попасть психоактивное вещество. И если подросток стремится «быть как все», если статус в группе для него выше всего остального, он обязательно его попробует.

К счастью, группы редко сразу же начинают пробовать героин, чаще всего речь идет о психостимуляторах или марихуане.

Не держите ребенка в **информационном вакууме** – он заполнит его из других источников. И не факт, что они будут достоверными и адекватными.

Информировать

Ребенок должен узнать о наркотиках от Вас. Хотя на подростка гораздо большее впечатление может произвести беседа с более

близким по возрасту родственником – старшим родным или двоюродным братом, Вашими сестрами или братьями.

Объясните, что «легких» наркотиков **не существует**, они лишь «аэродром подскока» для перехода на более «тяжелые». Что психическая зависимость, развивающаяся при курении марихуаны, «не отпускает» так же, как и физическая зависимость от алкоголя. И что порой всего одного укола героина достаточно для формирования пожизненной и стойкой наркомании.

Покажите ему веб-сайты антинаркотической направленности, пусть он почитает реальные истории наркоманов, посмотрит на фотографии возможных последствий. Большое впечатление на подростков обычно производит художественный фильм Даррена Аранофски «Реквием по мечте», да и документальных фильмов на эту тему достаточно.

Родительские заповеди

1. Не старайтесь сделать из ребенка свою копию, он будет собой, даже если Вы этому будете активно противодействовать.
2. Не требуйте от ребенка благодарности только за то, что Вы дали ему жизнь. В свое время он даст жизнь Вашим внукам и уже этим вернет свой долг с лихвой.
3. Не вымещайте на ребенке свою злость и обиды за неудачи в работе или личной жизни. Все зло, которое Вы излили на ребенка, вернется к Вам, нередко в гипертрофированном виде.
4. Относитесь серьезно к проблемам ребенка, даже если Вам они кажутся смешными. У него меньше жизненного опыта, помогите ему, поделитесь своими знаниями.
5. Никогда не унижайте ребенка. Помните, что он такая же личность, как и все остальные, у него тоже есть чувство собственного достоинства.
6. Любите ребенка просто так, а не за то, что он талантлив,

красив или умен.

7. Никогда не делайте чужому ребенку того, чего не сделали бы своему.

Работа с пациентами, злоупотребляющими алкоголем, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Можно пройти анонимное анкетирование по самооценке потребления
алкоголя , для этого нажмите на иконку 

Ролики антиалкогольной компании «Трезвость – норма нашей жизни»

Приказ ДЗиФ № 888 от 14.08.2017 «О развитии взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики»



НОВОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

№ 57



Ярославль
2016

Введение

Традиционно в России, как и в других государствах, всячески боролись с злоупотреблением алкоголем. В XX веке противодействие алкоголизации населения приняло системный характер и глобальный масштаб. Но оказалось, что борьба с «зелёным змием» жёсткими запретительными мерами – не самый эффективный способ. В XXI веке наше государство решило не повторять прежних ошибок и действовать по-другому. Не запрещать и карать, а ограничивать и информировать.

Масштабная антиалкогольная кампания ведётся с 2009 года, когда стартовала федеральная программа «Здоровая Россия». Минздрав России задействует для этой борьбы средства массовой информации. Создан портал о здоровом образе жизни Takzdorovo.ru.

Приняты и серьёзные ограничительные меры. Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота алкоголя» существенно ограничивает продажу алкоголя, в том числе пива: по возрасту, по времени и месту. Ограничивается и реклама алкогольной продукции.

Всё это приносит положительные результаты. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, благодаря активной антиалкогольной политике в стране последовательно снижается потребление алкоголя. Если в 2005 году в России выпивали в среднем 20 литров чистого спирта на душу населения, то в 2015 году – уже 10,5 литров. Снижается при этом и доля потребления крепких напитков. Уменьшаются показатели смертности от отравлений алкоголем, заболеваемость алкогольными психозами тоже пошла на спад.

Но несмотря на явный прогресс, уровень потребления спиртного в нашей стране всё ещё значительно выше рекомендуемого ВОЗ «порога безопасного потребления». Злоупотребление спиртными напитками пока ещё остаётся в России одной из самых острых медико-социальных проблем. Несмотря на все усилия,

предпринимаемые государством в борьбе с алкоголизацией общества, ежегодно от последствий, вызываемых злоупотреблением спиртным, умирает 500 тысяч человек.

Нужно понимать: далеко не все люди настроены на полное воздержание от алкоголя. По данным зарубежных исследователей, только половина людей с проблемным употреблением алкоголя нацелена на полный отказ от него, вторая половина – на умеренное потребление. И именно эта вторая половина должна стать целевой аудиторией в борьбе за трезвый образ жизни. Специалисты предлагают направить усилия на то, чтобы добиться снижения именно вредного потребления алкоголя, которое бывает опасно как для собственного здоровья, так и для жизни окружающих.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины предлагает начать в России проект – консультирование лиц с риском пагубного употребления алкоголя на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.

По словам Бориса Горного, старшего научного сотрудника отдела первичной профилактики неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, «пирамиду» потребления спиртных напитков нужно представлять себе следующим образом.

В основании пирамиды – примерно 75 % – находятся трезвенники и люди, потребляющие алкоголь в социально приемлемых количествах. Такой уровень потребления не вызывает проблем со здоровьем, не становится причиной преступлений, семейных проблем или дорожно-транспортных пришествий. Верхушка пирамиды – примерно 5–7 % – это пациенты с алкогольной зависимостью, с которыми бесполезно вести задушевные беседы, их нужно лечить. А вот в середине (их около 20 %) находятся именно те потребители, которые чаще болеют и преждевременно умирают, являются причиной социальных и экономических проблем – пожаров, ДТП, преступности, низкой производительности труда.

Поэтому нужно направлять усилия на работу именно с этой группой риска, чтобы добиться снижения вредного потребления алкоголя. И главная задача сейчас – переориентировать сознание профессионалов на то, что необходимо заниматься именно этой группой потребителей алкоголя, причём на уровне первичного звена здравоохранения, в поликлиниках и на фельдшерско-акушерских пунктах.

Ещё в 1980 году комитет экспертов ВОЗ подчеркнул необходимость разработки эффективных методов выявления людей, потребляющих алкоголь в особо вредных количествах, до того как проявятся медицинские и социальные последствия, и призвал развивать стратегии, которые можно применять с минимальной затратой времени и ресурсов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Как подчёркивается в Европейском плане действий, разработанном ВОЗ, система здравоохранения, традиционно занимающаяся разрешением алкогольных проблем, должна играть более значимую роль в выявлении и профилактике наносимого алкоголем ущерба. При этом первичная медико-санитарная помощь рассматривается как важная структура для выявления тех, кто подвергается риску в результате злоупотребления алкоголем, и оказания им помощи в сокращении потребления. Она также является основным источником поддержки семей и групп самопомощи, выступает в роли защитника общественного здоровья на местном уровне.

При этом необходимо поощрять комплексный подход к медицинской профилактике в рамках общей стратегии укрепления здоровья. Превентивная деятельность по алкоголю должна быть связана с борьбой против курения, пропагандой здорового питания и физической активности.

Всё это поможет нашей стране достичь двух важнейших целей: нормализовать демографическую ситуацию и сократить расходы здравоохранения на лечение пациентов с хроническими заболеваниями алкогольной этиологии.

1. Потенциал первичной медико-санитарной помощи

Потребление алкоголя в обществе варьирует от трезвости или потребления в небольших дозах до злоупотребления, а связанные с алкоголем проблемы колеблются от нулевых до значительных или серьёзных. И если существует непрерывная шкала потребления алкоголя и связанных с этим проблем, то должна быть и непрерывная шкала ответных мер по этим проблемам: от первичной профилактики до специализированного лечения. То есть необходим спектр действий, который бы соответствовал спектру проблем. А следовательно, сектор специализированной помощи по алкогольным проблемам не может быть единственным местом оказания помощи. Более того, если мы хотим, чтобы связанные с алкоголем проблемы существенно сократились, характер их распределения среди населения подсказывает, что действия должны быть направлены на тех, у кого проблемы небольшие или умеренные.

Как показывает мировой и европейский опыт профилактики и решения алкогольных проблем, сектор первичной медико-санитарной помощи обладает огромным потенциалом в этом вопросе.

Во многих странах, в том числе и в России, первичная медико-санитарная помощь отвечает за определённое население, и большая часть населения зарегистрирована за своим конкретным врачом.

Уровень посещаемости служб первичной медико-санитарной помощи населением довольно высок. В некоторых странах от двух третей до трёх четвертей населения консультируются со своим врачом общей практики ежегодно, а уровень посещаемости составляет от трёх до четырёх консультаций на каждого пациента в год.

Службы первичной медико-санитарной помощи являются уважаемым источником информации, более половины населения в своих ответах на опросы указали, что считают своего врача общей практики единственным наиболее важным источником советов по связанным с алкоголем вопросам. Всё больше повышаются ожидания

населения, что службы первичной медико-санитарной помощи будут предоставлять поддержку и советы по вопросам образа жизни.

По статистике, те, кто пьёт много, посещают своих участковых врачей в два раза чаще, чем пьющие в небольших количествах, что увеличивает возможность попутного воздействия в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на тех, кто больше всего нуждается в этой помощи.

Первичная медико-санитарная помощь имеет возможность использовать «момент обучения», связывая причину визита пациента к врачу с потреблением алкоголя пациентом.

Службы первичной медико-санитарной помощи работают на постоянной основе, и до двух третей консультаций могут включать в себя повторные посещения. Повторные посещения являются идеальными условиями для проведения консультаций по процессу модели изменений и для проведения мотивационного собеседования. Исследования в Европе продемонстрировали меньшую затратность и высокую эффективность действий служб первичной медико-санитарной помощи.

Потенциальная схема проведения антиалкогольных консультаций в структурах первичной медико-санитарной помощи может быть построена на модели, где потребление алкоголя рассматривается как фактор риска возникновения заболеваний. Роль работника первичной медико-санитарной помощи будет определяться уровнем риска данной группы населения (см. таблицу 1).

Таблица 1. Схема проведения интервенций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Уровень риска (группы населения)	Метод	Роль работника первичной медико- санитарной помощи
---	--------------	---

Низкий (люди с низким уровнем потребления)	Первичная профилактика	Санитарное просвещение; пропаганда; собственный пример
Повышенный (люди, потребляющие в опасных или вредных дозах)	Краткое воздействие	Выявление проблемы; оценка её сложности; краткая консультация; дальнейшее наблюдение
Высокий (люди, зависимые от алкоголя)	Специализированное лечение	Выявление проблемы; оценка её сложности; направление к специалисту; дальнейшее наблюдение

Для населения с низкой степенью риска основной акцент воздействия – это **первичная профилактика**. Кроме того, в функции первичной медико-санитарной помощи входит санитарное просвещение, пропаганда и собственный пример.

Для людей из группы повышенного риска, вызванного их потреблением алкоголя, основным методом является **краткое воздействие**, которому посвящена основная часть этой брошюры. Роль первичной медико-санитарной помощи состоит здесь в выявлении проблемы, оценке её сложности, краткой консультации и последующем наблюдении.

Для людей из группы высокого риска, вызванного их потреблением алкоголя, или тех, у кого имеются серьёзные проблемы, связанные с алкоголем, основная форма помощи – это **специализированное лечение**. Поэтому в функции первичной медицинской помощи входит лишь выявление проблемы, оценка её сложности, направление к специалистам и последующее

наблюдение.

2. Риски, возникающие в результате потребления алкоголя

Алкоголь и физический ущерб

Цирроз печени и рак. Медицинская наука накопила много данных, говорящих о наличии взаимосвязи между потреблением алкоголя и риском возникновения цирроза печени, а также онкологических заболеваний целого ряда органов пищеварительной системы. По заключению Международного агентства исследований рака, алкоголь имеет причинную взаимосвязь с раком ротовой полости, глотки, гортани, пищевода и печени. Данная взаимосвязь, которая действительна как для женщин, так и для мужчин, не является прямолинейной, а показывает подъём кривой при высоких уровнях потребления. За последние годы был опубликован ряд исследований на тему алкоголь и рак груди у женщин, где показано относительно медленное, но стабильное повышение риска с увеличением потребления алкоголя.

Сердечно-сосудистые заболевания. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и сердечно-сосудистыми заболеваниями более сложная. С одной стороны, существует достоверная статистика, отражающая повышение риска возникновения инсульта из-за кровоизлияния в мозг при злоупотреблении алкоголем. С другой стороны, есть данные, что приём небольших доз алкоголя может сокращать риск возникновения коронарной болезни сердца. Тем не менее большинство исследователей сходятся во мнении, что этот эффект невелик и сомнителен по сравнению с серьёзным отрицательным влиянием алкоголя на кровяное давление и связанным с ним повышением риска возникновения инсульта.

Общая смертность. В большинстве развитых стран наблюдается общая взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин для обоих полов. Эта связь выражается так называемой J-образной математической кривой, которая отражает неограниченный рост показателей.

Если рассматривать различные возрастные группы, то взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин относительно прямолинейна в более молодых возрастных группах (правда, здесь уклон кривой сильнее выражен у женщин), а в группах старшего возраста связь отражается верхней частью J-образной кривой. Эта возрастная модель образуется из-за того, что причины смерти в разных возрастных группах различны: в молодых возрастных группах более распространены несчастные случаи и отравления, в то время как в старших группах основной причиной смерти становятся сердечно-сосудистые заболевания. В развитых странах возраст, при котором взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью из прямолинейной превращается в J-образную, составляет около 50 лет.

Алкоголь и социальный ущерб

У социологов имеются данные о взаимосвязи между потреблением алкоголя и опасностью для семьи, работы, а также риском возникновения социальных последствий, алкогольной зависимости, несчастных случаев, совершением нападений, правонарушений, нанесением случайных травм, проявлением насилия и совершением самоубийств.

С ростом потребления алкоголя стабильно увеличиваются негативные последствия в таких сферах жизни, как дружба, здоровье, счастье, домашняя жизнь, учебные и рабочие возможности. Как показывают данные канадских учёных, при уровне потребления 20 г в день 20 % населения страдают от более чем двух негативных последствий в данных сферах. Среди мужской и женской частей населения с увеличением потребления алкоголя постоянно увеличивается число алкозависимых людей. В частности, более 10 % мужчин и женщин Северной Америки, потребляющих 20 г алкоголя в день, являются согласно десятой редакции Международной классификации заболеваний (ICD-10) зависимыми от алкоголя.

Увеличение частоты выпивок повышает риск возникновения несчастных случаев и умышленного применения насилия – как по

отношению к себе (самоубийство), так и к другим (насилие в домашних условиях и другие типы насильственных преступлений, включая грабёж и изнасилование). Для всех этих форм ущерба существует взаимосвязь «доза–ответная реакция» при отсутствии фактов, свидетельствующих о пороговом эффекте.

Размеры и распределение риска

Согласно оценкам экспертов, при уровне потребления алкоголя около 20 г в день относительный риск по сравнению с трезвостью повышается:

- для цирроза печени на 100 %;
- для рака ротовой полости, глотки, гортани на 20–30 %;
- для рака пищевода на 10 %;
- для рака печени на 14 %;
- для рака груди у женщин на 10–20 %;
- для инсульта на 20 %.

Для людей моложе 50 лет при потреблении около 20 г в день уровень смертности в результате всех причин повышается на 15–20 %; для людей старше 50 лет этот показатель приближается к 100 %.

При среднем уровне потребления 20 г в день 20 % людей испытывают значительные негативные последствия потребления алкоголя, а 10 % сообщают о зависимости от алкоголя.

Как показывает статистика, во многих развитых странах значительное количество населения потребляет алкоголь в опасных или вредных дозах. В Европейском регионе приблизительно один из трёх мужчин и одна из десяти женщин пьют более 20 г алкоголя в день. Это количество больше в странах с высоким уровнем жизни и меньше – в странах с низким уровнем.

Потребление алкоголя связано с рядом факторов, включая социально-демографические, экономические и региональные. Уровень потребления алкоголя выше среди мужчин, чем среди

женщин, и снижается с возрастом для обоих полов. При этом уровень потребления в молодом возрасте определяет питательные привычки последующей жизни. Холостяки и незамужние, разведённые и вдовцы, как правило, потребляют больше алкоголя по сравнению с людьми, имеющими семейный статус.

Также с повышенным уровнем потребления связаны определённые категории работ: в частности алкогольная промышленность и индустрия досуга, промышленная рыбная ловля и строительство. Кратковременная безработица приводит к повышенному потреблению, в то время как для длительного периода без работы характерно снижение потребления.

Женщины-специалисты потребляют больше алкоголя, чем представительницы других социальных групп общества. Для мужчин не выявлена какая-либо определённая взаимосвязь потребления с профессиональной принадлежностью, но таковая обнаруживается для людей с разным уровнем доходов. Как среди мужчин, так и среди женщин, с повышением дохода увеличивается доля потребляющих алкоголь в больших количествах.

3. Метод краткого воздействия

В зарубежной и отчасти в отечественной литературе этот метод зачастую называется «интервенцией» (от латинского *interventio* – вмешательство), поскольку данная работа с пациентом действительно представляет собой некое психологическое вмешательство в личностное пространство человека с целью стимулировать определённые положительные изменения. Однако в русском языке слово «интервенция» имеет негативный оттенок, и поэтому в последнее время российские специалисты предпочитают использовать более нейтральные названия: «воздействие» или «консультация».

Метод краткого воздействия предусматривает комплекс мер, которые вызывают у людей, злоупотребляющих алкоголем, желание изменить своё поведение.

Краткое воздействие как метод работы с пациентом включает в

себя:

- оценку уровня потребления алкоголя;
- информацию об опасных и приносящих вред уровнях;
- чёткий совет человеку сократить его потребление.

К преимуществам данного метода относятся:

- информирование пьющих об опасностях злоупотребления алкоголем;
- выявление проблем до того, как разовьётся серьёзная зависимость;
- мотивирование пациентов изменить своё питейное поведение;
- проведение малозатратных и коротких по времени, но эффективных действий для помощи тем, кто подвергается риску.

Проведение кратких воздействий обычно сопровождается выдачей информационных буклетов и сообщением о других вспомогательных средствах, которые есть в данном регионе. Результативность такого воздействия доказана практикой.

Целью краткого воздействия должно быть сокращение потребления алкоголя как таковое. При этом, возможно, стоит выделить **очень краткие воздействия**, состоящие из 5–10-минутного простого совета, сопровождаемого выдачей информационного листка, и **краткие воздействия**, состоящие из сознательно-поведенческой терапии в сжатой форме, использования пособий по самопомощи и последующих посещений.

В ходе исследования, которое проводили специалисты ВОЗ, краткая консультация действовала лучше всего среди пациентов, которые не испытывали проблем на то время. Среди пациентов со свежими проблемами лучше действовал краткий совет. Видимо, эффект минимального воздействия усиливался, когда пациент пережил связанную с алкоголем проблему сравнительно недавно.

Нет убедительных данных о влиянии на результат воздействия

таких показателей, как возраст, социально-экономическое положение и семейное положение пациента. В некоторых исследованиях на результате сказывался первоначальный уровень потребления: те, кто пил много, в течение последующего наблюдения сокращали потребление значительно больше, чем малопьющие, но это, скорее всего, эффект так называемой регрессии к среднему.

Кроме того, в научной статистике имеется больше данных о том, что эффективность воздействия выше среди мужчин, чем среди женщин.

4. Обследование

Для того чтобы выявить пациентов, которым пойдет на пользу краткое воздействие, необходимо проводить опросы населения. Для этого рекомендуется вводить в вопросники при проведении диспансеризации вопросы, касающиеся алкоголя.

Обычно наиболее точные ответы на вопросы обследования бывают в тех случаях, когда:

- пациент во время обследования не находится под влиянием алкоголя или других наркотических веществ;
- тот, кто опрашивает, настроен дружелюбно и вызывает доверие;
- вопросы легко понять;
- цель вопросов чётко взаимосвязана с диагнозом состояния здоровья пациента;
- у пациента есть гарантии, что конфиденциальность информация, полученной от него, будет сохранена.

Выявление опасного и вредного потребления алкоголя

Потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено как уровни или виды потребления, которые, скорее всего, приведут к ущербу, если подобное потребление будет продолжаться. Потребление алкоголя во вредных дозах – это то, что реально наносит ущерб психическому или физическому

состоянию человека.

Для измерения уровня потребления алкоголя можно использовать различные методы, включая **количественно-частотное измерение** и описание случаев потребления. В количественно-частотных вопросниках респондентов спрашивают об их потреблении различных типов алкогольных напитков (пива, вина и крепких спиртных напитков). Записывается обычная частота потребления каждого типа напитка за один раз, один месяц, три месяца или за более длительный период (*см. приложение 1*).

Хотя этот метод широко используется во всём мире, могут возникнуть определённые трудности в интерпретации относительно уровня потребления. Во-первых, неясно, как респонденты поняли вопросы, которые, очевидно, требуют сообщить о наиболее обычной структуре потребления, а не об общей средней частоте и количестве, которые часто бывают куда большими. Вторая сложность касается возможных эффектов формулировки вопросов и категории ответа. Здесь нужно учитывать заниженные ответы путём определения очень высокой категории ответа.

Количественно-частотное измерение является более надёжным, когда измеряется структура регулярного потребления, а не описываются случаи выпивки. Количественно-частотные вопросники обладают высокой надёжностью тестирования и вторичного тестирования, а также значительной информативной ценностью.

Вторым подходом измерения уровня потребления алкоголя является **метод ведения дневника потребления за неделю до посещения**. Основная сложность этого подхода заключается в изменчивости индивидуального потребления.

Как показали исследования, респонденты обычно недооценивают частоту потребления и переоценивают количество потребляемого за один типичный случай. Сознательное сообщение неполных данных о потреблении алкоголя также может иметь место из-за негативного представления об излишнем потреблении алкоголя и его воздействии на поведение. Имеются данные, что уровень в

сообщениях повышается, если контакт с респондентом ограничен или вообще исключается. Например, методика компьютеризированных опросов показывает выявление более высоких уровней потребления по сообщению респондентов, чем личные опросы.

Тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя

ВОЗ разработала простой инструмент для выявления людей с первичными признаками проблем, связанных с алкоголем, – тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя (AUDIT). Основным инструментом скрининга состоит из десяти простых вопросов (*см. приложение 2*).

Каждый пункт оценивается путём выбора категории ответа, которая ближе всего к ответу пациента. Высокие (восемь или более) баллы ответов на первые три вопроса при отсутствии повышенных баллов на все остальные вопросы предполагают наличие опасного потребления алкоголя. Повышенные баллы ответов на вопросы 4–6 подразумевают наличие или возникновение алкогольной зависимости. Высокие баллы ответов на вопросы 7–10 предполагают вредное потребление алкоголя.

По данным специальных исследований, две трети тех, чья сумма баллов была восемь и выше согласно вопроснику AUDIT, сталкиваются с алкогольными проблемами в течение последующих трёх лет (среди тех, у кого общий балл был ниже, с проблемами сталкиваются лишь 10 %).

Этот инструмент включает в себя дополнительную процедуру, куда входят история травм, состоящая из двух вопросов, краткое медицинское обследование и анализ крови.

AUDIT обладает преимуществом, которое заключается в его международной стандартизации, так как он разрабатывался в учреждениях первичной медико-санитарной помощи шести стран. Дополнительные преимущества состоят в том, что он:

- выявляет опасное и вредное потребление алкоголя;

- краток, его можно быстро и гибко использовать;
- разработан для работников первичной медико-санитарной помощи;
- соответствует определениям алкогольной зависимости и вредного потребления алкоголя из ICD-10;
- сконцентрирован на потреблении алкоголя за последнее время.

Биологические показатели

Наиболее часто используемые биологические показатели злоупотребления алкоголем: средний объём эритроцитов (СОЭ) и уровень гамма-глутамилтрансферазы в крови (ГГТ). Причём ГГТ является более точным показателем из этих двух.

Существует положительная взаимосвязь между потреблением алкоголя и уровнем ГГТ. Повышенная активность ГГТ в сыворотке может наблюдаться после нескольких недель потребления алкоголя. После сокращения потребления уровень ГГТ в сыворотке возвращается к норме за 2–4 недели. Повышение количества ферментов в сыворотке возникает в основном из-за воздействия ферментов печени. Тем не менее ГГТ не очень хорошее средство скрининга, поскольку другими причинами повышения ГГТ могут быть заболевания печени, печёночного тракта и поджелудочной железы. Количество злоупотребляющих алкоголем с повышенным уровнем ГГТ составляет около 50 %. Уровень ложно позитивных ответов колеблется между 10 % и 20 %. Наиболее важное применение показателя ГГТ заключается в контроле изменений в потреблении алкоголя.

5. Рекомендации санитарного просвещения

Индивидуальные рекомендации

Для пьющих, которые находятся в зоне низкого риска и для тех, кто находится ниже границы, определяющей необходимость проведения консультации по поводу опасного потребления (см. главу 6), роль работника первичной санитарно-медицинской помощи состоит в предоставлении индивидуальных медицинских

рекомендаций. Существуют разнообразные последствия потребления и множество руководств о наилучших советах людям по поводу потребления алкоголя с низким риском.

1. Общее правило: люди не должны потреблять более двух стандартных доз в день (см. приложение 3). Это ограничение основано на уровнях потребления взрослых мужчин средней комплекции имеющих хорошее состояние здоровья. Риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если потребление алкоголя не превышает этой границы.
2. Для отдельных групп необходим более низкий уровень потребления. Более низкий уровень потребления необходим для целого ряда людей, что вызвано различием в массе тела, его строении и обмене веществ. Даже одна доза в день может привести к повышенному риску возникновения рака груди у женщин. Имеются и другие обстоятельства, например кормление грудью, при которых потребление алкоголя должно быть сведено к минимуму или нулю даже среди тех, кто находится в группе низкого риска. Для неопытных пьющих и тех, у кого масса тела невелика, необходим более низкий предел.
3. Те, кто воздерживается от потребления алкоголя, не должны начинать его потребление, чтобы сократить риск возникновения проблем со здоровьем. Например, не стоит потреблять алкоголь для сокращения риска возникновения КБС – лучше обдумать альтернативные пути, такие как регулярные физические упражнения и сокращение содержания жиров в пище.
4. Те, кто пьёт не каждый день, также не должны повышать своё потребление для сокращения риска возникновения проблем со здоровьем.
5. Те, кто потребляет более двух доз в течение любого одного дня, должны сократить своё потребление алкоголя. Предел в размере двух стандартных доз в любой один день пригоден как для индивидуальной рекомендации санитарного просвещения, так и для клинического воздействия,

нацеленного на сокращение потребления, которое превышает верхнюю границу потребления низкого риска. Те, кто потребляет больше, вряд ли получат дальнейшее сокращение риска КБС, а приобретут они более высокую степень риска возникновения круга различных медицинских и социальных последствий.

6. Чтобы свести к минимуму риск развития алкогольной зависимости, должен быть хотя бы один день в неделю, когда алкоголь не потребляется совсем. Во многих исследованиях была продемонстрирована взаимосвязь между ежедневным потреблением и высоким потреблением.
7. Те, кто потребляют алкоголь, должны избегать потребления до состояния опьянения. Такое потребление существенно повышает риск возникновения отрицательных последствий для здоровья и социальной жизни.
8. Беременные женщины должны воздерживаться от потребления алкоголя. Эпизодическое потребление и потребление во время первого триместра беременности является наиболее рискованным. Более того, зная об относительно высоком уровне риска потребления в первые три месяца беременности, желательно, чтобы планирующие забеременеть женщины отказались от потребления алкоголя.
9. Потребление алкогольных напитков противопоказанно и для определённых групп людей – тех, кто:
 - страдает от определённых психических и физических заболеваний и состояний;
 - принимает определённые медикаменты или психотропные вещества;
 - управляет транспортными средствами или механизмами;
 - отвечает за общественный порядок или безопасность;
 - постоянно проявляет неспособность контролировать своё потребление;
 - те, кому пить запрещено законом, например, молодые люди, которые не достигли допустимого законом возраста.
10. Уровень своего потребления следует обсуждать со своим

врачом, который может определить факторы, в силу которых алкоголь может быть противопоказан, а также определить медикаменты, которые могут взаимодействовать с алкоголем.

Рекомендации обществу

Рекомендации санитарного просвещения, которые предоставляются работниками первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники, могут видоизменяться в зависимости от конкретного человека. Для общественного санитарного просвещения необходим другой подход. Основная рекомендация – это «чем меньше, тем лучше». За исключением КБС, эпидемиологические данные могут быть сведены к следующему: при любом уровне потребления алкоголя, чем ниже уровень его потребления, тем лучше для здоровья.

Если учитывать КБС, выводы для разных возрастных групп должны быть разделены. Для молодых людей, для которых почти отсутствует риск возникновения КБС, чем ниже уровень потребления, тем лучше для здоровья. Для пожилых людей с повышенным риском возникновения КБС, действует тот же принцип, за исключением того, что при уровне потребления ниже одной дозы через день, теряется большая часть преимуществ сокращения риска возникновения КБС.

Индивидуальная рекомендация трезвенникам с высоким риском возникновения КБС должна информировать их об альтернативных способах сокращения данного риска, таких как повышение физической активности, изменение питания, прекращение курения.

Точный возраст, который отделяет младшую группу от старшей в этом случае, зависит от уровней смертности этой категории в данном регионе. Во многих развитых странах этот возраст составляет около 50 лет. При снижении уровня смертности в результате КБС этот возраст в некоторых странах и регионах может повышаться.

6. Воздействие (Консультация)

Роль работника первичной медико-санитарной помощи в работе с пациентами, которые потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах, состоит в предоставлении индивидуального совета по сокращению потребления (см. главу 1). В этой главе обсуждаются воздействия (консультации) при опасном потреблении алкоголя и мотивационные беседы при потреблении алкоголя во вредных количествах. Между ними существует некоторое совпадение, и обе методики можно использовать при обоих типах потребления.

Воздействие при опасном потреблении алкоголя

Напомним, что потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено как уровни или структуры потребления, которые с большой степенью вероятности вызовут ущерб, если потребление в таких дозах будет продолжаться. На практике оно означает потребление в среднем более 20 г чистого алкоголя в день или более 40 г в течение любого одного дня.

Тем не менее при введении программ обследования и кратких воздействий в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в качестве границы необходимости проведения кратких воздействий можно взять более высокие уровни. Более высокие уровни предлагаются, чтобы обеспечить эффективное проведение целевых воздействий с учётом временных и экономических ограничений сектора первичной медико-санитарной помощи. Соответствующие уровни регулярного потребления составляют 350 г чистого алкоголя или больше в неделю для мужчин и 210 г или более в неделю для женщин. Эти уровни использовались в качестве точки раздела во многих исследованиях, проверявших эффективность кратких воздействий. В среднем для Европейского региона приблизительно один из шести мужчин и одна из двенадцати женщин будут потреблять больше данных уровней. Соответствующая точка раздела частоты состояния опьянения составляет 100 г за один случай потребления дважды или чаще в месяц для мужчин, и 65 г или более за один случай потребления дважды в месяц или чаще для женщин.

Пятиминутный совет – вот всё, что необходимо, чтобы добиться сокращения потребления в опасных количествах. Необходимо твёрдо, но дружески посоветовать сократить потребление алкоголя. Пациента нужно убедить, что вы не считаете его алкоголиком, но если он собирается продолжать пить в тех же количествах, у него повышается риск ущерба для здоровья и возникновения производственных и личных проблем.

Можно разъяснить пациенту типы ущерба, которые могут возникнуть в результате излишнего потребления, а именно: похмелье, раздражительность, головные боли, повышенное кровяное давление, излишний вес, расстройства желудка, заболевания печени, рак, беспокойства и депрессии, проблемы со сном, сложности в сексуальном плане, неспособность сконцентрироваться, травмы в результате аварий, ухудшение исполнения работы и финансовые проблемы.

Можно указать на позитивные причины потребления в меньших количествах: снижение риска возникновения несчастных случаев, повышения кровяного давления или заболеваний печени, возможное снижение веса, улучшение способности сконцентрироваться, ясная голова, более редкое состояние похмелья, меньше головных болей и расстройств желудка, более глубокий сон и меньшая утомляемость в общем, больше энергии и времени для новых занятий, меньше ссор с друзьями и семьей, больше удовольствия от секса, новое чувство контроля своей жизни и ощущение себя в хорошей форме, дополнительные деньги, и если вы собираетесь завести ребёнка, больше шансов на успех как у мужчин, так и у женщин.

Конечная задача пациента должна быть следующей: не более 40 г в день и не более 140 г в неделю. Некоторые люди захотят (или им будет необходимо) совсем отказаться от алкоголя. Важно, чтобы пациент согласился, что задача реально выполнима. Для тех, кто пьёт очень много, нужно установить промежуточную задачу, с последующей долгосрочной целью продолжать сокращение.

Пациента нужно побуждать регулярно вести дневник потребления, как средство измерения прогресса и для поддержания нового уровня потребления алкоголя. Если есть время, можно просмотреть потребление за последнюю неделю. При этом следует отметить потребление каждого дня и подсчитать общее потребление за неделю. Это поможет убедиться, что пациент понимает, как использовать дневник, и даст точку отсчёта для дальнейшего контроля прогресса.

Мотивация пациента усилится, если он поймёт, что в дальнейшем его прогресс будет отслеживаться. Существуют буклеты и листовки самопомощи, которые можно использовать в качестве дополнения к совету врача. В этих изданиях содержатся рекомендации, как подготовиться к сокращению потребления алкоголя и как его сокращать на практике.

Цель простого совета (то есть очень краткого воздействия) состоит в том, чтобы спокойно убедить пьющего изучить буклет или листовку, которые ему выдаются для того, чтобы обдумать, нужно ли ему изменить свои питейные привычки и установить предел потребления (вплоть до полной трезвости).

Для реализации этой цели следует решить следующие задачи:

- выявить любую известную связанную с алкоголем проблему, подчеркивая возможную взаимосвязь между этой проблемой и потреблением алкоголя;
- предоставить любой буклет по самопомощи и проверить, что пациент понял, что он относится к категории пьющих в опасных количествах;
- подчеркнуть идею об ограничении потребления, включая отказ от алкоголя по крайней мере в течение двух-трёх дней в неделю.

Воздействие при вредном потреблении алкоголя

Потребление алкоголя во вредных количествах – это потребление, наносящее ущерб психическому или физическому состоянию человека. С пациентами, пьющими во вредных количествах, должна

проводиться краткая мотивационная беседа, которую рекомендуется строить по методике разработанной английским психологом Стивеном Роллником (см. ниже). Этот подход также можно использовать при опасном потреблении алкоголя.

Медработники обычно говорят пациентам о необходимости пить меньше. Очень часто это принимает форму убеждения. И одна из проблем данных советов состоит в том, что многие пациенты ещё не готовы меняться, поэтому прямое убеждение вызывает у пациентов защитную реакцию.

Двойственное чувство по поводу сокращения потребления алкоголя – это обычное и нормальное явление. У людей с алкогольными проблемами существует конфликт между снисходительным и сдерживающим отношением к потреблению алкоголя. Интенсивность выраженности этого конфликта очень сильно варьирует и, по-видимому, повышается, как только человек собирается принимать какое-либо решение. Наиболее эффективный способ помощи пациенту в данном случае – исследовать конфликт и предложить пациенту самому высказать причины его озабоченности и аргументы в пользу изменения образа жизни.

Пациенты, потребляющие алкоголь во вредных количествах, находятся в различных точках некой условной шкалы соответственно степени их готовности к изменению. У одного края шкалы находятся те, кто совсем не готов думать об изменении. У другого – те, кто принимает решение и начинает меняться. А между этими крайностями пациенты, испытывающие сомнения по поводу изменений.

Среди потребляющих алкоголь во вредных количествах 25–30 % будут не готовы к изменению, такое же число пациентов проявят готовность измениться, а треть или половина из них будут сомневаться в этом. Люди могут двигаться как вперёд, так и назад по направлению к изменениям. Помощь в продвижении вперёд, даже если пациент ещё не принял решение измениться, – приемлемый результат консультации. Но при этом, если медработник будет говорить с пациентами так, будто они

находятся в более продвинутой вперёд позиции, чем они есть на самом деле, вероятным результатом будет сопротивление. Таким образом, первая задача медработника состоит в определении степени готовности пациента к изменению и затем в выборе стратегии, соответствующей данному уровню мотивации.

Краткая мотивационная беседа (по С. Роллику)

Данный подход включает в себя набор из восьми стратегий, выполнение каждой из которых занимает 5–15 минут:

- 1) вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя;
- 2) вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя;
- 3) типичный день/неделя/случай потребления;
- 4) хорошее и не очень;
- 5) предоставление информации;
- 6) будущее и настоящее;
- 7) исследование опасений;
- 8) помощь в принятии решения.

По мере продвижения медработника вниз по набору стратегий, требуется всё большая степень готовности пациента к изменению. В то время как стратегии из верхней части списка могут использоваться почти со всеми пациентами, пункты нижней части списка могут использоваться только с небольшим числом пациентов, которые принимают решение меняться.

Стратегии 1 и 2 – вводные стратегии. Стратегии 3 и 4 формируют доверительные отношения и помогают медработнику понять обстоятельства жизни пациента. Дальнейшее продвижение по списку зависит от степени готовности к изменению. Если пациент открыто выражает озабоченность своей пагубной привычкой, можно использовать стратегии 7 и 8. Если пациента, не особенно

волнует его злоупотребление алкоголем, нужно использовать стратегии 5 и 6.

- 1. Вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя.** Эта стратегия предполагает в начале ведение общей беседы об образе жизни пациента на данный момент, а затем затрагивание темы о потреблении алкоголя с открытым вопросом: «Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?»
- 2. Вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя.** Эта стратегия особенно полезна для применения на участках общей практики, когда медработник считает, что потребление алкоголя пациентом приводит к проблемам. За общим опросом о состоянии здоровья следует простой, открытый вопрос, например, «Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?» или «Как ваше потребление алкоголя влияет на ваше здоровье?»
- 3. Типичный день/неделя/случай потребления.** Задача этой стратегии – установить доверительные отношения, помочь пациенту детально рассказать о его нынешнем поведении без связи с какой-либо патологией и оценить более детально его степень готовности к изменению. Так как медработник не ссылается ни на какую проблему или опасение, эта стратегия особенно полезна для пациентов, которые, скорее всего, не готовы обдумывать изменения. Также это стратегия полезна в качестве стартовой для других пациентов с большей степенью готовности, так как она помогает медработнику понять контекст поведения по этому вопросу и помогает собрать нужную для оценки информацию.

Выбрав с пациентом типичный день, неделю или случай потребления, медработник начинает следующим образом: «Можем мы потратить 5–10 минут и описать весь этот день (неделю, случай потребления) от начала до конца? Что тогда происходило? Что вы чувствовали? И какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни? Давайте начнём сначала». Основная цель медработника –

провести пациента через последовательность событий, обращая при этом внимание на поведение и чувства, задавая простые и открытые вопросы.

4. Хорошее и не очень. Эта стратегия помогает установить доверительные взаимоотношения, предоставляет информацию и помогает произвести оценку готовности к изменению. Здесь мы приближаемся к оценке сомнений, избегая при этом таких слов, как проблема или озабоченность. Пациента можно спросить: «Что хорошего даёт вам потребление алкоголя?» или «Что вам нравится в потреблении алкоголя?»

Затем пациента спрашивают: «Что не особо хорошего вы находите в потреблении алкоголя?» или «Что вам не нравится в связи с вашим уровнем потребления алкоголя?»

После ответов на оба вопроса медработник должен подвести итог хороших и плохих сторон, сказав например: «Итак, потребление алкоголя помогает вам расслабиться, вам нравится выпивать с друзьями и это помогает вам, когда вы действительно чувствуете себя угнетённым. С другой стороны, по вашим словам, вы иногда чувствуете, что алкоголь контролирует ваше поведение, и по утрам в понедельник вам сложно выполнять любую работу».

5. Предоставление информации. Предоставление информации пациенту является обычной задачей медработника. Тем не менее способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как пациент отвечает и реагирует.

Существует три фазы предоставления информации:

- обеспечение готовности пациента воспринимать информацию;
- сообщение информации в нейтральном, общем ключе;
- исследование реакции пациента с помощью открытых вопросов, таких как «Что вы думаете по этому поводу?»

Вначале полезно спросить разрешения у пациента на сообщение

информации, используя такие вопросы, как «Интересно ли вам узнать немного больше о влиянии алкоголя на здоровье?»

Информацию лучше всего сообщать нейтрально, говоря о том, что обычно случается с людьми вообще, а не с конкретным пациентом.

6. Будущее и настоящее. Эта стратегия может использоваться только с теми пациентами, кто хоть немного озабочен своим потреблением. Сосредоточив внимание на контрасте между обстоятельствами жизни этого пациента на данный момент и тем, каким он хочет быть в будущем, можно обнаружить противоречие, способное стать очень сильной мотивирующей силой. Полезный вопрос для этого: «Каких конкретно изменений в вашей жизни вы бы хотели в будущем?». Затем медработник переключает внимание на настоящий момент вопросом: «Что мешает вам сейчас сделать то, что вы хотите?» и «Как ваше потребление алкоголя влияет на вас на данный момент?».

Обсуждение этих вопросов часто приводит к прямому изучению озабоченности потреблением алкоголя и к постановке вопроса об изменении питательных привычек.

7. Исследование опасений. Эта стратегия является самой важной, так как она определяет направление работы, цель которой получить информацию от пациента о его опасениях, касающихся потребления им алкоголя. Но её можно использовать только с пациентами, у которых есть такие опасения, и, таким образом, она не может быть использована с пациентом, который не думает над изменением.

Стратегия состоит в том, что после вводного вопроса пациенту «Какие опасения у вас есть по поводу вашего потребления алкоголя?» следует просто подвести итог первому опасению. Затем задать следующий вопрос: «Какие ещё опасения у вас имеются?». И так далее – до тех пор, пока все опасения не будут высказаны. Эта стратегия завершается общим подведением

итогах, где подчёркиваются не только эти опасения, но также высказанные пациентом преимущества потребления алкоголя. Это делается, чтобы сравнить контрастные элементы баланса сомнений пациента.

Часть внутреннего конфликта пациента состоит из представления о том, что может случиться, если он изменит свои питательные привычки. Сходная стратегия, таким образом, может быть составлена и для опасений по поводу изменений. Вводный вопрос может быть типа «Какие опасения есть у вас по поводу сокращения потребления алкоголя?».

8. Помощь в принятии решения. Эта стратегия может быть использована только с пациентами, где наблюдается некоторое желание принять решение измениться. Пациента не нужно торопить с принятием решения. Нужно представить скорее варианты планов на будущее, чем единственное направление действий. Можно описать, что другие пациенты делали в сходной ситуации. Медработник должен подчеркнуть, что пациент сам решает, что для него лучше. Информацию нужно сообщать в нейтральном, общем ключе. Неудачная попытка достичь решения об изменении, не означает неудачу консультации. Решения измениться часто срываются – пациент должен понимать это. Ему необходимо сказать, что будущий контакт состоится даже в том случае, если всё пойдет не так, как намечено. Приверженность изменению часто неустойчива, медработник должен ожидать этого и сочувствовать, если пациент попал в затруднительное положение.

Этот метод индивидуального подхода к пациенту при обсуждении изменения поведения является новым навыком для многих медработников. Хотя это забирает больше времени, метод индивидуального подхода к пациенту является более эффективным, чем просто совет и, таким образом, будет более полезным для пациента в длительной перспективе.

В заключение, необходимо повторить, что описанные в этом

обзоре краткие воздействия (консультации) разработаны для пациентов, потребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. Пациенты, у которых проявляются признаки зависимости или серьёзного физического заболевания в результате их потребления алкоголя требуют другого подхода. Цель воздействий в этом случае может состоять в полной трезвости и в направлении в специализированные службы.

Эффективность краткого воздействия

Хорошими примерами крупных исследований эффективности метода краткого воздействия стали работы, проведённые Медицинским исследовательским советом (МИС) в Великобритании, и международный проект, реализованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Исследование МИС по образу жизни и здоровью. С помощью вопросника по состоянию здоровья были отобраны 917 мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем (еженедельное потребление более 350 г для мужчин и 210 г для женщин). Они были произвольно распределены: в контрольную группу, где было проведено лишь оценочное интервью, и в группу воздействия. Участники группы воздействия получили 15-минутный совет своего врача общей практики сократить своё потребление. Мужчины контрольной группы (322 человека) в течение года последующего наблюдения сократили своё потребление алкоголя в среднем с 640 до 560 г в неделю (т. е. на 12,5 %). Мужчины из группы воздействия (318 человек) сократили своё потребление в среднем с 620 до 440 г в неделю (т. е. на 29 %). Проявилась весьма значительное различие между контрольной группой и группой воздействия, что было подтверждено и значительным различием в уровне сыворотки гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ). Позитивный эффект воздействия также наблюдался и среди женщин, хотя величина его была меньше. Женщины контрольной группы (137 человек) в течение года последующего наблюдения сократили своё среднее потребление с 370 до 300 г в неделю (18,9%), в то время как участницы группы воздействия (130 человек) сократили своё среднее потребление с 350 до 240 г в неделю (31,4 %).

Значительной разницы в уровнях ГГТ контрольной группы и группы воздействия за период последующего наблюдения обнаружено не было.

Исследование также показало, что доля злоупотребляющих снижается в соответствии с количеством консультаций врача общей практики, которые они посетили. Из тех мужчин, которые посетили одну консультацию, 79 % продолжали злоупотреблять алкоголем в течение года последующего наблюдения; из посетивших пять консультаций продолжали злоупотреблять алкоголем лишь 41 %. Соответствующие цифры для женщин составляют 67 % и 31 %.

Исследование В03 производилось на базе многих центров в рамках межнационального клинического испытания процедур краткого воздействия, разработанных с целью сокращения риска для здоровья, связанного с потреблением алкоголя в опасных дозах. 1655 злоупотребляющих алкоголем (1356 мужчин и 299 женщин) были отобраны из больниц, клиник первичной медико-санитарной помощи, предприятий и учреждений образования. Люди отбирались либо на основе данных об их потреблении алкоголя (350 г в неделю или больше – для мужчин; 225 г в неделю или больше – для женщин), либо на основе данных о частоте случаев опьянения у этого человека (100 г за один приём дважды в месяц или более – для мужчин; 65 г или более за один приём дважды в месяц или более – для женщин).

Восемь центров выполняли основную схему исследования, которая состояла из произвольного распределения злоупотребляющих алкоголем:

- в контрольную группу, где проводилось оценочное интервьюирование;
- в группу простого совета, где дополнительно пять минут посвящалось совету о важности разумного потребления или трезвости;
- в группу краткого воздействия, где дополнительно выдавалось пособие по самопомощи и дополнительная 15-

минутная консультация. Медработником, выполнявшим процедуру, были для 46 % пациентов – медсестра, для 18 % – психолог, для 18 % – врач и для 18 % – другие специалисты.

Что касается мужчин, контрольная группа сократила своё обычное ежедневное потребление на 10,1 %; пациенты из группы простого совета сообщили о сокращении на 37,8 %; группа краткой консультации – на 31,9 %.

У женщин сокращение потребления алкоголя наблюдалось и в контрольной группе, и в группах, где была проведена консультация, без значительной разницы между ними.

При сравнении краткого воздействия со специализированным лечением не было получено никаких данных о преимуществах последнего. Но краткие воздействия существенно сокращают затраты здравоохранения и ведут к улучшению состояния здоровья населения. Затраты же на обследование при помощи опросников и проведение программ воздействий довольно низки по сравнению с другими методами.

7. Препятствия на пути реализации и их преодоление

Хотя работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность проведения кратких консультаций по поводу потребления алкоголя в опасных и вредных количествах, они, как правило, мало их используют. Даже когда они их проводят, то редко используют эффективные методики изменения поведения.

Причины, на которые обычно ссылаются медработники, почему они не проводят больше кратких консультаций, включают в себя:

- недостаток позитивной поддержки, возникающий из-за относительно низкого уровня эффективности индивидуальной работы с пациентами, что ведет к её потенциально плохому восприятию;
- предполагаемая ненужность вопросов о потреблении алкоголя каждому взрослому человеку;

- недостаточная подготовленность;
- нехватка времени;
- несоответствующая оплата;
- нехватка соответствующих материалов, включая средства обследования;
- недостаточная поддержка другого персонала.

Другие преграды включают в себя: проблемы личного отношения, такие как недостаток уверенности, нереальные ожидания, ложные убеждения этического плана, и недостаток основных навыков, касающихся психологии поведения и обучения.

Также возможная причина нежелания работников медико-санитарной помощи проводить краткие консультации состоит в скептицизме по отношению к их эффективности в условиях поликлиники. Часто неясно, могут ли определённые превентивные действия значительно снизить смертность или заболеваемость, связанные с потреблением алкоголя. Также неясно, как сравнить относительную эффективность различных превентивных действий, что осложняет решение занятого медработника о том, какое воздействие является наиболее важным во время краткого визита пациента. Общее опасение может состоять в том, что некоторые действия могут принести больше вреда, чем пользы.

Некоторые из этих препятствий можно преодолеть путём соответствующей профессиональной подготовки и постоянного обучения, признавая, что работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность выявления и принятия мер по потреблению алкоголя в опасных и вредных количествах, и эти действия соответствуют их широкому пониманию функций здравоохранения.

Некоторые выборочные контрольные обследования показали, что готовность к проведению профилактики заболеваний и контрольных режимов может быть повышена путём использования практичной системы напоминаний. Среди использованных приёмов: таблицы-напоминания и таблицы-схемы, компьютерные подсказки по записям о пациенте, записи самих пациентов и различные формы

осуществления обратной связи. Эффективность также может быть повышена путём соответствующей системы отслеживания пациента.

Обучение и последующее наблюдение побуждает работников первичной медико-санитарной помощи участвовать в деятельности по укреплению здоровья. Прощедшие обучение медработники с большей вероятностью участвуют в превентивных программах и добиваются больших успехов в работе, чем необученные работники. Продолжение поддержки после обучения также приводит к повышению уровня постоянного участия в превентивных программах.

Решающую роль в мотивировании бригад первичной медико-санитарной помощи для выполнения работы с пациентами, злоупотребляющими алкоголем, могут сыграть организаторы здравоохранения.

- Организатора необходимо рассматривать как связующее звено между исследованием и внедрением на практике новшеств в области алкоголя и первичной медико-санитарной помощи – с одной стороны, и врачом или другим членом бригады первичной медико-санитарной помощи на местном уровне – с другой.
- Организатор должен действовать, как проводник изменения, активно способствуя и помогая установлению новых типов поведения или отношений, необходимых для реализации ведения протоколов по алкоголю и проведения консультаций в целевых группах.
- Организатор должен работать с медработниками учреждения, с целью выявить хотя бы небольшие успехи в работе с пациентами, на основе которых может возникнуть позитивное отношение и более сильная мотивация работать с этими пациентами.
- Роль организатора непосредственно в консультировании пациентов, которая обычно не выходит за пределы помощи в случаях, когда об этом просит врач, должна быть ясно показана во всех информационных стратегиях и материалах.
- Работа организатора должна соответствовать условиям

каждого отдельного участка практики; структуры должны быть достаточно гибкими, чтобы позволять врачам и другому персоналу обладать некоторой свободой для адаптации программы к своему стилю работы и складу характера.

8. Образование и обучение

Изменение поведения работников первичной медико-санитарной помощи является сложным процессом. Образование может сыграть свою роль в изменении структуры их практической деятельности. Другие воздействия, которые должны быть включены в общий план, включают в себя изменения в оплате, определение минимальных стандартов помощи, обеспечение возможности направления к специалистам и изменение ожиданий пациентов. Изменения в клинической практике требуют длительных усилий специалистов санитарного просвещения и медицинского образования.

Принципы образования

Стратегии обучения, ориентированные на обучаемого. При использовании стратегии обучения, ориентированной на обучаемого, учащиеся просят поработать совместно с организаторами курса при разработке задач и методов обучения, отвечающих их ожиданиям и нуждам. К методам, которые можно использовать для воплощения этого подхода обучения относятся: вовлечение намеченной для обучения группы в процесс разработки материалов курса, просьба участникам в начале семинара или курса определить задачи и периодически спрашивать, выполняет ли организатор курса задачи аудитории с тем, чтобы оценить программу и переработать курс на будущее.

Изучение отдельных случаев. Изучение отдельных случаев, знакомая форма работы для аудитории, довольно полезна, особенно при работе в условиях негативного отношения, которое нередко выражают работники первичной медико-санитарной помощи.

Обучение на основе опыта. Обучение на основе опыта включает в себя обсуждение личных историй, ролевые игры, активное участие

в групповых процессах и работу в малых группах. Просьба к слушателям рассказать о своём опыте, даёт возможность сосредоточиться на личных чувствах, что зачастую важно для процесса обучения. Ролевые игры играют решающую роль в формировании навыков и позволяют участникам практиковать методики.

Длительный опыт. Преобразование понятий обучения в долгосрочные практические изменения требует вовлечения обучающихся как до, так и после периода обучения. К примерам успешных стратегий относятся: рассылка материалов для чтения перед курсом, просьба участникам выполнить задания до посещения курсов, просьба участникам разработать конкретный план работы в конце курса, чтобы реализовать то, чему они научились, и последующее наблюдение с помощью телефонных звонков или посещений, для поддержки внедрения и перемен.

Связи. Многие работники первичной медико-санитарной помощи не знают о наличии имеющихся в данной местности ресурсов, которые могут помочь пациентам справиться с потреблением алкоголя в опасных или вредных количествах. Налаживание связей с такими ресурсами и предоставление совета являются важными составляющими успешных обучающих программ.

Изменение норм практики. Обучение участников тому, как изменить их обычную практику, является следующим важным компонентом успешной обучающей программы.

Модели образования и обучения

Непрерывное медицинское образование. В ряде стран, в том числе и России, НМО является обязательным, если доктора и медсёстры хотят сохранить свой профессиональный статус и лицензию на работу. Преобладающим методом обучения традиционно является лекция с последующим кратким опросом. Это позволяет быстро сообщить новую информацию, особенно если прилагаются соответствующие материалы для чтения.

Программы обучения преподавательского состава. Такие программы

посвящены развитию учебных и клинических навыков у тех, кто проводит обучение работников первичной медико-санитарной помощи. Обучение преподавателей, по сравнению с индивидуальным обучением медработников, увеличивает количество работников первичной медико-санитарной помощи, которые могут применять навыки, полученные в результате программ обучения. Подготовка критической массы преподавателей и создание их сети необходимо для поддержания обучающей деятельности. Обучение преподавателей также может помочь изменить нормы практики, а обученный преподавательский состав может взять на себя ведущую роль в изменении стандартов помощи путем использования программ обеспечения качества.

Системный подход. Системный подход к обучению можно использовать, чтобы помочь работникам первичной медико-санитарной помощи расширить свои взгляды по программам укрепления здоровья на местном уровне и помочь им проводить превентивную работу на их участках.

Компетентность и рекомендации по обучению

Рабочая группа ВОЗ определила следующие 12 факторов компетентности, необходимых для того, чтобы помочь пациентам справиться с потенциальными или действительными проблемами, связанными с потреблением алкоголя. Врачи и бригады первичной медико-санитарной помощи должны:

- обладать знаниями о распространённости практики опасного и вредного потребления алкоголя, а также о связанных с этим физических, психологических и социальных проблемах;
- хорошо знать о том влиянии, которое злоупотребление алкоголем оказывает на партнеров и семьи пьющих, а также давать ему должную оценку;
- понимать личное отношение пациента к алкоголю;
- уметь выявлять различные, физические, психологические и социальные признаки злоупотребления алкоголем;
- уметь донести в подходящем для этого контексте точную информацию об алкоголе и связанных с его потреблением

- проблемах до пациентов или их родственников;
- уметь различать такие уровни потребления алкоголя, как уровень низкого риска, уровень опасного/вредного потребления и уровень алкогольной зависимости;
 - уметь принимать необходимые меры в случае физических последствий или осложнений острой алкогольной интоксикации;
 - уметь собрать точный анамнез употребления алкоголя;
 - уметь распознать признаки обусловленного потреблением алкоголя заболевания;
 - уметь правильно интерпретировать результаты лабораторного обследования;
 - уметь выбирать правильный план ведения пациента (краткий совет, консультация или направление пациента к соответствующим врачам специалистам или в клинику);
 - уметь организовать и провести необходимый курс детоксикации пациента на дому.

9. Работа с членами семьи и друзьями пациента

Как уже говорилось, при уровне потребления 20 г чистого алкоголя в день 20 % мужчин и женщин испытывают вызванный потреблением алкоголя ущерб в двух или более областях жизни таких, как семья, друзья и работа.

Вызываемый алкоголем ущерб испытывает не только сам пьющий, но и его окружение. Данные финских исследователей свидетельствуют, что почти половина населения имеет в своём близком окружении человека, который пьёт слишком много, для женщин это чаще всего родственник, а для мужчин – коллега или друг. Четверть населения (30 % женщин и 16 % мужчин) лично пострадали в результате потребления алкоголя другим человеком.

Семья и друзья людей с алкогольными проблемами важны по двум причинам. Во-первых, они важны сами по себе, как люди, подвергающиеся риску в результате стрессовой ситуации, которая может привести к физическому или психическому ущербу. Связанные с алкоголем проблемы у родственника или друга

являются одной из наиболее часто называемых причин стрессовой ситуации. Существует сходство между тем, как семьи справляются с проблемой алкогольной зависимости у члена семьи, и тем, как они справляются с другими хроническими стрессовыми обстоятельствами, такими как физическое заболевание, инвалидность, безработица и нищета. Во-вторых, члены семьи наиболее часто считаются источником поддержки при лечении родственников с алкогольными проблемами.

В ВОЗ имеется проект по урегулированию алкогольных проблем в семье. Философия этого проекта состоит в том, что когда кто-либо злоупотребляет алкоголем, его или её близкие родственники страдают в результате хронической стрессовой ситуации, что может привести к физическому или психическому заболеванию. Родственники принимают прямое участие в происходящем и хорошо знают, что происходит, как лучше всего справиться с этим и как сократить их собственный риск возникновения заболеваний. Одни пути решения проблемы родственниками будут в большей степени, чем другие, оказывать желаемое влияние на потребление алкоголя членом семьи или другом – это будет зависеть от обстоятельств жизни родственника. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь родственникам найти пути сокращения риска их здоровью, помогая сократить излишнее потребление алкоголя членом семьи или другом.

Работник первичной медико-санитарной помощи может сделать четыре важные вещи, чтобы помочь родственнику или другу пациента справиться с проблемой злоупотребления близкого человека.

- 1. Выслушать без осуждения.** Нужно попросить родственника или друга рассказать об обстоятельствах, с которыми он сталкивается дома, отвечать ему без осуждения и с выражением поддержки. Это следует делать с глазу на глаз, конфиденциальность должна соблюдаться. Необходимо предоставить достаточное количество времени, чтобы данный родственник мог рассказать свою историю, выразить подавленность, которую он, возможно, испытывает, и дать

ему почувствовать, что его понимают.

Можно затронуть следующие темы: влияние злоупотребления алкоголем на пьющего и на других членов этой семьи, как пьющий пытался справиться со своим злоупотреблением, поддержка, которая была оказана другим членам семьи, их состояние здоровья, благосостояние, нужды и ожидания.

2. **Предоставить информацию.** Информация является одним из основных типов поддержки, которую люди при стрессовых обстоятельствах находят полезной. Позитивная информация – вот что больше всего хотят услышать члены семьи, хотя медработники придают этому относительно малое значение.
3. **Обсудить пути решения проблемы в недирективной, некатегоричной форме.** Требуется применять недирективный подход при изучении альтернативных путей нейтрализации потенциально стрессовых событий и обстоятельств в данной семье. Членам семьи и друзьям нужно позволить высказывать альтернативные решения и пытаться использовать различные подходы, постепенно переходя к всё более обоснованному выбору методов решения проблемы. Родственники и друзья обычно пытаются справиться с проблемой самыми разными способами: например, через эмоции, терпимость, отсутствие активности, избегание, контроль, конфронтацию, поддержку пьющего и независимость. Причём большинство родственников считают терпимость и отсутствие активности бесполезными, а конфронтацию – полезной.
4. **Помочь усилить социальную поддержку и совместное решение проблем в семье.** Сюда входят такие средства, как побуждать злоупотребляющего алкоголем пройти лечение, заручиться помощью других членов семьи пьющего и друзей, попытаться улучшить взаимопонимание и решение проблем в рамках всей семьи и определить дополнительные источники поддержки в семье и вне её.

Семья, какое бы определение ей не давалось, является местом, где образ жизни приобретает, сохраняется или меняется со

временем. Именно в условиях семьи часто приобретается и сохраняется отношение к алкоголю и связанное с ним поведение. Это главная потребительская единица для покупок, продуктов и услуг, влияющих на состояние здоровья. Это основной источник стрессов и социальной поддержки. Семья, таким образом, предоставляет главную возможность для изменения образа жизни. Тем не менее не нужно ждать, что семья возьмёт на себя эти обязательства самостоятельно. Необходимо, чтобы в достижении и поддержании хорошего здоровья, особенно в условиях лишений, семью поддерживало местное сообщество.

Заключение

Благодаря своей распространённости, доступности и охвату, первичная медико-санитарная помощь обладает потенциалом сокращения риска, возникающего в результате потребления алкоголя в опасных и вредных количествах.

Основой ответных мер первичной медико-санитарной помощи является концепция о том, что алкоголь представляет собой фактор риска возникновения заболеваний. Существует взаимосвязь «доза – ответная реакция» между потреблением алкоголя и множеством видов физического и социального ущерба. Значительная часть населения (т. е. каждый третий мужчина и каждая десятая женщина) подвергается риску, потребляя более 20 г чистого алкоголя в день. Уровень потребления в молодости определяет уровень потребления далее в жизни.

Краткие консультации при низких затратах сокращают потребление алкоголя в среднем более чем на 20 %. Для выявления пациентов, с которыми необходима такая форма работы, взрослое население нужно обследовать с использованием количественно-частотных вопросников по потреблению алкоголя или AUDIT (см. приложения).

Рекомендации санитарного просвещения для потребляющих группы низкого риска должны состоять в том, что при любом уровне потребления, чем меньше алкоголя, тем лучше. Для людей старше

50 лет при потреблении менее 10 г чистого алкоголя через день потенциальное преимущество сокращения риска возникновения КБС теряется. Тем не менее те, кто не пьёт на данный момент, не должны начинать это делать.

При опасном и вредном потреблении необходим лишь 5–10 минутный совет, чтобы сообщить нужную информацию, посоветовать сократить потребление и снабдить пациента нужной литературой. Мотивационное интервью поможет тем, кто сомневается по поводу изменений своих питательных привычек.

Организаторы здравоохранения могут помочь преодолеть некоторые барьеры, с которыми сталкиваются работники первичной медико-санитарной помощи при попытках проводить краткие интервенции. Работников первичной медико-санитарной помощи нужно обеспечить пакетами материалов и протоколов, чтобы помочь им проводить эффективные краткие консультации. Обеспечение обучения навыкам важно для расширения практики этих воздействий. Подход, нацеленный на подготовку преподавателей, обеспечит широкий охват обучения. Обучение должно быть поддержано рекомендациями профессиональных ассоциаций.

Алкоголь является распространённой причиной стрессов и депрессий в семье. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь членам семьи и друзьям пьющих предотвратить вредные последствия их потребления для семьи.

Семейное окружение играет важную роль в укреплении здоровья, но только тогда, когда это поддерживается местным населением. Наиболее многообещающим подходом является подход, нацеленный на местное население в целом, с акцентом на индивидуальное поведение и влияние окружения.

Для работников первичной медико-санитарной помощи существует масса возможностей проявить свой интерес к созданию здоровой обстановки и пытаться действовать в этом направлении. Действия первичной медико-санитарной помощи будут бесполезными, если они не сопровождаются реализацией эффективной алкогольной

политики. Необходимо, чтобы действия первичной медико-санитарной помощи сопровождалась эффективной стратегией и задачами здравоохранения, а также системами контроля и оценки действий.

Литература:

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C.: *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior (Applications of Motivational Interviewing)*. Guilford Press, 2008.

Андерсон, Петер. Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь // Публикации Регионального бюро ВОЗ, Европейская серия, № 64. Копенгаген, 1998.

Демин А. К., Коротаев А. В., Халтурина Д. А. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. – Общественная палата РФ, 2009.

Об утверждении Концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем : приказ Минздрава России от 30.06.2016 N 448.

Приложения

Приложение 1. Количественно-частотное измерение уровня потребления алкоголя

За последний месяц выпивали ли вы алкогольные напитки вообще?

– Да

– Нет

Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на вопросы А и В.

А. Насколько часто вы выпивали любой из следующих типов напитков за последний месяц?

Пиво	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день
Вино, вермут и т. п.	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день
Крепкие напитки (водка, виски, коньяк и т. п.)	Ни разу	Реже раза в неделю	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю	5–6 раз в неделю	Каждый день

В. Когда вы выпивали в течение последнего месяца, сколько из следующих типов напитков вы обычно выпивали в день (24 часа)?

Кружки пива	Ни одной	0,5–1	1–2	3	4–5	6–7	8 или более
Бокалы вина, вермута и т. п.	Ни одного	1–2	3–4	5–6	7–9	11–14	15 или более
Дозы крепких спиртных напитков (водка, коньяк и т. п.)	Ни одной	1–2	3–4	5–6	7–9	11–14	15 или более

Приложение 2. ТЕСТ AUDIT

Вопросы	Баллы	Вопросы	Баллы
---------	-------	---------	-------

<p>1. Как часто вы употребляете алкогольные напитки? (0) Никогда (<i>перейдите к вопросам 9–10</i>) (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>6. Как часто в течение последнего года вам приходилось выпивать утром для нормализации самочувствия после чрезмерного употребления алкоголя накануне? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый или почти каждый день</p>	
<p>2. Сколько стандартных порций алкоголя вы потребляете обычно за день? (0) 1 или 2 (1) 3 или 4 (2) 5 или 6 (3) 7, 8 или 9 (4) 10 или более</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>3. Как часто вы за один раз потребляли шесть или более стандартных порций алкоголя?</p> <p>(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>8. Как часто за последний год вы не могли утром вспомнить события предшествующего вечера, когда вы употребляли алкогольные напитки?</p> <p>(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>4. Как часто в течение года вы чувствовали, что не в состоянии остановиться после того, как начали употреблять алкоголь?</p> <p>(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>9. Получали ли вы или кто-либо другой травмы в результате употребления вами алкогольных напитков?</p> <p>(0) Нет (2) Да, но не в прошедшем году (4) Да, в прошедшем году</p>	

<p>5. Как часто в течение прошедшего года вы не выполнили то, что от вас ожидалось, из-за употребления алкогольных напитков?</p> <p>(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>10. Говорил ли вам друг, родственник или врач о своей обеспокоенности вашим отношением к алкоголю, и рекомендовалось ли вам уменьшить количество потребляемого алкоголя?</p> <p>(0) Нет (2) Да, но не в прошедшем году (4) Да, в прошедшем году</p>	
Общее количество баллов			

Приложение 3. Таблица для расчёта стандартных доз

Крепость алкоголя	Дозы и количество употребляемого алкоголя								
	50 г	100 г	150 г	200 г	330 г	500 г	750 г	1000 г	2000 г
4%	0	0	0	1	1	2	2	3	6
5%	0	0	1	1	1	2	3	4	8
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	9
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	11
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	13
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	14
10%	0	1	1	2	3	4	6	8	16
11%	0	1	1	2	3	4	7	9	17
12%	0	1	1	2	3	5	7	9	19
13%	1	1	2	2	3	5	8	10	21

14%	1	1	2	2	4	6	8	11	22
15%	1	1	2	2	4	6	9	12	24
16%	1	1	2	3	4	6	9	13	25
17%	1	1	2	3	4	7	10	13	27
18%	1	1	2	3	5	7	11	14	28
19%	1	2	2	3	5	8	11	15	30
20%	1	2	2	3	5	8	12	16	32
21%	1	2	2	3	5	8	12	17	33
22%	1	2	3	3	6	9	13	17	35
30%	1	2	4	5	8	12	18	24	47
35%	1	3	4	6	9	14	21	28	55
38%	2	3	5	6	10	15	23	30	60
40%	2	3	5	6	10	16	24	32	63
50%	2	4	6	8	13	20	30	40	79
80%	3	6	9	13	21	32	47	63	126

Примечание: цифры, выделенные жирным шрифтом, означают высокое и опасное количество доз алкоголя.

Выявление и профилактика опасного потребления алкоголя

Можно пройти анонимное анкетирование по самооценке потребления алкоголя , для этого нажмите на иконку 

Ролики антиалкогольной компании «Трезвость – норма нашей жизни»

Приказ ДЗиФ № 888 от 14.08.2017 «О развитии взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики»



ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОПАСНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ



**Ярославль
2017**

Введение

В соответствии с приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 14 августа 2017 г. № 888 в регионе началась работа по реализации плана мероприятий («дорожной карты»), направленных на профилактику психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, в том числе и алкоголя.

Принципиальным моментом «дорожной карты» является совместная работа двух медицинских служб: наркологической и медпрофилактики. С сентября 2017 по март 2018 г. будет реализован пилотный проект по развитию взаимодействия этих служб на базе трёх государственных медорганизаций: поликлиники № 2 (г. Ярославль), Городской больницы № 6 (г. Рыбинск) и Тутаевской ЦРБ. Затем с 2018 по 2020 г. планируется тиражирование проекта в других медицинских организациях области при организационно-методической помощи главных внештатных специалистов департамента здравоохранения – главного нарколога и главного специалиста по медпрофилактике.

Согласно «дорожной карте» выявление лиц с наркологическими расстройствами или с риском их развития, возлагается на врачей медицинской профилактики, участковых терапевтов, семейных врачей и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, а профилактической работой и мотивационным консультированием этих пациентов будут заниматься специалисты кабинетов (отделений) медицинской профилактики. Будут организованы выездные консультации сотрудников наркологической службы: психиатров-наркологов, психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе. Для соответствующей подготовки кадров запланированы обучающие семинары для медработников.

В «дорожной карте» разработана маршрутизация проблемных пациентов. В зависимости от серьёзности проблемы врачи первичного звена будут определять, куда их следует направить: в кабинет медпрофилактики или к врачу-наркологу.

В данном пособии даётся краткая методика и алгоритм работы по

выявлению и профилактике опасного потребления алкоголя при диспансеризации или во время приёма участкового врача-терапевта.

Психологические аспекты эффективного профилактического консультирования при пагубном потреблении алкоголя

Очевидно, что успех профилактического консультирования во многом обеспечивается знаниями и навыками психологических основ общения и приёмов практической психологии. В ходе углублённого профилактического консультирования пациента с выявленным риском пагубного потребления алкоголя рекомендуется:

- информировать пациента, что по результатам теста у него имеется склонность к чрезмерному (пагубному) потреблению алкоголя;
- объяснить негативное влияние алкоголя на здоровье, течение заболеваний и прочее (в зависимости от конкретной ситуации);
- спросить пациента о его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление;
- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие чрезмерное потребление алкоголя;
- рекомендовать снизить потребление (отказаться полностью в ряде ситуаций);
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

Если пациент не готов к изменениям – повторить рекомендации и аргументировать необходимость снижения потребления алкоголя с учётом состояния здоровья данного пациента, сопутствующих заболеваний, факторов риска, наследственности, семейных отношений, профессиональных факторов и др. Дать пациенту памятку и объяснить, что если он при самоанализе решит ограничить потребление алкоголя и не сможет этого сделать

самостоятельно, то ему следует обратиться в кабинет (отделение) медицинской профилактики или к врачу-наркологу.

Если пациент согласен и готов к изменению алкогольного поведения – составить совместный практический и реалистичный план действий, самостоятельных шагов пациента к снижению потребления алкоголя или отказу от алкогольных напитков, дать памятку и назначить дату повторного визита. Если же пациент считает, что не сможет самостоятельно изменить потребление алкоголя, направить к врачу-наркологу.

Поскольку основной задачей профилактического консультирования является пропаганда здорового образа жизни и раннее выявление возможных проблем со здоровьем у населения, то врач-консультант должен делать акцент на медицинском аспекте результатов пагубного употребления алкоголя и избегать осуждающего тона при обсуждении этого социального явления.

В Европейской региональном бюро ВОЗ разработан План действий по борьбе с потреблением алкоголя. В этом документе даны рекомендации для врачей первичной медико-санитарной помощи по выявлению лиц с проблемным употреблением алкоголя. В частности, рекомендованы краткие вопросники.

В кабинете (отделении) медицинской профилактики, Центре здоровья рекомендуется провести **тест AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test).

Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Вопросник AUDIT)

Обведите число, которое наиболее точно соответствует ответу пациента (в скобках указано количество баллов каждой категории ответа, которые надо суммировать после заполнения вопросника).

1. Как часто Вы пьёте напитки, содержащие алкоголь?

(0) Никогда

(1) Раз в месяц или реже

- (2) 2–4 раза в неделю
- (3) 3–4 раза в неделю
- (4) 4 и более раз в неделю

2. Сколько напитка, содержащего алкоголь, Вы употребляете обычно в день, когда пьёте? (обозначьте количество «стандартных доз»*)

** По определению Всемирной организации здравоохранения, одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30–35 мл водки, или 100 мл вина, или 280 мл пива). Подробнее – см. Приложение 1.*

- (0) 1 или 2
- (1) 3 или 4
- (2) 5 или 6
- (3) 7, 8 или 9
- (4) 10 и более

3. Как часто Вы выпиваете шесть или более доз за один раз?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

4. Сколько раз за прошедший год Вы обнаруживали, что не можете прекратить пить, если уже начали?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

5. Сколько раз за прошедший год Вы не могли из-за выпивки выполнить то, что обычно должны делать?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

6. Сколько раз за прошедший год Вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя что-то делать после

употребления алкоголя накануне?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

7. Сколько раз за прошлый год Вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было вчера, из-за того, что Вы были пьяны?

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

9. Случались ли у Вас или у кого-то другого травмы из-за Вашего употребления спиртного?

- (0) Нет
- (2) Да, но не в прошедшем году
- (4) Да, в прошедшем году

10. Выражал ли кто-нибудь из Ваших родственников, или врач, или другие медработники озабоченность по поводу Вашей выпивки или предлагали Вам сократить потребление?

- (0) Нет
- (2) Да, но не в прошедшем году
- (4) Да, в прошедшем году

Здесь запишите сумму баллов всех ответов

Интерпретация результатов теста AUDIT:

1. Меньше 8 баллов для мужчин и меньше 7 баллов для

женщин – низкая вероятность алкогольной зависимости. Необходимость в консультации специалиста отсутствует. Рекомендуется самостоятельно и самокритично проанализировать частоту и количество употребляемого алкоголя.

2. **8–15 баллов для мужчин и 7–15 баллов для женщин** – чрезмерное или рискованное потребление алкоголя. Необходимо существенно сократить количество и частоту употребления алкоголя. С целью определения конкретных существующих рисков потребления алкоголя и необходимых действий по их предотвращению рекомендуется проконсультироваться у специалиста.
3. **16–19 баллов** – опасное употребление алкоголя или употребление алкоголя с вредными последствиями. Рекомендуется прекратить употребление алкоголя и обратиться за консультацией к специалисту.
4. **20 баллов и более** – возможно наличие алкогольной зависимости. Требуется полный отказ от алкоголя и обязательная консультация врача психиатра-нарколога.

Следует отметить, что заполнение ответов на вопросы 2 и 3 может вызвать сложности при расчётах, что ограничивает более широкое применение данного вопросника на практике. Как указано в вопроснике, рекомендуется при определении категории ответа на вопросы 2 и 3 исходить из того, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30–35 мл водки, или 100 мл вина, или 280 мл пива; подробнее – см. Приложение 1).

Если опрос дал положительный результат или обнаруживаются соматические симптомы, вероятно связанные с алкоголем, рекомендуется дальнейшая диагностика по определению алкогольной зависимости.

Употребление алкоголя связывается у человека с его социальной и личной жизнью, а вовсе не с медициной, поэтому обсуждение этой темы может вызывать сильное сопротивление. Очень часто смешивают понятия «регулярное употребление алкоголя», «бытовое

пьянство», «алкоголизм» и «пивной алкоголизм». В связи с этим необходимо очень тщательно разграничивать и осторожно употреблять эти термины в беседе с пациентом, так как они несут негативную социальную оценку. Лучше говорить о пристрастии к алкоголю в разных формах, используя нейтральный и доброжелательный тон, и применять приёмы «активного слушания».

Как проводить тест AUDIT

Скрининг с использованием AUDIT может проводиться в различных учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Базовый AUDIT предназначен для использования во время коротких интервью или на основании добровольно предоставленных данных. Как показывает практика, на вопросы AUDIT могут быть даны точные ответы независимо от культурного уровня, возраста или пола интервьюируемых.

Некоторые пациенты могут неохотно признавать факт злоупотребления алкоголем или допускать, что это вредно для их здоровья. Как правило, пациенты дают более точные ответы, когда:

- интервьюер расположен дружелюбно и не вызывает опасения;
- суть вопроса связана непосредственно с поставленным им диагнозом;
- вопросы являются понятными;
- соблюдается конфиденциальность информации;
- пациент не находится под воздействием алкоголя или наркотиков во время скрининга.

В качестве альтернативы медике могут использовать AUDIT для проведения интервью с друзьями или членами семьи пациента. В некоторых случаях (например, в приёмных) AUDIT может проводиться в форме опросного листа для добровольного предоставления данных.

В дополнение к этим общим условиям используется следующая

техника интервьюирования:

- Если пациенты требуют срочного лечения или находятся в неадекватном состоянии, лучше подождать до тех пор, пока их состояние стабилизируется, и они привыкнут к условиям пребывания, в которых будет проводиться интервью.
- Необходимо проверить, присутствуют ли признаки интоксикации алкоголем или наркотиками. Пациенты в таком состоянии могут быть неадекватными респондентами. В этом случае интервью следует перенести на более позднее время.
- При использовании теста AUDIT рекомендуется начинать его с общего интервью по состоянию здоровья, за которым должна следовать переходная фаза, прежде чем приступать к вопросам AUDIT. Лучше всего проинформировать пациента о цели опроса и необходимости предоставления точных ответов.

В целом, рекомендуется следующая процедура для использования AUDIT:

1. Сначала задать десять вопросов AUDIT.
2. Если пациент даёт неточные ответы на эти вопросы или необходима дополнительная информация по поставленным вопросам, оформляется клинический документ для скрининга.
3. Идеальным вариантом является включение десяти базовых вопросов в более пространное интервью о состоянии здоровья, а клинические позиции составляют обычную часть клинического исследования. Интерпретация результатов осуществляется совместно.

Алгоритм профилактического консультирования по результатам теста AUDIT

(Источник: Дегтярёва Л. Н., Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Баринаева А. Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя

// Российский семейный врач. – 2012. – т. 16 . – № 1. – с. 55–64)

I. Отрицательный результат (0–7 баллов для женщин, 0–8 баллов для мужчин)

Прокомментируйте проведённый опрос. Например: «Я просмотрел(-а) результаты опроса. Судя по вашим ответам, у вас низкий риск появления проблем, связанных с алкоголем. Если вы продолжите употреблять его в таких же небольших количествах или будете воздерживаться от употребления алкоголя, риск останется таким же низким».

Напомните пациенту об опасности превышения порога потребления алкогольных напитков. Например: «Если вы выпиваете алкогольные напитки, пожалуйста, не употребляйте более двух доз алкоголя в день. Следите за тем, чтобы не употреблять алкоголь как минимум два дня в неделю». Поскольку бутылка пива, бокал вина и маленькая рюмка водки содержат примерно одинаковое количество спирта, очень полезно всегда держать в голове определение стандартной дозы алкоголя (*подробнее – см. Приложение 1*). Люди, превышающие безопасные пределы, повышают вероятность возникновения проблем, связанных с алкоголем, в первую очередь травм, повышения артериального давления, поражения печени, рака и болезней сердца.

Желательно поздравить пациента с тем, что он следует рекомендациям. Например: «Вы правильно делаете. Постарайтесь и дальше придерживаться низкого потребления».

II. Опасное (рискованное) потребление (7–15 баллов для женщин, 8–15 баллов для мужчин)

1. Обратите внимание пациента на значение контроля потребления алкогольных напитков. Например: «Необходимо контролировать, сколько вы выпили. Нужно найти метод,

приемлемый именно для вас. Это может быть маленькая карточка в бумажнике, пометки на кухонном календаре или электронная записная книжка в мобильном телефоне. Если вы пометите, сколько планируете выпить перед тем, как начнёте пить, это поможет вовремя остановиться».

2. Подчеркните важность подсчёта и измерения объёма выпитых алкогольных напитков даже при потреблении дома. Объясните пациенту, что такое стандартная доза алкоголя, покажите таблицу для расчёта стандартных доз (см. Приложение 1). Поскольку бывает сложно оценить содержание алкоголя в смешанных напитках, особенно если их выпивают вне дома, рекомендуйте пациенту не стесняться спрашивать бармена или официанта о составе напитка.
3. Необходимо стимулировать пациента к правильному определению цели для снижения риска употребления алкоголя. Человеку нужно принять решение, сколько дней в неделю и сколько доз он будет употреблять, а в какие дни алкогольные напитки употреблять не будет. Для снижения риска от потребления алкоголя необходимо соблюдать разумные пределы.
4. Поясните следующие важные правила:
 - а) **«Тянуть и разделять»**. Употреблять алкогольные напитки следует не спеша. Пить понемногу. Выпивать не более одной дозы алкогольного напитка в час. Чередовать алкогольные напитки с безалкогольными (вода, лимонад или соки).
 - б) **«Закусывать»**. Не надо пить на пустой желудок. Необходимо поесть, чтобы алкоголь всасывался медленнее.
 - в) **«Определить свои стимулы (провокации) к употреблению алкоголя»**. Человек должен уяснить, что или кто подталкивает его к выпивке. Если это определённые люди или места, в которых он пьёт, даже если не очень хочет, следует их избегать. Если к выпивке стимулируют определённые мероприятия или время суток, нужно спланировать день так, чтобы избежать этих мероприятий или занять себя чем-нибудь другим. Если проблемой

является употребление алкогольных напитков дома, необходимо сократить домашние запасы алкоголя.

г) **«Бороться с желанием выпить»**. Если появляется такое желание, следует подумать, как с ним справиться: например, человек может напомнить себе, почему он хочет измениться, или поговорить с кем-то, кому он доверяет. Хорошо бы заняться другим, более полезным для здоровья делом. Кроме того, можно просто принять тот факт, что желание появилось, и попытаться переждать его, поскольку оно вначале усиливается, а потом спадает, как волна в океане.

д) **«Знать, как сказать «нет»**. Выпить могут предложить тогда, когда человек этого не хочет. Необходимо спокойно, уважительно, но твёрдо отказаться. Чем быстрее человек отказывается, тем меньше вероятность, что он согласится. Если же он замешкается, это даст ему возможность выдумать оправдание для выпивки.

5. В завершение беседы нужно пообещать пациенту поддержку и пригласить на следующие встречи, если у него возникнут вопросы.

III. Пагубное потребление (потребление с вредными последствиями) (16–19 баллов)

Дать информацию о результатах опроса, как в зоне II.

1. Рассказать, какие существуют типы употребления алкогольных напитков, и прокомментировать результаты опроса пациента. Наилучший способ объяснить риск для здоровья, связанный с потреблением алкоголя, – это обратить внимание на то, что люди различаются по уровню потребления. Например: «Многие люди вообще не потребляют алкоголь, значительное число употребляет его в разумных количествах. Меньшее число относится к группе употребляющих значительные количества, которые ведут к появлению проблем со здоровьем. Такое потребление иногда называется вредным и опасным. Очень небольшое число людей относится к четвёртой категории, которую мы иногда

называем алкоголиками. У этих людей формируются зависимость от алкоголя и серьезные проблемы со здоровьем и социальным окружением». Пример личного комментария: «Ваши ответы на вопросы указывают, что вы относитесь к третьей категории – лицам, потребляющим значительные количества алкоголя. Причём значительные настолько, что это представляет угрозу для здоровья и, возможно, для других аспектов вашей жизни».

2. Указать на последствия потребления значительных количеств алкоголя. Например: «У людей, потребляющих значительные количества алкоголя, могут возникнуть различные проблемы со здоровьем. Может быть, у вас уже возникали похожие проблемы? Наилучший способ избежать этих проблем – это уменьшить частоту потребления и количество выпиваемого или же вообще воздержаться от потребления алкоголя».
3. Обсудить необходимость сократить потребление или вообще перестать пить. Например: «Крайне важно сократить потребление алкоголя или вообще на какой-то период перестать пить. Многие люди считают это возможным. Может быть, вы тоже хотите попробовать? Если у вас когда-либо были такие признаки зависимости, как тошнота или дрожь в руках по утрам после употребления большого количества алкоголя, или вы можете выпить большое количество алкоголя и при этом не пьянеть, вам следует вообще перестать пить. Если вы не употребляете большие количества алкоголя часто и не считаете, что потеряли контроль над потреблением, вам следует сократить количество потребляемого алкоголя».
4. Обсудить разумные пределы потребления для лиц, которые не хотят отказываться от потребления алкоголя. Например: «Согласно мнению учёных и специалистов ВОЗ, люди не должны потреблять более двух стандартных доз алкоголя в день, а если человек чувствует опьяняющий эффект от этих двух доз, необходимо употреблять ещё меньше. Для уменьшения риска развития зависимости следует не пить вообще как минимум два дня в неделю. Рекомендуется

избегать такого потребления, которое приводит к опьянению, а оно может наступать после того, как вы выпьете 2–3 стандартные дозы быстро. Более того, имеются ситуации, в которых пить алкоголь вообще не стоит».

5. Представить правило «2–3–4–0» (см. Приложение 3). Объяснить, что такое стандартная доза. Например: «Чрезвычайно важно понимать, сколько алкоголя содержится в напитках, которые вы потребляете. Так вы сможете подсчитывать количество выпитых вами доз и оставаться в пределах разумного потребления. Обратите внимание на содержание алкоголя в разных типах алкогольных напитков. Нужно запомнить, что бутылка пива, бокал вина и маленькая рюмка водки содержат примерно одинаковое количество спирта. Если эти количества и будут восприниматься как стандартная доза, то все, что вам надо будет сделать, – это просто посчитать количество доз, которое вы выпиваете каждый день».
6. В завершение беседы следует ободрить пациента. Например: «Теперь вы знаете о риске, который связан с опасным потреблением алкоголя, и о разумных пределах потребления. Есть ли у вас какие-либо вопросы? Многие люди с радостью узнают, что они сами могут предпринимать шаги, улучшающие здоровье. Я уверен(-а) в том, что вы можете следовать этим советам и снизить потребление алкогольных напитков до разумных пределов. Если же вам это покажется сложным, вы можете обратиться ко мне ещё раз, и мы сможем снова обсудить пути решения этих проблем».

Назначить повторную встречу и проверить, есть ли изменения.

IV. Возможная зависимость (20 баллов и более)

Дать информацию о результатах опроса, как в зоне II.

1. Надо чётко сформулировать своё заключение и предупредить пациента об очень высоком риске – с использованием всех перечисленных материалов.
2. Необходимо договориться о цели. Для пациентов с такими

высокими результатами лучше всего полное воздержание от употребления алкогольных напитков.

3. Обдумать и обсудить с пациентом направление к наркологу.
4. Обдумать направление в группы взаимопомощи.
5. Обязательно запланировать и провести медицинское обследование для выявления уже существующего вреда здоровью на фоне такого высокого уровня риска. Провести с пациентом беседу по результатам.

Психологический феномен сопротивления как фактор, затрудняющий эффективность консультирования

Важно помнить, что в процессе беседы у пациента в силу разных причин может возникнуть сопротивление обсуждению темы, связанной с потреблением алкоголя.

Сопротивление может быть как открытым, когда пациент откровенно отказывается обсуждать эту тему, так и скрытым (завуалированным), когда пациент уходит от ответов на вопросы («Не знаю... Не получается... Не могу...»), отвечает вопросом на вопрос, может грубить, переводить тему разговора в другое русло, выражать сомнение или отвлекаться.

При открытом сопротивлении нельзя навязывать слушателю необходимость обсуждать тему предрасположенности к алкоголю. Надо уважать его право выбора образа жизни. При этом необходимо напомнить ему о принятии ответственности за свою жизнь и здоровье. В этот момент необходимо предоставить ему в мягкой недирективной форме информацию о вреде алкоголя и предложить заполнить дома специальный опросник на определение зависимости от алкоголя, чтобы он мог спокойно ознакомиться с ними и сделать определённые выводы. При этом следует предложить обсудить любые вопросы, если они возникнут, при повторном посещении.

Пример: «Возможно, дополнительная информация расширит Ваш кругозор, поможет по-иному взглянуть на эту проблему. Если у Вас возникнут вопросы, мы можем ещё раз встретиться и обсудить

их».

При скрытом (завуалированном) сопротивлении можно применить две

различные тактики.

В первом случае перевести скрытое сопротивление в открытую форму посредством постановки «закрытых» вопросов.

Пример: «Я вижу, что Вы избегаете ответов на мои вопросы. Вам эта тема неприятна?»

или

«Вы стараетесь уйти от откровенного обсуждения этой темы. Вам трудно об этом говорить?»

Следует добиваться однозначного ответа «да» или «нет» и далее действовать по вышеописанной схеме (для открытого сопротивления). В этой ситуации пациент берёт на себя полную ответственность за своё здоровье и последствия принимаемых решений, что последующем может снизить или совсем снять сопротивление по отношению к неприятной или сложной теме.

Во втором случае предусматривается непосредственное использование сопротивления с помощью различных техник: использование нейтрального тона и безличных форм построения предложений, применение метафор, использование самых разных источников информации как научных, так и художественных, «сократовская» беседа. Эта тактика требует много времени и специальной подготовки консультанта, поэтому вряд ли применима в рамках углублённого профилактического консультирования.

Само наличие сопротивления как открытого, так и скрытого свидетельствует о недостаточной готовности или отсутствия готовности к разговору и тем более к изменениям своего отношения к проблеме. Не следует тратить время на переубеждение сильно сопротивляющегося пациента, поскольку это невозможно в рамках одной консультации. Следует предложить ему

материалы, предлагающие иной взгляд на проблему, переводя её из социальной плоскости в медицинскую, то есть, заостряя внимание на пагубных последствиях злоупотребления алкоголем для организма.

В тех случаях, когда сопротивление мало выражено, и видно, что человек сомневается в своей позиции, нужно выявить ведущий тип мотивации для этого пациента, чтобы использовать её для убеждения в необходимости перемен.

Особенности мотивации пациентов с риском злоупотребления алкоголем

Если человек внутренне мотивирован к изменениям, то есть верит в их необходимость и значимость, а также в свою способность и силы для их осуществления, то ему необходимо помочь организовать новый стиль жизни, поощряя его устремления, выражая уверенность в его успехе.

Если человек мотивирован внешними обстоятельствами, нужно выяснить, какими именно, и апеллировать к ним. К примеру, если человеку важно мнение окружающих или семьи, то можно опираться на свой авторитет специалиста, а также авторитетное мнение значимых для него персон. Если человек зависит от социального положения, то важно подчеркнуть положительное влияние изменений на его социальный статус.

Если человек руководствуется негативными (запретительными) мотивами, то на него будут действовать укоры, неутешительные прогнозы и описания мрачных перспектив.

Влияние особенности личности пациента, готового к сотрудничеству, на выбор методов воздействия в процессе консультирования

Существует ряд причин, которые толкают людей на путь различных зависимостей, таких как переедание, курение, наркомания,

злоупотребление алкоголем. При выборе тактики ведения беседы надо учитывать особенности личности консультируемого.

Помимо социальных и наследственных, гендерных и возрастных факторов, огромную роль играют личностные особенности, включающие психотип человека, его самооценку, темперамент, эмоциональное состояние, стрессоустойчивость. Например, человек может иметь заниженную самооценку, принадлежать к тревожно-мнительному или зависимому типам личности, обладать «застревающей» психикой, не успевать быстро приспособиться к изменяющимся условиям. Это ведёт к тому, что человек демонстрирует низкую стрессоустойчивость (резкие перепады настроения, агрессия, депрессивные состояния, психосоматические проявления и т. п.), а значит, постоянно нуждается в каких-то инструментах для снятия стрессового напряжения. Самым простым и привычным способом является употребление алкоголя, который в малых дозах действительно действует расслабляюще. Однако в силу вышеперечисленных особенностей личности, потенциальный «пьяница» часто не может удержаться в рамках рекомендованных медициной границ потребления алкоголя. Таким образом, незаметно происходит формирование глубокой зависимости, ведущей к болезни. Необходимо добавить, что социальный фон часто способствует этому.

Употребление алкоголя внутренне оправдывается человеком и используется им для получения различных вариантов социальной выгоды или как способ снятия напряжения.

Поэтому на вопрос «Почему Вы выпиваете?» часто следуют типичные ответы:

«Пью, чтобы расслабиться и отдохнуть»;

«...для поднятия настроения»;

«...за компанию»;

«...по привычке, как все»;

«...когда болит тело или душа».

Такие ответы часто свидетельствуют о том, что человек обладает слабой волей, инфантилен, и поэтому нельзя полагаться, что он активно будет прилагать усилия для любых изменений в собственной жизни. Для такого пациента-«ребёнка» врач играет роль мудрого и заботливого «родителя». Этим людям необходим постоянный контроль и внешние побудительные действия, стимулирующие их мотивацию к изменениям.

В процессе консультации желательно предложить пациенту вести дневник наблюдений за своим здоровьем и при повторном посещении врача-консультанта проводить анализ этих записей. Побудительными действиями могут стать приглашения врача посетить лекции, занятия в группах и школах здоровья, школах по управлению стрессом. Также можно рекомендовать к просмотру документальные и художественные фильмы на соответствующую тему. Важно делать эти предложения в мягкой директивной манере, подчёркивая выгоды для пациента и демонстрируя уверенность, что он как разумный человек поступит именно так.

Пример:

Врач: «В нашей поликлинике существует программа по обучению эффективным способам сохранения здоровья. Когда Вы придёте на занятия, Вы сможете узнать много интересного и важного лично для Вас. Совершенно бесплатно Вы сможете получить те навыки и умения, которые позволят Вам жить комфортной и полноценной здоровой жизнью. Сэкономленные на возможном лечении средства Вы сможете потратить на удовлетворение своих разнообразных потребностей».

В этом случае не стоит стремиться перевоспитать человека, а следует акцентировать разговор на негативных с медицинской точки зрения последствиях, касающихся именно его организма, но, чтобы уменьшить сопротивление, разговор необходимо начать с положительной информации.

После вопроса врача «Знаете ли Вы что-нибудь о положительных

медицинских последствиях употребления алкоголя?» обычно следует ответ пациента: «Немного (50 грамм крепких напитков, бокал вина или пива) – это полезно для здоровья». Необходимо уточнить, в чём польза, а затем задать вопрос: «Что изменится, если превысить эту дозу?» – и начать ярко и подробно перечислять возможные повреждения организма, при необходимости аргументируя свою речь цифрами, результатами исследований и используя иллюстративный материал (например, изображения здоровой и больной циррозом печени).

Пример:

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что опьянение часто ведёт к потере контроля над ситуацией? Это происходит потому, что мозг под влиянием алкоголя разрушается, теряя способность к координации движений и адекватной оценке ситуации. Когда Вы выпиваете, Ваше поведение может стать опасным для Вас и привести к травме с возможной долговременной потерей трудоспособности: например, к черепно-мозговым травмам, переломам, производственным травмам и др.».

Или:

Врач: «Известно ли Вам, что алкоголь постепенно разрушает и истончает сосуды, снабжающие кровью все органы тела, в том числе и головной мозг. Вследствие этого может случиться инфаркт миокарда или инсульт мозга, что может привести к внезапной смерти или последующей инвалидизации. Жизнь может потерять все свои прелести!».

Особенности консультирования пациентов, склонных к чрезмерному употреблению пива

Надо учитывать, что употребление пива в обществе не считается предосудительным; вредное воздействие пива недооценивается, а его свойства считаются полезными даже без учёта количества выпитого. Обманчивое впечатление о его безвредности ведёт к чрезмерному его потреблению, что приводит к развитию различных

заболеваний, нарушениям полового и умственного развития, личностным и поведенческим изменениям. Следует знать, что зависимость от пива чаще всего не носит запойного характера, но человек употребляет пиво каждый день и по нескольку раз. Полное опьянение возникает редко, но пивные алкоголики пьют снова, полностью не протрезвев. Это продолжается недели, месяцы и даже годы. Отказы от пива случаются редко и длятся не более трёх дней. И человек уже настолько зависит от пива, что не может без него жить.

Лицам, постоянно употребляющим пиво, свойственны высокая тревожность и агрессивность, властность и непоследовательность, а также нереалистические ожидания, паника, беспомощность. При этом большую часть из них не волнуют критические замечания со стороны незнакомых людей, связанные с употреблением пива даже в общественном месте.

В беседе с такими пациентами часто приходится сталкиваться с открытым сопротивлением в демонстративной форме, проистекающим из неадекватной оценки своего пристрастия. Поэтому надо стремиться формулировать вопросы так, чтобы получать утвердительные ответы, незаметно подводя пациента к нужным выводам.

Пример:

Врач: «Считаете ли Вы вредным употребление пива?»

Пациент: «Нет. Не знаю. Может быть. Немного можно».

Врач: «Между тем учёными установлено, что систематическое употребление пива ведёт к сильному повреждению гормональной системы человека. У мужчин снижается выработка тестостерона, растёт «пивной» живот, меняется голос, сильно увеличиваются грудные железы, дряхлеют мускулы и падает потенция. У женщин грубеет голос, усиливается растительность на лице, резко падает способность к деторождению. Отмечаете ли Вы такие

внешние изменения у кого-нибудь из Ваших знакомых?»

Пациент: «Возможно, ну да...»

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что это является результатом нарушением работы внутренних органов?»

Пациент: « Вероятно... Может быть... Согласен...»

Далее разговор переводится в предметное объяснение медицинских последствий и поиску альтернативного, здорового поведения.

Использование памятки «Как не поддаваться влечению к спиртному?» в качестве основы практического плана действий для пациента

Когда пациент готов к сотрудничеству и признаёт наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкретные планы изменения образа жизни, опираясь на варианты, изложенные в нижеследующей памятке, и дать её пациенту с собой.

Памятка для пациента «Как не поддаваться влечению к спиртному?»

Никакие мероприятия по профилактике алкоголизма не будут действенными, если человек не возьмётся за себя сам. Вот некоторые советы, которые помогут отвлечься от желания выпить.

1. Не держите дома спиртное, чтобы не поддаваться импульсу и не выпить.
2. Больше времени уделяйте семье. Начните налаживать испорченные отношения.
3. Возобновите старую работу или найдите новую, которая бы была по душе. Занятость позволит не скучать, и мысли об алкоголе, которые обычно приходят во время безделья, реже будут посещать вашу голову. К тому же работа улучшит Ваше финансовое положение и даст возможность найти новое общение.

4. Уделяйте время своим хобби. Чувство удовлетворения от любимого занятия поможет расширить зону удовольствия и будет способствовать повышению самооценки.
5. Признайте, что у Вас есть проблема с алкоголем и при необходимости пользуйтесь услугами специалиста.
6. Занимайтесь спортом и физкультурой: это поможет держать организм в тонусе, ориентироваться в собственных возможностях и адекватно себя оценивать.
7. Работайте над своими внутренними конфликтами. Пагубное пристрастие к спиртному – следствие не биологических, а психологических причин.
8. Принимайте себя таким, какой Вы есть, признавая и положительные, и отрицательные качества своего характера. Осознав свои отрицательные черты, Вы сможете работать над собой, чтобы улучшить свои личностные качества.
9. Избавляйтесь от своей тревожности. Повышенная тревожность – распространённая черта характера людей с проблемой тяги к спиртному. Тревога – это страх перед предстоящими событиями, обычно беспричинный и необоснованный. Человек сам не понимает, чего боится. При таком настроении вся жизнь видится человеку в негативном ракурсе, и он хочет уйти от неприятных переживаний с помощью опьянения.
10. Признавайте жизненные трудности и находите решения проблем. Справившись с трудностями, Вы будете каждый раз повышать свою самооценку.
11. Избегайте просмотра передач с большим количеством негативной информации: например, новостей о трагических происшествиях, авариях и болезнях. Такая информация только повысит ощущение тревожности и может спровоцировать желание выпить, чтобы избавиться от этого чувства.
12. Расширяйте диапазон своих удовольствий. Пусть этими удовольствиями станут лакомства, приятная музыка, интересная книга, приятное путешествие, просмотр хорошего фильма, помощь кому-либо, обновка, общение с

домашним любимцем и т. д. И тогда воспоминания об удовольствии от алкоголя будут всё больше отдаляться.

13. Расширяйте свой кругозор. Ходите в кино, театры, на концерты, в музеи. Включайтесь в общественную работу. Это повысит Вашу самооценку и станет источником новых удовольствий.
14. Чаще гуляйте. Отвлекайтесь от домашней обстановки и бытовой рутины. Измените хоть немного привычную атмосферу, это полезно для саморазвития и принятия ответственности за собственную жизнь.
15. Признайте себя личностью. Если Вы почувствуете себя личностью, то это будет первой ступенью к жизненным изменениям, связанным с полным отказом от алкоголя.
16. Уделяйте внимание своему внешнему виду. Следите за причёской и одеждой, интересуйтесь модными тенденциями. Удовлетворение собственным внешним видом – это дополнительное удовольствие и стимул к дальнейшему совершенствованию.
17. Если Вы чувствуете, что внутреннее напряжение растёт – обращайтесь к психологу, психотерапевту или к другим специалистам.

Риск потребления наркотиков и психотропных средств без назначения врачей

В ходе углублённого профилактического консультирования пациента с выявленным потреблением наркотиков и психотропных средств без назначения врачей рекомендуется:

- информировать пациента, что у вас имеется подозрение на его зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств;
- объяснить негативное влияние немедицинского потребления наркотиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и т. д. (в зависимости от конкретной ситуации);
- спросить пациента о его отношении к собственной привычке потребления наркотиков и психотропных средств и готовности

снизить это потребление;

- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие потребление наркотиков и психотропных средств;
- рекомендовать отказаться полностью от потребления наркотиков и психотропных средств;
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

Следует помнить, что человек, склонный к употреблению наркотиков и психотропных средств, уже имеет личностные нарушения различного генеза и вида, поэтому желательно, чтобы профилактическая работа в таком случае проводилась специалистом (психологом, психотерапевтом, психиатром), имеющим подготовку в области наркологии.

Если пациент не готов к изменениям – не следует переубеждать его в неправильности его взглядов, а предложить ему подумать о нарушении своего душевного равновесия в настоящий момент и о возможности его восстановления с помощью специалистов. Дать пациенту памятку и рекомендовать обратиться к таким специалистам.

Если пациент согласен и готов к изменению поведения, дать памятку и объяснить, когда, где и как он может обратиться к врачу-наркологу или получить психологическую помощь.

Приложения

Приложение 1.

Таблица для расчёта стандартных доз

	Дозы и количество употребляемого алкоголя								
Крепость алкоголя	50 г	100 г	150 г	200 г	330 г	500 г	750 г	1000 г	2000 г
4%	0	0	0	1	1	2	2	3	6

5%	0	0	1	1	1	2	3	4	8
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	9
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	11
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	13
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	14
10%	0	1	1	2	3	4	6	8	16
11%	0	1	1	2	3	4	7	9	17
12%	0	1	1	2	3	5	7	9	19
13%	1	1	2	2	3	5	8	10	21
14%	1	1	2	2	4	6	8	11	22
15%	1	1	2	2	4	6	9	12	24
16%	1	1	2	3	4	6	9	13	25
17%	1	1	2	3	4	7	10	13	27
18%	1	1	2	3	5	7	11	14	28
19%	1	2	2	3	5	8	11	15	30
20%	1	2	2	3	5	8	12	16	32
21%	1	2	2	3	5	8	12	17	33
22%	1	2	3	3	6	9	13	17	35
30%	1	2	4	5	8	12	18	24	47
35%	1	3	4	6	9	14	21	28	55
38%	2	3	5	6	10	15	23	30	60
40%	2	3	5	6	10	16	24	32	63
50%	2	4	6	8	13	20	30	40	79
80%	3	6	9	13	21	32	47	63	126

Примечание: цифры, выделенные жирным шрифтом, означают высокое и опасное количество доз алкоголя.

Приложение 2. ТЕСТ AUDIT (бланк)

<p>1. Как часто Вы пьёте напитки, содержащие алкоголь?</p> <p>(0) Никогда [перейдите к вопросам 9–10]</p> <p>(1) Раз в месяц или реже</p> <p>(2) 2–4 раза в месяц</p> <p>(3) 2–3 раза в неделю</p> <p>(4) 4 и более раз в неделю</p>	<p>6. Как часто за прошедший год Вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя что-то делать после употребления алкоголя накануне?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p>
<p>2. Когда Вы употребляете алкогольные напитки, сколько стандартных доз алкоголя обычно выпиваете за день?</p> <p>(0) 1 или 2</p> <p>(1) 3 или 4</p> <p>(2) 5 или 6</p> <p>(3) 7, 8 или 9</p> <p>(4) 10 и более</p>	<p>7. Как часто за прошлый год Вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p>
<p>3. Как часто Вы выпиваете шесть или более доз за один раз?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(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>8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было вчера, из-за того, что Вы были пьяны?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p>

<p>4. Как часто за прошедший год Вы обнаруживали, что не можете прекратить пить, если уже начали?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p>	<p>9. Случались ли у Вас или у кого-то другого травмы из-за Вашего употребления спиртного?</p> <p>(0) Нет</p> <p>(2) Да, но не в прошедшем году</p> <p>(4) Да, в прошедшем году</p>
<p>5. Как часто за прошедший год Вы не могли из-за выпивки выполнить то, что обычно должны делать?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p>	<p>10. Выражал ли кто-то из Ваших родственников, или врач, или другие медработники озабоченность по поводу Вашей выпивки или предлагали Вам сократить потребление?</p> <p>(0) Нет</p> <p>(2) Да, но не в прошедшем году</p> <p>(4) Да, в прошедшем году</p>
<p>В данной графе запишите общее количество баллов</p>	

Приложение 3.

Правило разумного потребления алкоголя (правило «2–3–4–0»)

Допустимый уровень употребления алкогольных напитков:

- 2 дозы в сутки – для женщин;
- 3 дозы в сутки – для мужчин;
- 4 дозы в сутки – в исключительных социальных случаях (вечеринка);
- 0 доз в сутки – в течение 1–2 дней в неделю, а также во время беременности, грудного вскармливания, при управлении автомобилем или машинами и механизмами и т. д.

Мысли трезво!

Можно пройти анонимное анкетирование по самооценке потребления алкоголя , для этого нажмите на иконку 

Ролики антиалкогольной компании «Трезвость – норма нашей жизни»

Приказ ДЗиФ № 888 от 14.08.2017 «О развитии взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики»



Алкоголь, легально реализуемый в наших торговых сетях, обладает одной, но очень неприятной особенностью: безответственный подход к его употреблению может привести к развитию алкогольной зависимости. Алкоголизм – болезнь, за возникновение, течение и исход которой, полную ответственность несет сам человек. Сколько времени должно пройти, чтобы появилось болезненное пристрастие, сказать сложно, но специалисты выделяют факторы риска, а именно алкогольная наследственность, неустойчивая психика, черепно-мозговые травмы и хронические заболевания печени. Сначала формируется психологическая зависимость от спиртного, когда алкоголь

превращается в единственный способ «снятия стресса» или «поднятия настроения». Как только для достижения прежнего опьяняющего эффекта приходится увеличивать дозу – всё, процесс привыкания пошёл полным ходом. Постепенно зависимое поведение приобретает для человека первостепенное значение, заменяя собой все прочие его желания, интересы и мечты. Человек неосознанно вкладывает в свое разрушение все значимые ресурсы: время, здоровье, друзей, деньги...

Вот несколько простых вопросов, которые помогут вам задуматься об употреблении алкоголя:

1. Возникало ли у вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих говорил вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков? (да/нет)
2. Испытывали ли вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков? (да/нет)
3. Возникало ли у вас желание принять спиртное, как только вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков? (да/нет)

Два и более положительных ответов свидетельствуют о риске развития патологического пристрастия к алкоголю.

Каждый человек, независимо от возраста, пола, профессии и стиля жизни, в той или иной мере может столкнуться с проблемами, возникшими на почве употребления спиртных напитков, при этом совсем не обязательно быть алкоголиком в общепринятом смысле. В состоянии алкогольного опьянения совершаются поступки, о которых впоследствии приходится сожалеть, происходит большинство правонарушений и преступлений.

Как избежать столкновения с этой проблемой? Достаточно подходить к употреблению спиртных напитков ответственно и придерживаться принципов здорового образа жизни. За праздничным столом не делайте опьянение своей единственной целью, а акцентируйте внимание на общении и культурном

временипровождении. Наполните свой досуг спортом и творчеством – это лучшее лекарство против стресса и плохого настроения.

Специалисты Областной наркологической больницы