МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ»
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ»

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

2025

Зміст

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови 15
Список скорочень ... 18
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ ... 20
РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО НАСТАНОВИ З ЛІКУВАННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ АЛКОГОЛЕМ ... 22
Огляд настанов ... 23
Доказовий підхід ... 24
Підходи до проблем, пов'язаних із алкоголем, на рівні громади та населення ... 25
Термінологія ... 26
Настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю (2020) ... 27
Австралійські настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю ... 27
5. ОРГАНІЗАЦІЯ І НАДАННЯ ДОПОМОГИ ... 28
РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ОРГАНІЗАЦІЇ І НАДАННЯ ДОПОМОГИ ... 28
5.1 Вступ ... 28
5.2 Принципи організації надання допомоги ... 29
5.3 Послуги для людей, які зловживають алкоголем ... 31
5.3.1 Вступ ... 31
5.3.2 Класифікація варіантів втручань і послуг ... 32
5.3.3 Втручання для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю ... 32
5.3.4 Установи ... 34
5.3.5 Координація і організація допомоги ... 38
5.3.6 Координація допомоги ... 38
5.3.7 Інтегровані системи надання допомоги та поетапне призначення допомоги ... 39
5.3.8 Зв'язок цієї настанови з іншими настановами NICE ... 40
8. КОРОТКИЙ ОГЛЯД РЕКОМЕНДАЦІЙ ... 41
8.1 Принципи надання допомоги ... 41
8.1.1 Побудова довірливих відносин і надання інформації ... 41
8.1.2 Робота з членами родини й опікунами та надання їм підтримки ... 41
8.2 Ідентифікація та оцінка ... 42
8.2.1 Загальні принципи ... 42
8.2.2 Оцінка в спеціалізованих закладах, що надають послуги з лікування від алкогольної залежності ... 43
8.3 Втручання в разі зловживання алкоголем ... 45
8.3.1 Загальні принципи для всіх втручань ... 45

8.3.2 Координація допомоги та керування випадками 47
8.3.3 Втручання в разі небезпечного вживання алкоголю та наявності легкого ступеня алкогольної залежності 47
8.3.4 Оцінка та втручання для лікування синдрому відміни алкоголю 49
8.3.5 Схеми застосування лікарських препаратів для лікування синдрому відміни алкоголю 50
8.3.6 Втручання в разі алкогольної залежності помірного й тяжкого ступенів після успішного лікування синдрому відміни алкоголю 52
8.3.7 Особливі міркування щодо лікування дітей і молодих людей, які зловживають алкоголем 55
8.3.8 Втручання за наявності супутніх станів 57
Розділ 2. ПОШИРЕНІСТЬ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ПОВ'ЯЗАНА З ЦИМ ШКОДА В АВСТРАЛІЇ 59
Поширеність та моделі вживання алкоголю 59
Шкода, пов'язана з алкоголем 62
Смертність і тягар хвороб, пов'язані з вживанням алкоголю 63
Травматизм та госпіталізація внаслідок вживання алкоголю 64
Шкода оточуючим 64
Вплив на економіку 64
Поширеність вживання алкоголю серед підлітків 65
Поширеність вживання алкоголю серед дорослого населення у віковій групі 18-69 років 68
Зміни у вживанні алкоголю з початком повномасштабної війни 72
Розділ 3. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ 75
Стигма та дискримінація 75
Стигма та її зв'язок із вживанням алкоголю 75
Як стигма проявляється в клінічних умовах? 75
Мова та стигма 76
Нестигматизуюча практика 77
Зміна середовища, в якому працюють медичні працівники 78
Суспільні зміни 79
Розділ 4. СКРИНІНГ ТА ОЦІНКА 80
5.18.2 Опитувальник для оцінки тяжкості алкогольної залежності (SADQ) 81
5.18.3 Лідський опитувальник для оцінки залежності (LDQ) 82
5.19 ОЦІНКА ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ 83
5.19.1 Вступ 83

5.19.2 Опитувальник для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (APQ) 83
5.20 ОЦІНКА МОТИВАЦІЇ 84
5.20.1 Опитувальник для оцінки готовності до змін – версія для лікування 85
5.20.2 Узагальнення доказових даних 86
5.21 ОСОБЛИВІ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ – ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ 87
5.22 ОСОБЛИВІ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ – ДІТИ ТА ПІДЛІТКИ 87
5.22.1 Вступ 87
5.22.2 Клінічні питання 87
5.22.3 Визначення та мета огляду інструментів діагностики й оцінки алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю 88
5.22.4 Описовий аналіз інструментів оцінки для дітей та молоді 88
5.22.5 Узагальнення доказових даних 92
5.23 СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ОЦІНОЧНОГО ІНТЕРВ'Ю 92
5.23.1 Вступ 92
5.23.2 Вживання алкоголю та пов'язані з ним наслідки 93
5.24 СТРУКТУРА ОЦІНКИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ 99
5.25 СТРУКТУРА ОЦІНКИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ 101
5.25.1 Ідентифікація випадків та діагностика 101
5.25.2 Рівень 2: оцінка стану відміни 103
5.25.3 Оцінка стану відміни у дітей та підлітків 107
5.25.4 Рівень 3: коротка сортувальна оцінка 108
5.25.5 Рівень 4: комплексна оцінка 112
5.25.6 Методи фізикального обстеження 113
5.25.7 Психічне здоров'я: коморбідності та когнітивні функції 116
5.25.8 Цілі щодо поведінки, пов’язаної з вживанням алкоголю 123
5.25.9 Складання плану медичної допомоги та плану управління ризиками 123
5.25.10 Контроль результатів 124
5.25.11 Особливі групи пацієнтів 128
5.25.12 Узагальнення доказових даних 130
5.26 ВІД ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ 134
Скринінг та оцінка 136
Місце скринінгу 137
Амбулаторії загальної практики та інші заклади первинної медичної допомоги 137
Відділення невідкладної допомоги 138
Відділення лікарень та клініки 138
Служби соціального захисту та загальні консультаційні служби 139
Робоче місце 139

Скринінг 140
Використання скринінгового опитувальника 141
Тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT) 142
Рекомендований скринінг від NIAAA 143
Опитувальники MAST та CAGE 143
Інші опитувальники 143
Скринінг на вживання алкоголю вагітними жінками 144
Фізичний огляд на визначення стану алкогольного сп'яніння або на наявність ознак шкідливого вживання алкоголю 144
Біологічні маркери надмірного вживання алкоголю 145
Раннє виявлення та скринінг для підготовки до застосування інтервенцій 149
Комплексна клінічна оцінка 149
Мета оцінки 150
Діагностичні інтерв'ю 151
Збір додаткової інформації 164
Оцінка ризику 167
План лікування 167
Визначення відповідних інтервенцій і розробка плану лікування та догляду 167
Оцінка та зворотний зв'язок 168
Залученість пацієнта до лікування 168
Постановка цілей: утримання, поміркованість та зменшення вживання алкоголю 169
Розділ 5. МОДЕЛІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ 171
Принципи надання допомоги 172
Пацієнтоорієнтоване лікування 172
Інтегрована допомога 172
Кейс-менеджмент 175
Стаціонарне лікування 177
Примусове лікування 178
Програма контрольованого вживання алкоголю 178
Розділ 6. КОРОТКІ ІНТЕРВЕНЦІЇ З ПИТАНЬ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ 180
Короткі інтервенції з питань вживання алкоголю та пов'язаних із ним проблем 180
Ключові компоненти коротких інтервенцій 180
Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) 183
Скринінг, зворотний зв'язок та інформування 183
Постановка цілей 184
Направлення на лікування 184
Ефективність коротких інтервенцій при впровадженні за різних умов 185

Як впроваджувати короткі інтервенції? ... 186
Заклади первинної медико-санітарної допомоги ... 186
Відділення невідкладної допомоги та травмпункти ... 187
Відділення багатопрофільних лікарень та амбулаторії ... 188
Аптеки ... 189
Спеціалізовані амбулаторні служби з лікування залежності ... 190
Навчальні заклади ... 191
Консультування на рівні громади та служби соціального захисту населення ... 192
Робочі місця ... 192
Установи кримінального судочинства ... 193
Цільова аудиторія коротких інтервенцій ... 193
Характеристики ефективних коротких інтервенцій ... 195
Хто може проводити короткі інтервенції? ... 196
Найефективніші методи впровадження коротких інтервенцій для тренерів ... 196
Вплив прихильності до МІ на наслідки вживання алкоголю ... 196
Реалізація коротких інтервенцій у клінічній практиці ... 197
Підсумок та обмеження коротких інтервенцій ... 198
Висновок ... 200
Розділ 7. КОРОТКІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СФЕРІ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НИМ ПРОБЛЕМ ... 201
Онлайн-інтервенції для вирішення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю ... 202
На кого спрямовані короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я ... 202
Хто може надавати короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я ... 203
Чи є короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я більш ефективними, ніж відсутність інтервенцій? ... 203
Чи є короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я більш ефективними, ніж очні короткі інтервенції? ... 204
Обмеження ... 205
BEACON ... 206
PSYBERGUIDE ... 206
HEAD TO HEALTH ... 206
Резюме ... 206
Розділ 8. СТАН ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ ... 207
Початок і тривалість СВ ... 208

Ускладнення тяжкого СВ 208
Судомні напади 208
Алкогольний делірій 209
Галюцинації 209
Оцінка та підбір лікування 210
Диференціальна діагностика 210
Предиктори тяжкості СВ 211
Цілі послуг з лікування СВ алкоголю 212
Умови для лікування СВ алкоголю 213
Вибір місця для проведення лікування СВ 215
Моніторинг під час СВ 218
Шкала оцінки стану відміни алкоголю Клінічного інституту 218
Шкала оцінки симптомів відміни алкоголю 218
Коротка шкала СВ 219
Обмеження шкал для оцінювання СВ 219
Підтримуючий догляд 220
Оточення та підтримка 221
Підтримуюче консультування 221
Сприяння зв’язку з іншими службами для подальшого лікування та підтримки 222
Дієта, харчування та регідратація 223
Тіамін та інші добавки 224
Сон і розслаблення 226
Медикаментозне лікування для подолання СВ 226
Бензодіазепіни 227
Альтернативні, симптоматичні та інші препарати 234
Інші лікарські засоби 237
Лікування ускладнень тяжкого синдрому відміни алкоголю 238
Судоми під час СВ алкоголю 238
Галюцинації 241
Алкогольний галюциноз 242
Алкогольний делірій 243
Синдром Верніке-Корсакова 247
Електролітні порушення 250
Розділ 9. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ 251
Огляд психосоціальних інтервенцій 251
Коли застосовувати психосоціальні інтервенції 252
Вибір психосоціальних інтервенцій 252

Мотиваційне інтерв'ю ... 254
Когнітивно-поведінкова терапія ... 256
Специфічні когнітивно-поведінкові підходи ... 257
Тренінг навичок подолання труднощів ... 257
Профілактика рецидивів ... 258
Навчання поведінковому самоконтролю або самоуправлінню ... 259
Експозиція до тригерів ... 261
Поведінкова терапія для пар ... 262
Профілактика рецидивів на основі усвідомленості ... 262
Терапія прийняття та відповідальності ... 263
Заохочувальна терапія ... 264
Інші стратегії консультування ... 265
Програми стаціонарної реабілітації ... 265
Резюме ... 266
Розділ 10. ФАРМАКОТЕРАПІЯ ... 267
Огляд фармакотерапії ... 267
Фармакотерапія першої лінії: препарати, схвалені TGA (Управління з контролю обороту лікарських засобів та виробів медичного призначення Австралії) ... 268
АКАМПРОСАТ ... 268
НАЛТРЕКСОН ... 271
ДИСУЛЬФІРАМ ... 274
Препарати першої лінії: схвалені TGA (Управління з контролю обороту лікарських засобів та виробів медичного призначення Австралії), але не доступні в Австралії ... 279
НАЛМЕФЕН ... 279
Фармакотерапія другої лінії: препарати, що застосовуються не за призначенням ... 281
БАКЛОФЕН ... 281
ТОПІРАМАТ ... 283
Інші лікарські засоби ... 283
Одночасні психосоціальні інтервенції ... 284
Підвищення прихильності до лікування ... 284
Персоналізована фармакотерапія: підбір препаратів для окремих пацієнтів ... 285
Розділ 11. ПРОГРАМИ ВЗАЄМНОЇ ПІДТРИМКИ ... 287
Анонімні алкоголіки ... 287
Як працюють Анонімні Алкоголіки ... 288
Докази ефективності Анонімних Алкоголіків ... 289
Для кого підходять Анонімні Алкоголіки? ... 290

Направлення до Анонімних Алкоголіків 291
SMART RECOVERY® 291
Інші форми взаємної підтримки 292
Взаємна підтримка сімей 293
Розділ 12. ПІДЛІТКИ ТА МОЛОДЬ 294
Оцінка 296
Оцінка за системою HEADSS 297
Лікування 299
Залучення підлітків та їхніх сімей до лікування 299
Інтервенції щодо вживання алкоголю підлітками 300
Інтервенції з боку батьків 300
Використання технологій у підходах до лікування 300
Інтервенції за участі однолітків 301
Вплив на коморбідності 301
Фармакотерапія алкогольних проблем 301
Розділ 13. ГЕНДЕРНІ ПИТАННЯ 302
Епідеміологія 303
Стать і розвиток розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю 303
Гендер та уявлення про шкоду, пов’язану з вживанням алкоголю, у жінок 303
Гендерні питання у виявленні та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю 304
Скринінг домашнього насильства 304
Гендер та лікування жінок 306
Висновок 308
Розділ 14. ВАГІТНІ ТА ЖІНКИ, ЩО ГОДУЮТЬ ГРУДДЮ 308
Рекомендації та поради NHMRC щодо вагітності та грудного вигодовування 309
Вагітність 309
Що можна сказати жінкам, які вживали мінімальну кількість алкоголю під час вагітності? 309
Грудне вигодовування 310
Скринінг та коротка інтервенція під час вагітності 311
Вплив вживання алкоголю на матір під час вагітності 312
Алкогольна інтоксикація під час вагітності 312
СВ алкоголю під час вагітності 313
Догляд за вагітною жінкою в стані СВ алкоголю 313
Політика та протоколи надання медичної допомоги вагітним жінкам, які зазнали впливу алкоголю або інших наркотичних речовин 315
Лікування алкогольної залежності під час вагітності 316

Вплив алкоголю на здоров’я плоду 316
Фетальні розлади алкогольного спектру 317
Неонатальний СВ 317
Надання підтримки матерям і дітям та просвітницької роботи з партнерами в їхньому житті 318
Підтримка вагітних жінок, матерів і дітей 318
Просвітницька робота з партнерами та сім’єю 318
Культурні міркування 319
Алкоголь і проблеми з психічним здоров’ям 319
Розділ 16. ГРУПИ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА КУЛЬТУРНИМИ ТА МОВНИМИ ОЗНАКАМИ 321
Доступність лікування 322
Культурна компетентність у лікуванні та наданні послуг 322
Клінічна оцінка та залучення 323
Використання перекладачів 323
Надання послуг, потреба в цільових послугах і ресурсах 325
Висновок 326
Розділ 17. ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СЕКСУАЛЬНОЮ ТА ГЕНДЕРНОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ 327
Патерни вживання алкоголю 328
Чинники проблемного вживання алкоголю 329
Вживання алкоголю як стресова реакція на досвід дискримінації та відторгнення 329
Нормативний вплив соціалізації на основі алкоголю 330
Доступ до лікування та досвід лікування 330
Розкриття ідентичності 330
Ефективність лікування 332
Покращення зв’язку з лікуванням, задоволеності та ефективності 333
Розділ 18. ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ 335
Патерни вживання алкоголю серед літніх людей 336
Вікові фізіологічні зміни та алкоголь – наслідки вживання алкоголю з меншим ризиком для здоров’я 336
Чи є користь від легкого та помірного вживання алкоголю для людей старшого віку? 336
Ризики для здоров’я та коморбідності, пов’язані зі вживанням алкоголю серед людей старшого віку 337
Скринінг на розлади вживання алкоголю 338
Діагностика розладів вживання алкоголю у людей старшого віку 339

Що є ефективним у лікуванні розладів вживання алкоголю у людей старшого віку? 340
Лікування СВ у людей з алкогольною залежністю 340
Профілактика рецидивів 341
Розділ 19. КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ 341
Люди з когнітивними порушеннями 342
Скринінг, оцінка та планування лікування 342
Варіанти лікування 346
Залучення пацієнта з когнітивними порушеннями до лікування 347
Ведення пацієнта з когнітивними порушеннями, пов'язаними з алкоголем 348
Когнітивна корекція / реабілітація 350
Розділ 20. КОМОРБІДНІСТЬ: АЛКОГОЛЬ ТА ІНШІ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ 355
Скринінг 357
Оцінка та план лікування 358
СВ при розладі вживання алкоголю та залежності від інших психоактивних речовин 359
Вибіркове утримання від вживання 360
Нікотин 360
Кризові та екстрені ситуації 360
Опіоїдні та інші седативні препарати 361
Стимулюючі засоби 361
Фармакотерапія для профілактики рецидивів 362
Фармакотерапія розладів вживання алкоголю 362
Замісна підтримувальна терапія / підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ЗПТ/ПТАО) 362
Подальший догляд 363
Розділ 21. КОМОРБІДНІСТЬ: СУПУТНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА РОЗЛАДИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ 364
Оцінка та діагностика 368
Люди, які звертаються до служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших ПАР 369
Коли слід проводити оцінку? 369
Люди, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я 372
Лікування 373
Умови та організація надання допомоги 373
Інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я та онлайн-терапії 374
Загальні коментарі щодо психосоціальних інтервенцій 375

Загальні зауваження щодо фармакологічного лікування 376
Розлади нейророзвитку 377
Шизофренія та інші психотичні розлади 378
Біполярний та пов’язані з ним розлади 380
Депресивні розлади 381
Тривожні розлади, обсесивно-компульсивні та пов’язані з ними розлади 383
Розлади, пов’язані з травмою та стресом 385
Розлади харчування та харчової поведінки 386
Розлади сну та неспання 387
Руйнівні розлади, розлади контролю імпульсів та поведінки 387
Розлади особистості 388
Розділ 22. КОМОРБІДНІСТЬ: МЕДИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ РОЗЛАДІВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ 388
Тягар медичних ускладнень розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю 388
Чи існує користь для здоров’я від вживання алкоголю? 389
Оцінка та лікування медичних ускладнень вживання алкоголю 390
Розлади вживання алкоголю при травмах та пошкодженнях 391
Серцево-судинні захворювання, пов’язані з вживанням алкоголю 391
Гіпертензія 391
Алкогольна кардіоміопатія 392
Порушення серцевого ритму 392
Оцінка та лікування серцево-судинних розладів, пов’язаних із алкоголем 392
Неврологічні розлади, пов’язані з вживанням алкоголю 393
Судоми, пов’язані з алкоголем 393
Алкогольна нейропатія 394
Ризик інфікування та вживання алкоголю 395
Порушення харчування, захворювання кишківника та печінки, пов’язані з розладами вживання алкоголю 396
Дефіцит вітамінів 396
Білково-енергетична недостатність 396
Остеопороз 396
Оцінка та лікування неповноцінного харчування, пов’язаного з алкоголем 396
Захворювання печінки, пов’язані з алкоголем 397
Алкогольний гепатит 397
Алкогольний цироз печінки 398
Трансплантація печінки у разі декомпенсованого хронічного захворювання печінки, пов’язаного з алкоголем 400
Гострий алкогольний панкреатит 401

Вживання алкоголю та ризик раку 402
Розділ 23. ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ, ПОДАЛЬШИЙ ДОГЛЯД ТА ДОВГОСТРОКОВЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ 402
Цілі лікування 403
Профілактика та лікування рецидивів 403
Перенавчання когнітивних упереджень для запобігання рецидиву 404
Подальший догляд 404
Підтримка людини, яка вживає алкоголь з високим або дуже високим рівнем ризику: підхід зменшення шкоди 406
Перелік джерел 409
Додаток до клінічної настанови «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» 474
AUDIT. Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю 554
Для чого проводити скринінг на споживання алкоголю? 557
Умови скринінгу на споживання алкоголю 561
Розробка та валідація тесту AUDIT 563
Рекомендації щодо проведення тесту 572
Підрахунок балів та тлумачення результатів 580
Як допомогти пацієнтам 582
Реалізація програми 588
Додатки
A. Рекомендації з проведення досліджень для застосування тесту AUDIT 591
B. Примірний формат застосування анкети AUDIT для самооцінки 593
C. Переклад на різні мови та адаптація змісту з урахуванням культурних особливостей і стандартів 597
D. Процедури клінічного скринінгу 599
E. Навчальні матеріали для застосування тесту AUDIT 600
Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю 602
Концепції та терміни 604
Функції та сфери відповідальності закладів ПМСД 606
СКВ – підхід до керування ризиками та виявленням випадків 612
Просвіта з питань споживання алкоголю для осіб з низьким ризиком споживання, тих, хто утримується від споживання та інших (Зона I) 615
Прості поради для споживачів алкоголю, які належать до Зони ризику II 618
Коротке консультування для споживачів алкоголю, які належать до Зони ризику III 625

Спрямування споживачів алкоголю, які належать до Зони ризику IV з можливою алкогольною залежністю до спеціалістів 630
Додатки
A. Освітня брошура для пацієнтів 633
Керівництво для споживачів з групи низького ризику 635
B. Буклет з питань самодопомоги 641
C. Навчальні матеріали 651

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Кузін Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я – головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
Думчев Костянтин Вікторович	головний спеціаліст відділу медичної допомоги та медичної евакуації Міністерства оборони України, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Іванчук Ірина Олександрівна	начальник відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Пташенко Андрій Вікторович	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Гриценко Валерія Вікторівна	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Шемет Анна Миколаївна	головний спеціаліст відділу з питань профілактики неінфекційних захворювань та обігу наркотичних засобів Департаменту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України;
Шульц Олег Євгенович	спеціаліст з питань психічного здоров'я Бюро ВООЗ в Україні (за згодою);
Злиденний Тарас Володимирович	директор комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань» (за згодою);
Кабанчик Мирослава Орестівна	директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень» (за згодою);

Шипунов Олександр Миколайович	лікар-нарколог, завідувач наркологічного відділення комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія» Виконавчого органу Київської міської ради (за згодою);
Климчук Віталій Володимирович	віце-президент Національної психологічної асоціації України, експерт проекту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);
Горбунова Вікторія Валеріївна	психотерапевт, Голова Національного комітету EuroPsy (за згодою);
Карачевський Андрій Борисович	офіцер відділу підтримки та відновлення Управління психологічного забезпечення Міністерства оборони України, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, керівник Центру психічного здоров'я і травматерапії «Інтеграція», лікар-психіатр, нарколог, психотерапевт, віце-президент Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії» (за згодою);
Суховій Олексій Олексійович	начальник відділу координації надання допомоги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, первинної медичної допомоги та реабілітації державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
Волошина Олена Борисівна	завідувач кафедри загальної практики Одеського національного медичного університету імені М.І.Пирогова;
Мінко Олександр Іванович	завідувач відділу клінічної та соціальної наркології державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Скіпальський Андрій Петрович	технічний спеціаліст з питань факторів ризику неінфекційних захворювань Бюро ВООЗ в Україні (за згодою);
Смагін Антон Олегович	лікар-нарколог, завідувач амбулаторним відділенням № 3 комунального підприємства «Полтавський обласний

центр залежностей Полтавської обласної ради» (за згодою).

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я

Рецензенти:

ДВОРЯК Сергій Васильович	доктор медичних наук, професор, голова Правління, в. о. директора Українського інституту політики громадського здоров'я
ГОНЧАРОВА Олена Юріївна	кандидат медичних наук, доцент, лікар-нарколог вищої категорії, завідувачка кафедри психіатрії та наркології Харківського національного медичного університету

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2028 рік.

Список скорочень

ASAM	Американське товариство адиктивної медицини
APA	Американська психіатрична асоціація
AUDIT	тест на виявлення порушень, пов’язаних з вживанням алкоголю
CAMHS	спеціалізована Служба охорони психічного здоров’я дітей і підлітків Великої Британії
CIWA-Ar	шкала оцінювання тяжкості стану відміни алкоголю Клінічного інституту (переглянута)
DSM	Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів Американської психіатричної асоціації
LDQ	Лідський опитувальник щодо залежності
MMSE	коротка шкала оцінки психічного статусу
MoCAM	Моделі надання допомоги особам, які зловживають алкоголем
NIAAA	Національний інститут зловживання алкоголем та залежності від алкоголю США
NICE	Національний інститут охорони здоров’я і покращення якості медичної допомоги Великої Британії
NHMRC	Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень Австралії
NHS	Національна служба охорони здоров’я Великої Британії
SADQ	опитувальник для визначення ступеня тяжкості алкогольної залежності
АА	Анонімні Алкоголіки
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я
ГАМК	гамма-аміномасляна кислота
ГГТ	гамма-глутамілтрансфераза
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КДТ (ВДТ)	карбогідрат-дефіцитний трансферин (вуглевод-дефіцитний

	трансферин)
КІ	коротка інтервенція
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛЗ	лікарський засіб
МІ	мотиваційне інтерв’ю
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ПАР	психоактивні речовини
СВ	стан відміни
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) щороку вживання алкоголю спричиняє близько 3 млн. смертей у світі. При цьому алкоголь завдає шкоди як самій людині, яка вживає алкоголь, так і членам її родини та оточенню.

Вживання алкоголю має численні наслідки для здоров'я, які варіюються від короткострокових ефектів, таких як інтоксикація, до серйозних довгострокових ускладнень, включаючи гострі та хронічні захворювання та порушення функцій організму. Вживання алкоголю пов'язано з онкологічними, серцево-судинними захворюваннями, когнітивними порушеннями, психічними розладами, порушеннями у роботі кишково-шлункового тракту, печінки тощо та призводить до значної фізичної та психічної коморбідності в залежності від кількості та тривалості вживання.

Методологія розробки клінічної настанови

Склад мультидисциплінарної робочої групи затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.08.2020 № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2024 № 1913).

Синтез настанови

З метою вибору прототипу до настанови "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю" робочою групою було здійснено систематичний огляд існуючих настанов та інших літературних джерел. Пошук здійснювався за наступними ключовими словами: [alcohol] AND ([disorder] OR [dependence] OR [withdrawal]) AND [guideline].

За результатами пошуку було визначено наступні джерела, які описують необхідний спектр розладів (залежність від алкоголю, синдром відміни) внаслідок вживання алкоголю:

1. SAMHSA, Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide, 2015.
2. ASAM, The Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management, 2020.
3. The Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of Addiction Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021.

Дана клінічна настанова є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови ***The Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of Addiction Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021.*** Запропонована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень клінічної настанови не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші.

Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Клінічна настанова «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги. Це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, призначений, в першу чергу, для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу.

До настанови не включено розділ 15 з прототипу – Корінне населення та мешканці островів торресової протоки (Автори: Роберт Ассан, Кетрін Чжен, Скотт Вілсон, Бредлі Фріберн, Джон Боффа, Джемма Перселл-Ходр, Майкл Дойл та Кейт Конігрейв) через відсутність актуальності для України.

З метою всебічного розгляду даної теми та проблематики, робочою групою були залучені додаткові джерела доказової інформації та використано фрагменти з даних клінічних настанов, зокрема:

- Alcohol-use disorders, NICE Guidelines on diagnosis assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2022, розділи 5. Організація та надання допомоги, 8. Короткий огляд рекомендацій,
- AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, 2001.
- Brief Intervention For Hazardous and harmful Drinking. A Manual for Use In Primary Care, 2001

Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of Addiction Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021

РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО НАСТАНОВИ З ЛІКУВАННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ АЛКОГОЛЕМ

Автори: Пол Хабер та Бенджамін Ріордан

Протягом останніх 25 років періодично розроблялися «Настанови з лікування проблем, пов'язаних із алкоголем». У 1993 році вийшла перша версія цих настанов під назвою: «План лікування проблем, пов'язаних із алкоголем: Забезпечення якості в проєкті з лікування наркозалежності» (Меттік і Джарвіс, 1993). Десять років потому уряд Австралії замовив оновлення (Шенд та ін., 2003), а в 2009 році – ще одне видання, щоб поєднати Настанови з Австралійськими настановами щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю («Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень», NHMRC 2009; Хабер та ін., 2009). Ця версія Настанов також була розроблена на замовлення Австралійського Союзу, щоб залишатися актуальною та поєднаною з оновленими настановами NHMRC щодо споживання алкоголю (2020 р.). Для забезпечення актуальності настанов наступний випуск настанов має бути оновлений у 2025 році, відповідно до рекомендації NHMRC щодо оновлення настанов кожні п'ять років.

ВСТУП ДО НАСТАНОВИ З ЛІКУВАННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ АЛКОГОЛЕМ

Мета настанови

Ця настанова надає сучасну, науково обґрунтовану інформацію для лікарів про наявні методи лікування людей з проблемами, пов'язаними з алкоголем, і в основному призначені для практикуючих лікарів, таких як лікарі первинної ланки (лікарі загальної практики, середній медичний персонал), лікарів-спеціалістів, психологів та інших консультантів, а також інших медичних працівників. Деякі розділи висвітлюють проблеми на рівні послуг або системи, які впливають на клініцистів та їхніх пацієнтів. В інших випадках мається на увазі потенціал організації, наприклад, медичні ресурси для ведення синдрому відміни алкоголю, якщо рекомендації передбачають використання медикаментів. Оскільки не всі форми лікування є легкодоступними або придатними для всіх груп населення або умов, ці настанови можуть потребувати інтерпретації та адаптації.

У цій настанові **не робиться** спроба надати інформацію про загальні підходи щодо організації лікування, що є програмним рішенням, яке стосується

потреб, ресурсів і структури охорони здоров’я в межах юрисдикції, однак наводяться деякі зауваження щодо планування послуг з лікування проблем, пов’язаних із алкоголем. Насамперед автори визнають, що багато людей з проблемами, пов’язаними з алкоголем, змінюють свою поведінку без медичної допомоги або втручання. Те, як люди ідентифікують проблему вживання алкоголю, визнають свою відповідальність за зміни і розвивають впевненість у власних силах, залишається варіативним і не до кінця зрозумілим. Однак, професійне лікування може сприяти самоусвідомленню людини щодо існування розладів пов'язаних із вживанням алкоголю.

Огляд настанов

При ознайомленні зі змістом цього документу рекомендуємо одночасно ознайомитися з оновленим «Оглядом доказової бази», що містить більш детальну інформацію щодо доказової бази, включаючи посилання, стосовно наданих в цих настановах рекомендацій.

Для зручності використання настанови представлені в трьох окремих розділах

Розділ 1	містить огляд контексту вживання алкоголю в Австралії, включаючи поширеність, скринінг та оцінку, а також нові розділи про моделі надання допомоги та стигму, пов'язану з лікуванням вживання алкоголю
Розділ 2	містить огляд інтервенцій і методів лікування вживання алкоголю, включаючи короткі особисті інтервенції, лікування синдрому відміни, соціальні інтервенції, групи і програми, а також управління станом відміни, психосоціальні інтервенції, медикаментозне лікування, групи підтримки та програми, а також новий розділ про інтервенції в сфері надання медичної допомоги в рамках електронної системи охорони здоров'я
Розділ 3	містить огляд лікування для конкретних груп населення, включаючи підлітків та молодь, вагітних та жінок, які годують груддю, аборигенів та мешканців островів Торресової протоки, представників інших культур, людей старшого віку, пацієнтів з когнітивними порушеннями, пацієнтів з супутніми захворюваннями (полінаркоманія, психічні розлади, фізичні розлади), осіб з різною сексуальною орієнтацією та гендерною ідентифікацією

Однією з проблем при підготовці такого огляду є вибір категорій лікування. Оскільки не завжди можливо розділити методи лікування на окремі

категорії, читачі можуть помітити, що деякі з них частково перетинаються. Наприклад, мотиваційне інтерв'ю є ключовим компонентом як коротких інтервенцій (Розділ 6), так і психосоціальних інтервенцій (Розділ 9), та згадується в обох розділах, хоча й адаптоване до кожного контексту. На випадок такого перетинання, ми зробили перехресні посилання на інші розділи.

Щоб визначити пріоритети щодо змісту цих настанов, було проведено аналіз потреб за участю широкого кола медичних працівників (лікарів загальної практики, працівників лікарень, наркологів та консультантів у громадах). Огляд цього аналізу та його результати надані в додатку до «Огляду доказової бази». Висновки, зроблені в результаті цього аналізу, дозволили зосередити увагу на стигмі, когнітивних порушеннях і зменшити увагу до епідеміології. Також були створені додаткові ресурси, такі як спеціальний веб-сайт, присвячений Настановам. Існує низка додаткових змін, які були внесені до Настанов з метою дотримання найсучасніших стандартів розробки настанов (Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень Австралії (надалі – NHMRC), 2019 див. Додаток I «Огляду доказової бази» для отримання більш детальної інформації.

Таблиця 1.1

Визначення ступеню рекомендації згідно з NHMRC (2009)

Ступінь рекомендації	Опис
A	Сукупності доказів можна довіряти та керуватися ними на практиці
B	Сукупності доказів можна довіряти та керуватися ними на практиці в більшості випадків
C	Сукупність доказів певним чином підтримує рекомендацію(ї), але застосовувати їх слід з обачністю
D	Сукупність доказів є недостатньою, і рекомендацію слід застосовувати з обачністю
GPP	Принцип належної практики, але безпосередніх прямих доказів недостатній для віднесення до вищого ступеню рекомендацій

Доказовий підхід

Опис низки лікувальних процедур, підтверджених даними сучасних досліджень і думкою фахівців, дає змогу лікарям обрати підходи, які відповідають умовам і потребам пацієнта. Окремі лікарі можуть використовувати Настанови для орієнтації, але не для обмеження лікування, необхідного для їхніх пацієнтів. Лікарі повинні надавати перевагу підходам до лікування щодо яких існують обґрунтовані докази ефективності, а не тим,

ефективність яких є невизначеною. Відповідальність за те, щоб лікування було найефективнішим, несуть як окремі лікарі, так і системи охорони здоров'я, які підтримують надання медичної допомоги, також як і за забезпечення доступності таких методів лікування. Інтервенції, не описані в цих Настановах, були виключені через недостатню кількість досліджень, що підтверджують їхню ефективність, або через те, що вони вважалися нерелевантними через недостатню доказову силу досліджень, або через те, що їх нелегко впроваджувати.

Підходи до проблем, пов'язаних із алкоголем, на рівні громади та населення

Настанови спрямовані на **лікування** вже виявлених проблем, пов’язаних із алкоголем, а не на їхнє **попередження**. Основним обмеженням цього підходу є те, що він враховує ризики та проблеми лише після того, як вони стали очевидними (і лише для тієї частки населення, яка залучена до лікування). Комплексний підхід громадського здоров'я до зменшення соціальної шкоди для здоров'я, пов'язаної з вживанням алкоголю, також включає заходи на рівні громад, спрямовані на запобігання надмірному вживанню алкоголю, що всебічно викладені в *Національній стратегії боротьби з вживанням алкоголю 2019-2028 (2019)*[1]. Як і інші клінічні інтервенції, зазначені інтервенції повинні ґрунтуватися на доказах доцільності, ефективності та рентабельності, що детально описано в інших джерелах (Міністерська рада з питань стратегії боротьби з вживанням наркотиків 2006; Королівський психіатричний коледж Австралії та Нової Зеландії та Королівський австрало-азіатський медичний коледж (RACP & RANZCP), 2016).

Такі інтервенції включають:

- зменшення доступності алкоголю через підвищення цін, що має бути досягнуто шляхом об'ємної податкової реформи;
- зменшення доступу до алкоголю через обмеження щільності торгових точок, повне блокування доступу в певних місцях, для певних вікових груп та в певний час доби;
- обмеження реклами алкоголю (наприклад, спрямованої на групи підвищеного ризику, такі як молодь);
- проведення кампаній з підвищення обізнаності громадськості про ризиковані моделі вживання алкоголю;
- посилення особистих або суспільних наслідків, пов'язаних із надмірним вживанням алкоголю; наприклад, законодавство щодо керування автомобілем у нетверезому стані та вибіркове тестування на алкоголь з відповідними штрафами, програми на робочому місці, які передбачають покарання за проведення презентацій у стані алкогольного сп'яніння

Зазначені політики не розглядаються в цих Настановах.

[1] https://www.health.gov.au/resources/publications/national-alcohol-strategy-2019-2028

Термінологія

У цих Настановах не використовується спеціальна термінологія для визначення рівнів вживання алкоголю у порівнянні з Австралійськими настановами щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю (NHMRC 2020). Визначення рівнів шкоди та ризиків, пов'язаних із вживанням алкоголю, а також деякі традиційні терміни, що описують рівні та моделі вживання алкоголю, наведені в Додатку (та в Розділі 4). За необхідності, ми вказуємо, що рівні знаходяться в межах або перевищують чинні Настанови. Споживання алкоголю описано в термінах австралійських стандартних порцій, кожна з яких містить 10 г алкоголю (див. Глосарій). Також ми часто використовуємо термін «нездорове вживання алкоголю» (поняття, що включає в себе небезпечне або ризиковане вживання алкоголю, проблеми, пов'язані з алкоголем, та алкогольну залежність). Можуть виникнути проблеми зі специфічними діагностичними термінами; існує два основні підходи до діагностики (Міжнародна класифікація хвороб [МКХ] та Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів [DSM]), які мають як спільні, так і відмінні риси. Обидва підходи мають суттєві обмеження, наприклад, відсутність оцінки рівня споживання, який є одночасно і предиктором шкоди, і метою лікування (Рем, 2019)[2]. Там, де в цих Настановах є посилання на конкретне дослідження, використовується правильний діагностичний термін для цього дослідження. В інших випадках ми надаємо перевагу терміну «алкогольна залежність», оскільки цей термін визнаний в МКХ-10, що є основою для кодування австралійської системи охорони здоров'я і, відповідно, більшості даних австралійської системи охорони здоров'я. На практиці лише деякі клініцисти використовують ці терміни формально, перевіряючи діагностичні критерії та підраховуючи, що кожен пацієнт відповідає діагностичним вимогам.

Ми намагалися по можливості уникати стигматизуючих ярликів, але це проблематично. Проблема з алкоголем, діагноз цього розладу та терміни, що використовуються для його опису, є стигматизуючими поняттями. Термін «нездорове вживання алкоголю» є надто широким для більшості цілей цих настанов з лікування. Ми по можливості уникаємо використання терміну «алкоголік» і надаємо перевагу таким термінам, як «захворювання печінки, пов'язане з вживанням алкоголю».

Ми використовуємо термін «пацієнт», замість «клієнт» чи «споживач» для позначення особи, яка звертається за лікуванням проблеми з вживанням алкоголю. Деякі дані свідчать про те, що користувачі лікувальних послуг самі надають перевагу цьому терміну, а ми надаємо перевагу послідовності та простоті. Ми визнаємо, що це питання є проблематичним і що багато медичних працівників вважають за краще не використовувати цей термін.

---

[2] Рем Дж., Хейліг М., Гуал А. МКХ-11 для розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю: Не переконлива відповідь на виклики. Журнал «Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю: Клінічні та експериментальні дослідження». 2019;43(11):2296-2300.

Настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю (2020)

В останній версії документу *Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень Австралії* (NHMRC) використовується підхід, орієнтований на здоров'я населення. Їхньою метою було зробити інформацію простішою та легшою для запам'ятовування. Загалом, у Настановах зазначено, що ризик шкоди від вживання алкоголю зростає зі збільшенням кількості спожитого алкоголю. Під «стандартною порцією алкоголю» мається на увазі австралійська міра, яка містить 10 г етанолу.

У Настанові 1 містяться рекомендації щодо зниження ризику шкоди, пов'язаної зі споживанням алкоголю; Настанова 2 призначена для молоді, а Настанова 3 – для жінок, які вагітні або годують груддю.

Австралійські настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю

Настанова 1: зниження ризику шкоди, пов’язаної з споживанням алкоголю дорослими

Щоб зменшити ризик виникнення захворювань або травм, пов'язаних із вживанням алкоголю, здорові чоловіки та жінки повинні вживати не більше 10 стандартних порцій алкоголю на тиждень і не більше 4 стандартних порцій алкоголю в один день.

Чим менше ви п'єте, тим нижчий ризик шкоди від алкоголю.

Настанова 2: діти та підлітки до 18 років

Щоб зменшити ризик виникнення захворювань або травм, пов'язаних із вживанням алкоголю, дітям та підліткам до 18 років не слід вживати алкоголь.

Настанова 3: вагітні або жінки, які годують груддю

А. Щоб запобігти виникненню шкоди від алкоголю для майбутньої дитини, вагітним жінкам або жінкам, які планують вагітність, не слід вживати алкоголь.

Б. Для жінок, які годують груддю, відмова від вживання алкоголю є найбезпечнішим для їхньої дитини.

Більше інформації щодо Настанов зі зменшення ризиків для здоров’я, пов’язаних із вживанням алкоголю, міститься за посиланням: https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol

Alcohol-use disorder, NICE Guidelines on diagnosis assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2022.

5. ОРГАНІЗАЦІЯ І НАДАННЯ ДОПОМОГИ

РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ОРГАНІЗАЦІЇ І НАДАННЯ ДОПОМОГИ

5.1 Вступ

Цей розділ містить огляд різних видів послуг для людей, які вживають алкоголь, і поточного підходу до організації таких послуг. Також наведено огляд даних, які надалі використовуватимуться для розвитку й удосконалення надання послуг. Пояснюються ключові концепції, що лежать в основі організації і надання послуг, визначено їхні роль і характер. Ці концепції ґрунтуються на наявних настановах, що використовуються в галузі, зокрема на Моделях надання допомоги особам, які зловживають алкоголем (***Models of Care for Alcohol Misusers, MoCAM***), розроблених Національним агентством з питань лікування (National Treatment Agency) і Міністерством охорони здоров'я (Department of Health, 2006b), а також на Огляді ефективності лікування проблем, пов'язаних із алкоголем (***Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems, Raistrick et al., 2006***). Де це доречно, ми будемо посилатися на паралельні настанови Національного інституту охорони здоров'я і покращення якості медичної допомоги (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) щодо послуг із лікування алкогольної залежності, зокрема настанову NICE з профілактики й раннього виявлення (NICE, 2010a) і настанову NICE з управління фізичними ускладненнями, пов'язаними з вживанням алкоголю (NICE, 2010b). Оскільки ця настанова – остання з запланованої низки настанов NICE щодо зловживання алкоголем, цей розділ має на меті об'єднати різні настанови й надати огляд взаємозв'язку між ними для розробки комплексного підходу до надання допомоги людям, які зловживають алкоголем, і їх лікування.

У розділі 2 відзначалося, що в Англії застосовують різний підхід до замовлення й надання послуг із лікування від алкогольної залежності, а в деяких випадках такий підхід погано інтегрований (National Audit Office, 2008). Відповідно, доступність послуг із лікування від алкогольної залежності та ступінь їх відповідності потребам людей, які зловживають алкоголем, відрізняються в різних регіонах Англії (Drummond et al., 2005). Група з розробки настанов також вважає, що в цій сфері бракує ясності щодо того, які види послуг із лікування від алкогольної залежності є найбільш корисними для різних груп людей: наприклад, кого слід лікувати на рівні громади, а кого — у стаціонарі, що таке адекватна оцінка поточних потреб людини і як координувати допомогу в оптимальний спосіб. Це ключові питання, які потребують вирішення. Невизначеність призвела до того, що послуги з лікування від алкогольної залежності призначають і надають по-різному.

У цьому розділі також підкреслюється, що відповідальність за надання допомоги людям, які зловживають алкоголем, не покладається виключно на установи й персонал, які спеціалізуються на лікуванні алкогольної залежності. Працівники різних служб (охорони здоров'я, соціальної допомоги й кримінального правосуддя), які не працюють виключно з людьми, що зловживають алкоголем, проте регулярно контактують із ними в процесі надання інших послуг, також відіграють важливу роль і можуть допомагати таким людям отримати доступ до належної допомоги. Деколи працівники, які не є фахівцями з лікування алкогольної залежності (особливо у сфері первинної медичної допомоги), відіграють важливу роль у забезпеченні ключових елементів інтегрованої допомоги для цієї групи населення.

Розділ починається з опису принципів організації допомоги людям, які зловживають алкоголем. Потім викладено огляд різних типів послуг і підходів до їх поточної організації. Де це доречно, наводяться поточні визначення й базові системи. Після цього розглядаються принципи та методи надання допомоги, включно з оцінкою, координацією допомоги, інтегрованими системами надання допомоги й поетапним призначенням допомоги. Також наведено дані щодо керування випадками, поетапного призначення допомоги, терапії прийняття й відповідальності, оцінки, лікування синдрому відміни алкоголю і допомоги, що надається на рівні громади й у стаціонарних закладах. Наприкінці розділу описано основні шляхи надання допомоги, виокремлені за результатами вивчення даних.

5.2 Принципи організації надання допомоги

У вступному розділі описано різні форми та ступені тяжкості зловживання алкоголем, що спостерігаються серед населення загалом: від небезпечного та шкідливого вживання до алкогольної залежності різних ступенів тяжкості. Зловживання алкоголем пов'язане з широким спектром фізичних, психологічних і соціальних проблем. Деякі з них є прямим наслідком вживання алкоголю, інші — побічним, однак вони часто дуже важливі для планування й надання допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей. Наприклад, людина, яка зловживає алкоголем і водночас є безпритульною та страждає на психічні розлади, може сильніше потребувати допомоги, ніж людина з вищим ступенем залежності від алкоголю, яка має житло й роботу та не страждає від супутніх психіатричних захворювань.

У розділі 2 також було зазначено, що в багатьох випадках зловживання алкоголем немає жодного формального втручання або контакту із системою охорони здоров'я чи соціальної допомоги, не кажучи вже про спеціалізоване лікування від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Дослідження так званої «спонтанної ремісії» у хворих на алкогольну залежність показують, що люди часто пов'язують її як з позитивними так і з негативними життєвими подіями: одруженням, доглядом за дітьми або переживанням негативних наслідків вживання алкоголю, наприклад, арешту, нещасного випадку або

алкогольного гепатиту. Відповідно, не всі люди, які відповідають критеріям розладу, пов’язаного з вживанням алкоголю, потребують спеціалізованого лікування. Часто буває достатньо короткотривалого втручання з боку лікаря загальної практики, щоб допомогти людині скоротити вживання алкоголю до менш шкідливого рівня (див. настанову NICE щодо профілактики й ранньої діагностики; NICE, 2010a).

Однак рівень споживання алкоголю, тяжкість алкогольної залежності та проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю, позитивно корелюють між собою: відповідно, люди з важкою алкогольною залежністю зазвичай мають більш серйозні проблеми й більше потребують медичної допомоги (Wu & Ringwalt, 2004). Крім того, частині людей потрібне професійне втручання, щоб досягти достатніх змін у своїй поведінці щодо вживання алкоголю або скоротити перебіг розладу, пов’язаного з вживанням алкоголю.

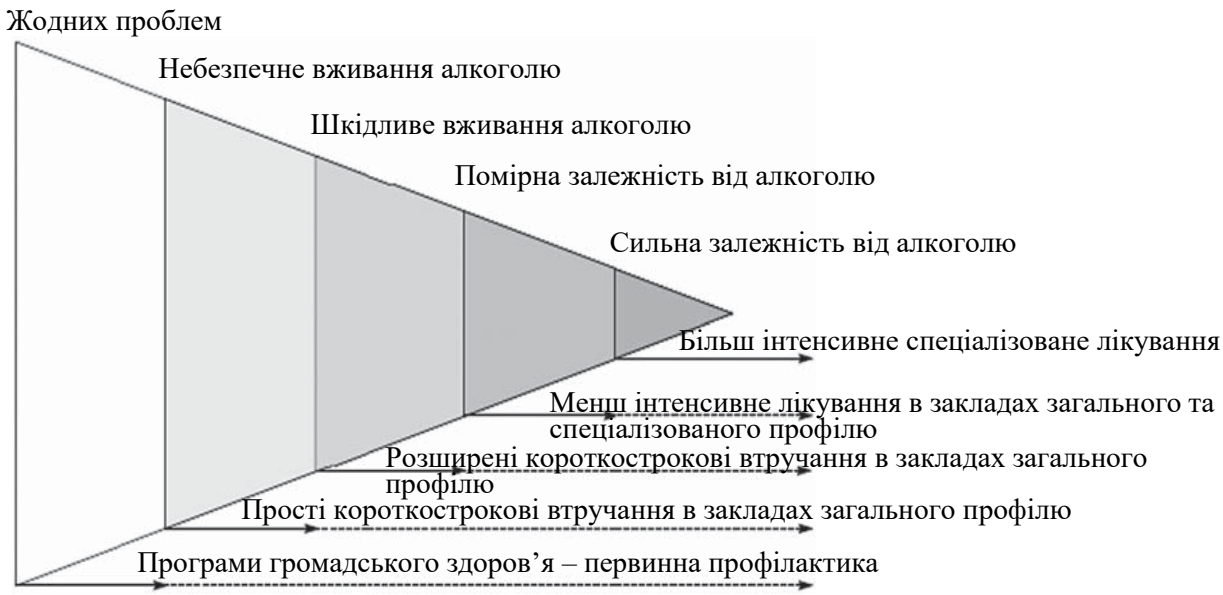
Практичний підхід до роботи з цим спектром потреб і визначення інтенсивності реагування з боку фахівців було запропоновано в публікації Raistrick та ін. (2006), у якій адаптовано розробку Інституту медицини США (2003) (Рис. 3). Хоча автори зазначають, що проблеми з алкоголем існують у вигляді континууму ступенів тяжкості, а не категорій, і що людина може з часом переходити з однієї категорії в іншу, цей підхід визначає важливий загальний принцип, згідно з яким люди із більш серйозними проблемами, як правило, потребують більш інтенсивного та спеціалізованого втручання. Розподіл людей, які зловживають алкоголем, за різними рівнями інтенсивності лікування відповідно до тяжкості проблем має певне емпіричне обґрунтування (Mattson et al., 1994), однак це не підтверджується дослідженнями, спеціально розробленими для перевірки гіпотез про розподіл такого типу (Drummond et al., 2009). Питання розподілу розглядатиметься докладніше в цій настанові.

На рис. 3 схематично зображено населення Англії. У верхній частині рисунка показано спектр проблем з алкоголем, що спостерігаються серед населення, і їх відносну поширеність. У нижній частині показано заходи, яких було вжито у зв’язку з такими проблемами. Пунктирні лінії вказують на те, що наслідки первинної профілактики, простого короткострокового втручання, розширеного короткострокового втручання та менш інтенсивного лікування можуть виходити за межі сфери, на яку вони передусім спрямовані. Хоча рисунок побудовано не в масштабі, поширеність кожної категорії проблем з алкоголем серед населення приблизно відповідає площі відповідного трикутника. Більшість людей не мають проблем з алкоголем; у дуже великої кількості відзначається ризикований рівень вживання, проте без поточних проблем; багато в кого вживання сягає ризикованого рівня, а проблеми з алкоголем менш серйозні; дехто має помірну залежність і проблеми; і лише деякі люди мають залежність високого рівня або складні проблеми з алкоголем.

Рисунок 3

Спектр дій, що вживаються у зв'язку з проблемами з алкоголем.

За матеріалами огляду ефективності лікування проблем, пов'язаних із алкоголем (Raistrick et al., 2006)



5.3 Послуги для людей, які зловживають алкоголем

5.3.1 Вступ

В Англії з часів Другої світової війни та приблизно до 1970-х років надання послуг із лікування від алкогольної залежності визначалося тим, що залежність від алкоголю, сприймали як хворобу типу «все або нічого», що вражає відносно невелику частку населення й потребує інтенсивного спеціалізованого лікування з метою повного утримання від вживання алкоголю. Такі послуги часто надавали в спеціалізованих стаціонарних відділеннях, тісно пов'язаних зі спільнотою Анонімних Алкоголіків (Drummond et al., 2009). Починаючи з 1970-х років, розширилося розуміння спектра варіантів зловживання алкоголем, на які можна вплинути менш інтенсивними видами втручання; також було розроблено підходи до зловживання алкоголем із погляду громадського здоров'я. У поєднанні з даними рандомізованих досліджень, які ставили під сумнів користь стаціонарного лікування, це призвело до переходу до надання допомоги на рівні громади та ранніх короткострокових втручань із боку лікарів загальної практики. Згодом в Англії було зачинено багато великих стаціонарних наркологічних відділень регіонального рівня, багато співробітників Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (National Health Service, NHS) перейшли на роботу в

новостворені громадські бригади з боротьби з залежністю від алкоголю, також зросла кількість недержавних консультативних установ, які надають послуги з боротьби з алкогольною залежністю на рівні громади. Як наслідок цього поступового й незавершеного переходу до надання допомоги на рівні громади, наразі в Англії система надання послуг пропонує різні варіанти короткострокових втручань, що забезпечуються лікарями загальної практики, NHS і недержавними спеціалізованими установами на рівні громади, що надають послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, а також дедалі меншою кількістю стаціонарних реабілітаційних закладів для осіб з розладами вживання алкоголю, здебільшого в недержавному або приватному секторах. Крім того, залишилося кілька стаціонарних відділень NHS, де переважно лікують стан відміни алкоголю.

5.3.2 Класифікація варіантів втручань і послуг

Послуги та втручання щодо зловживання алкоголем можна класифікувати кількома різними способами. У Моделях лікування наркозалежних (***Models of Care for the Treatment of Drug Misusers, National Treatment Agency for Substance Abuse, 2002 і 2006b***) і MoCAM (Department of Health, 2006a) описано окремі втручання, що належать до різних рівнів чотирирівневої системи. У MoCAM зазначається, що цей розподіл найчастіше інтерпретується як класифікація різних установ, а не втручань, і це призвело до непередбачуваних наслідків. Втручання – це окремі елементи допомоги (наприклад, короткострокове втручання, лікування синдрому відміни алкоголю або когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)), які разом складають програму допомоги конкретній особі. Втручання можуть застосовуватися (і часто застосовуються) як співробітниками загального профілю (наприклад, лікарями загальної практики, лікарями з лікарень інтенсивної терапії або медичним персоналом пенітенціарних установ), так і фахівцями з алкогольної залежності, які працюють у різних установах (наприклад, NHS, недержавних установах, пенітенціарних установах і установах соціальної допомоги). Таким чином, рівень, до якого належить втручання, визначається його характером та інтенсивністю, а не установою, яка його забезпечує.

5.3.3 Втручання для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю

Згідно з MoCAM до *інтервенцій I рівня* належить виявлення зловживання алкоголем; надання інформації про обмежене вживання алкоголю; прості короткострокові втручання для зменшення шкоди, пов’язаної зі зловживанням алкоголем; скерування осіб із алкогольною залежністю до установ, де пропонуються більш інтенсивні втручання. Такі послуги можуть надаватися широким колом працівників у різних установах, включно з відділеннями невідкладної допомоги, первинної медичної допомоги, лікарнями інтенсивної терапії, службами психічного здоров’я, пенітенціарними установами та соціальними службами.

До *втручань II рівня* належать заклади з відкритим доступом і програми роботи з населенням, які надають консультації з питань вживання алкоголю, інформацію та підтримку; розширені короткострокові втручання; оцінка рівня залежності та скерування осіб із більш серйозними проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, для лікування за схемою планового догляду. Лікування за схемою планового догляду — це процес планування й перегляду лікування в контексті структурованого лікування алкогольної залежності, що належить до III рівня. Якщо персонал має відповідну кваліфікацію для проведення втручань II рівня, їх можуть надавати ті самі установи, що забезпечують втручання I рівня.

До *втручань III рівня* належить спеціалізована оцінка зловживання алкоголем на рівні громади, а також скоординоване й сплановане лікування алкогольної залежності (див. нижче). Це, зокрема, комплексна оцінка, структуроване психологічне втручання або медикаментозне лікування, спрямоване на запобігання рецидивам, лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади, денні програми та послуги спеціалістів із лікування алкогольної залежності, що надаються, наприклад, у лікарнях інтенсивної терапії. Втручання III рівня, як правило, забезпечує персонал спеціалізованих установ із лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, як державних (NHS), так і недержавних (хоча останні часто отримують фінансування NHS для забезпечення таких втручань). Важливим винятком є лікарі загальної практики, які можуть забезпечувати більш спеціалізовані втручання за угодою про надання розширених послуг (Direct Enhanced Services, NHS Employers, 2008). Лікарі загальної практики часто забезпечують лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади або призначають ліки для профілактики рецидивів. Як і в разі втручань інших рівнів, персонал повинен мати відповідну компетенцію, щоб надавати послуги безпечно й ефективно.

До *втручань IV рівня* належить спеціалізоване стаціонарне лікування алкогольної залежності, яке планують і координують для забезпечення безперервності лікування й подальшого догляду. Це, зокрема, комплексна оцінка, лікування синдрому відміни алкоголю в умовах стаціонару та структуровані психосоціальні втручання в умовах стаціонару, включно з реабілітацією в стаціонарі. До цього рівня також належать спеціалізовані хостели для осіб, залежних від алкоголю («wet» hostels), хоча вони частіше працюють за моделлю «зменшення шкоди», а не утримання від вживання алкоголю. Втручання IV рівня зазвичай проводять спеціалізовані стаціонарні заклади, що спеціалізуються на лікуванні від алкогольної залежності, і реабілітаційні установи. Однак лікування синдрому відміни алкоголю часто проводиться в інших стаціонарних закладах, зокрема лікарнях інтенсивної терапії, психіатричних лікарнях, поліцейських відділках і в'язницях, де його забезпечує медичний та інший персонал, чия основна роль не полягає в спеціалізованому лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

5.3.4 Установи

Послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю надають різні установи охорони здоров’я, соціальної допомоги й пенітенціарної системи. Ці установи можна розділити на спеціалізовані установи з лікування алкогольної залежності, основним завданням яких є надання допомоги людям, які зловживають алкоголем, і установи загального профілю, основною функцією яких не є лікування алкогольної залежності (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006). На практиці більшість спеціалізованих установ із лікування алкогольної залежності також надають допомогу людям, які зловживають наркотиками або одночасно наркотиками й алкоголем. Спеціалізовані установи з лікування алкогольної залежності отримують фінансування від фондів NHS (як правило, це фонди NHS, що спеціалізуються на питаннях психічного здоров’я), недержавних установ і приватного сектора, причому втручання в різних секторах багато в чому збігаються. Однак багато з цих установ фінансуються NHS. Деякі установи надають послуги і на рівні громади, і в стаціонарних закладах, інші ж переважно здійснюють втручання одного типу. Наприклад, спеціалізовані служби NHS з лікування алкогольної залежності часто мають у своєму складі групу допомоги особам з алкогольною (або наркотичною і алкогольною) залежністю, підпорядковану спеціалізованому стаціонарному відділенню з лікування алкогольної залежності в тому самому населеному пункті, причому деякі співробітники працюють і в групі, і у відділенні. Деякі недержавні установи надають виключно послуги з реабілітації в умовах стаціонару на регіональному або національному рівні, або денні програми на рівні громади з меншою зоною обслуговування. Послуги, що надаються різними установами в різних частинах країни, відзначаються значним різноманіттям, що частково відображає відмінності в плануванні й закупівлі медичних послуг (Drummond *et al.*, 2005).

За результатами національного опитування установ із лікування алкогольної залежності в Англії, проведеного у 2005 році в межах Дослідницького проєкту з оцінки рівня зловживання алкоголем (Alcohol Needs Assessment Research Project, ANARP) (Drummond et al., 2005), було визначено 696 установ, які проводять спеціалізовані втручання з лікування алкогольної залежності. Майже 69% установ із лікування алкогольної залежності працювали на рівні громади, а 31% надавали послуги в стаціонарних умовах. Третина з них переважно надавали послуги з лікування алкогольної залежності, а 58% – комбіновані послуги з лікування наркотичної і алкогольної залежності. Понад половина установ були недержавними, третина – державними (NHS) і 8% – приватними. Втручання, що забезпечувалися цими установами, було класифіковано за критеріями MoCAM. Громадські установи переважно надавали консультації, забезпечували короткострокове лікування та структуровані психологічні втручання. Стаціонарні установи найчастіше надавали послуги з реабілітації та лікування в умовах стаціонару, зокрема лікування синдрому відміни алкоголю. Загалом лікування синдрому відміни алкоголю забезпечували 45% громадських установ і 46% установ стаціонарного

типу. Установи стаціонарного типу повідомили про більший ступінь тяжкості зловживання алкоголем у своїй групі клієнтів: 91% клієнтів таких установ визнали себе залежними від алкоголю порівняно з 71% клієнтів громадських закладів (Drummond et al., 2005). Сума орієнтовних щорічних витрат на спеціалізоване лікування від алкогольної залежності в Англії становить 217 млн фунтів стерлінгів, а кількість персоналу в розрахунку на повну зайнятість у цій сфері склала 4 250 осіб (Drummond et al., 2005).

Американське товариство адиктивної медицини (American Society of Addiction Medicine, ASAM) розробило критерії для визначення різних типів послуг, і деякі з них частково застосовні до Великої Британії. Певні аспекти класифікації допомагають зрозуміти термінологію, яка використовуватиметься далі в цьому розділі – у частинах, присвячених огляду даних і рекомендаціям групи з розробки настанов.

ASAM визначає чотири рівні допомоги (Mee-Lee et al., 2001) (див. текстовий блок 2). Амбулаторне лікування I рівня передбачає регулярні заплановані сеанси в спеціалізованому лікувальному центрі; на II рівні – більш інтенсивне амбулаторне лікування/часткова госпіталізація. Ці два рівні відповідають III рівню втручань на рівні громади за концепцією MoCAM, однак втручання мають різну інтенсивність. II рівень найближчий до того, що в Англії називають інтенсивною денною програмою, хоча така програма, як правило, не передбачає надання послуг 7 днів на тиждень. Допомога I рівня більш типова для Англії. III і IV рівні за визначенням ASAM відповідають втручанням IV рівня за класифікацією MoCAM. III рівень – це стаціонарне (під медичним наглядом) лікування, яке є найбільш наближеним до реабілітації в умовах стаціонару в Англії і передбачає медичне обслуговування, що часто забезпечується місцевими лікарями загальної практики, які не обов'язково є фахівцями з лікування від алкогольної залежності. IV рівень – це інтенсивне стаціонарне лікування під медичним наглядом, яке в контексті Англії є найбільш близьким до стаціонарного лікування, що надається NHS, і, як правило, здійснюється під керівництвом психіатрів, які спеціалізуються на лікуванні залежності.

Текстовий блок 2. Рівні надання допомоги в межах лікування залежності (Mee-Lee et al., 2001)

I рівень. Амбулаторне лікування

Лікування у вигляді регулярних сеансів у лікувальному центрі, спрямоване на те, щоб допомогти людині досягти змін у вживанні алкоголю, а також покращити виконання фізичних, психологічних і соціальних функцій.

II рівень. Інтенсивне амбулаторне лікування/часткова госпіталізація

Організована допомога на амбулаторній основі, що передбачає надання лікувальних послуг протягом дня, до або після роботи чи навчання, у вечірній час або у вихідні. Таке лікування може охоплювати медичну й психіатричну оцінку та лікування, медикаментозне лікування, психологічне втручання, а також підтримку в питаннях освіти, житла й працевлаштування.

III рівень. Стаціонарне лікування (під медичним наглядом)

Організоване надання послуг кваліфікованим персоналом, що спеціалізується на лікуванні залежності та психічних захворювань. Цей рівень передбачає розробку плану лікування за умов цілодобового проживання в стаціонарі. Служби такого типу дотримуються певних правил і процедур. Вони розміщуються в стаціонарних закладах, де пацієнти можуть безпечно проживати, або афілійовані з такими закладами. Заклади такого типу цілодобово забезпечені персоналом. Усі вони обслуговують людей, які потребують безпечних і стабільних умов проживання для розвитку навичок відновлення. Такі заклади можуть розташовуватися в тому самому закладі, де надаються лікувальні послуги, або окремо, але при цьому мають бути афілійованими з лікувальним закладом.

IV рівень. Інтенсивне стаціонарне лікування під медичним наглядом

На цьому рівні забезпечується плановий режим цілодобового медичного обстеження, догляду та лікування психічних розладів і розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, в умовах стаціонару інтенсивної терапії. Такі заклади мають у штаті лікарів-наркологів, зокрема психіатрів, а також інших клініцистів у галузі психічного здоров’я та наркології. Послуги такого типу надаються відповідно до визначеного набору правил і процедур у закладах постійного перебування зі стаціонарними ліжками. Вони надають допомогу пацієнтам із серйозними психічними проблемами або проблемами, пов’язаними з вживанням психоактивних речовин, що потребують первинної медико-біологічної, психіатричної і сестринської допомоги. Лікування надається цілодобово; доступні всі ресурси лікарні інтенсивної терапії загального профілю або психіатричної лікарні. Лікування є специфічним для психічних розладів і розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, однак навички міждисциплінарної команди та наявність допоміжних служб дають змогу одночасно проводити спільне лікування всіх супутніх біомедичних станів, які потребують уваги.

В Англії установи загального типу, що надають допомогу людям, які зловживають алкоголем, також різноманітні. З-поміж них варто виокремити установи NHS загального профілю й установи в межах пенітенціарної системи. В установах NHS лікарі загальної практики часто контактують із людьми, які зловживають алкоголем, і відіграють важливу роль у забезпеченні втручань I рівня, включно з раннім виявленням, консультуванням, короткостроковими втручаннями та скеруванням пацієнтів до спеціалізованих установ із лікування алкогольної залежності. Деякі працівники первинної ланки медичної допомоги, зокрема лікарі загальної практики, медичні сестри й консультанти, також забезпечують складніші втручання, пов'язані з лікуванням алкогольної залежності, включно з лікуванням синдрому відміни алкоголю, психологічною і фармакологічною допомогою. Іноді такі послуги надають у межах спільної програми допомоги, яку реалізують спеціалізовані установи з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у співпраці з психіатрами й медсестрами, які спеціалізуються на лікуванні залежних осіб. Деякі лікарі загальної практики також надають медичну підтримку стаціонарним недержавним установам, наприклад у лікуванні синдрому відміни алкоголю.

У пенітенціарній системі судово-медичних експертів викликають для оцінки й лікування затриманих, які зловживають алкоголем. Часто це передбачає лікування гострих станів, як-от важкої алкогольної інтоксикації або синдрому відміни алкоголю. Служби охорони здоров'я у в'язницях також відіграють ключову роль в оцінці й лікуванні ув'язнених, які зловживають алкоголем, зокрема в оцінці й лікуванні синдрому відміни алкоголю.

У лікарнях інтенсивної терапії з людьми, які зловживають алкоголем, контактує широке коло медичних працівників. Персонал відділень невідкладної і екстреної медичної допомоги часто працює з пацієнтами, які постраждали через вживання алкоголю (наприклад, травмувались або потрапили в нещасний випадок), і тому може відігравати важливу роль у ранньому виявленні та втручанні. Коли пацієнти, які зловживають алкоголем, потрапляють до лікарень інтенсивної терапії у невідкладних випадках або для планового лікування, з'являється можливість для раннього виявлення та втручання. У деяких лікарнях інтенсивної терапії є групи спеціалістів із лікування алкогольної залежності, часто очолювані психіатрами-наркологами або медсестрами. Такі групи надають підтримку персоналу лікарні й забезпечують його навчання, оцінку, втручання та скерування до спеціалізованих установ із лікування алкогольної залежності. Персонал відділень невідкладної і екстреної допомоги також працює з пацієнтами, які перебувають у стані гострої незапланованої синдрому відміни алкоголю (NICE, 2010b) і можуть потребувати її лікування.

Зловживання алкоголем є поширеним явищем серед пацієнтів, які користуються послугами служб охорони психічного здоров'я, особливо серед тяжкохворих (Weaver et al., 2003), однак рідко виявляється працівниками таких служб (Barnaby et al., 2003). Це важлива втрачена нагода для забезпечення раннього втручання щодо лікування алкогольної залежності або скерування до спеціалізованих служб. Крім того, пацієнти з психічними розладами, які

користуються послугами стаціонарних і громадських служб охорони психічного здоров'я, часто потребують допомоги в лікуванні синдрому відміни алкоголю. З огляду на широкий спектр супутніх фізичних захворювань, пов'язаних із вживанням алкоголю, є потенційна користь від підвищення рівня загальних компетенцій персоналу різних медичних закладів. Персонал має вміти виявляти, оцінювати й лікувати ускладнення зловживання алкоголем. У деяких закладах охорони психічного здоров'я пропонується консультативна допомога психіатрів-наркологів і медсестер за моделлю, схожою на описану вище для лікарень інтенсивної терапії.

5.3.5 Координація і організація допомоги

З викладеного вище очевидно, що спектр втручань і установ, які їх забезпечують, дуже складний і різноманітний, причому спостерігаються значні відмінності між різними регіонами. Ця різноманітність створює проблеми і для людей, які зловживають алкоголем, і для системи лікування. Людина, яка вперше починає лікування, може розгубитися через розмаїття втручань, установ і персоналу. Тому отримувачі послуг потребують допомоги, щоб зорієнтуватися та зрозуміти, що їм доступно і які послуги можуть знадобитися. Крім того, втручання, пов'язані з лікуванням алкогольної залежності, можуть надаватися кількома різними установами протягом одного епізоду лікування, або ж людина може потребувати допомоги від низки установ з приводу фізичних, психологічних або соціальних проблем. Коли клієнти переміщуються між різними установами, існує значний ризик передчасного припинення лікування. Тому слід планувати й координувати догляд з урахуванням потреб кожного окремого клієнта.

5.3.6 Координація допомоги

Для опису координації допомоги між спеціалізованими службами, які надають послуги з лікування від алкогольної залежності, використовуються різні поняття, зокрема «керування випадками», «залучення ключового спеціаліста», «координація допомоги», «планування допомоги» й «програма активної допомоги хворим на рівні громади». У MoCAM (Department of Health, 2006a) указано, що допомога в усіх випадках має бути скоординованою. Це стосується осіб, які зловживають алкоголем і реагують на короткотермінове втручання, але, як правило, не потребують більш інтенсивної форми координації допомоги, такої як керування випадками. Особи з вищим ступенем залежності від алкоголю зі складними супутніми психічними або фізичними захворюваннями або соціальними потребами зазвичай потребують ретельного керування їхніми випадками. Це пояснюється складним характером їхніх проблем та/або широким колом залучених установ. Деякі дослідження, розглянуті в цьому розділі, охоплюють більш рішучі підходи до підтримки клієнтів, включно з терапією прийняття й відповідальності.

У цій настанові переважно використовуються два терміни: «координація допомоги» й «керування випадками». Термін «координація допомоги» описує

координацію допомоги особі під час епізоду лікування. Цей термін передбачає обмежену відповідальність, незначний прямий контакт із пацієнтом або взагалі відсутність такого контакту, натомість основна увага приділяється забезпеченню зв'язку між усіма елементами пакета допомоги та чіткому й ефективному інформуванню залучених установ. У цій настанові термін «керування випадками» стосується ретельнішої роботи, що складається з кількох елементів. Індивідуальний координатор послуг відповідає за оцінку потреб клієнта, розробку плану догляду у співпраці з клієнтом та іншими зацікавленими особами (включно з родичами й опікунами, іншим персоналом спеціалізованих установ чи установ загального типу, залучених до догляду за клієнтом), координацію втручань і послуг та надання підтримки клієнту з метою отримання ним доступу до послуг і втручань. Координатор послуг часто використовує психологічні інтервенції, як-от мотиваційні інтерв'ю, щоб підвищити готовність клієнта до участі в лікуванні. Координатор послуг також відповідає за моніторинг результатів втручань і коригування плану допомоги за потреби. Керування випадками потребує високої кваліфікації клінічного персоналу. Крім того, для ефективного виконання цієї функції координатори послуг мають обмежувати кількість клієнтів, яких вони можуть обслуговувати одночасно. Керування випадками є втручанням III/IV рівнів за класифікацією MoCAM і має починатися з комплексної спеціалізованої клінічної оцінки.

5.3.7 Інтегровані системи надання допомоги та поетапне призначення допомоги

Інтегрована система надання допомоги «описує характер і очікуваний перебіг лікування конкретного клієнта, а також визначений план лікування» (National Treatment Agency, 2002). Інтегровані системи надання допомоги використовуються як на рівні окремих пацієнтів, так і на рівні системи лікування. На рівні окремого пацієнта план допомоги має описувати персоналізовану систему надання допомоги, розроблену для задоволення визначених потреб клієнта, заплановані втручання, а також установи й персонал, що надаватиме допомогу. Такий план має бути інтегрованим, щоб відображати логічну послідовність кроків втручання на відповідних етапах. Наприклад, клієнт з алкогольною залежністю може спочатку потребувати лікування синдрому відміни алкоголю в стаціонарних умовах, потім структурованого психосоціального втручання в межах денної програми, згодом спеціалізованого психотерапевтичного лікування ПТСР, а після цього — послуг із працевлаштування, що допоможуть йому повернутися до роботи. Кожен із цих елементів допомоги може надаватися різними установами в різних місцях, тому план допомоги має бути інтегрованим, щоб забезпечити максимальну користь і мінімізувати ризик передчасної відмови клієнта від допомоги.

Поетапна допомога — це метод організації і надання послуг у найбільш економічно вигідний спосіб для задоволення індивідуальних потреб пацієнта (Sobell & Sobell, 2000). Усі системи поетапного призначення допомоги мають дві визначальні характеристики (Davison, 2000). Перша — це забезпечення

найменш обмежувального та найменш дороговартісного втручання (включно з оцінкою), яке ефективно вирішить наявні в пацієнта проблеми, а друга — створення механізму самокорекції. Організація і реалізація багатьох медичних втручань може передбачати коригування рівнів реагування (часто неявно) відповідно до складності або тяжкості розладу, але система поетапного призначення допомоги є спробою відкрито формалізувати надання допомоги й моніторинг потоку пацієнтів через систему. Запроваджуючи поетапне призначення допомоги, слід враховувати не лише ступінь обмежень, пов'язаних із лікуванням, його вартість і ефективність, а й імовірність того, чи прийме його пацієнт, а також імовірний вплив невдалого перебігу втручання на застосування інших втручань. У межах цього підходу людям, які зловживають алкоголем, спочатку пропонується найменш інтенсивне втручання з-поміж прийнятних варіантів, яке, найімовірніше, буде ефективним, а потім для тих, хто не реагує на менш інтенсивні втручання, пропонуються дедалі інтенсивніші варіанти. Алгоритм поетапного призначення допомоги ефективно описує інтегровану систему допомоги, що враховує індивідуальні потреби пацієнта та реакцію на втручання (Drummond et al., 2009). Цей підхід набуває дедалі більшої популярності в лікуванні інших розладів психічного здоров'я, включно з депресією (NICE, 2009b). Також нещодавно було оприлюднено рекомендації з поетапного призначення допомоги Національного агентства з питань лікування та Міністерства охорони здоров'я (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002; Raistrick et al., 2006). Нижче в цьому розділі розглядаються докази ефективності поетапного призначення допомоги особам, які зловживають алкоголем.

5.3.8 Зв'язок цієї настанови з іншими настановами NICE

Ця настанова стосується виявлення, оцінки й лікування від зловживання алкоголем і алкогольної залежності, що завдають шкоди здоров'ю. Настанова NICE з профілактики та раннього виявлення (NICE, 2010a) стосується низки стратегій профілактики розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Сюди належать скринінг для визначення зловживання алкоголем і короткострокове втручання, яке є не тільки втручанням I рівня, а й потенційно може бути переходом до інших, більш інтенсивних втручань у разі зловживання алкоголем. Настанова NICE з лікування фізичних ускладнень, пов'язаних із вживанням алкоголю (NICE, 2010b), стосується лікування широкого спектру фізичних наслідків зловживання алкоголем. Сюди належить керування лікуванням синдрому відміни алкоголю в лікарнях інтенсивної терапії, що є втручанням IV рівня. Однак настанова обмежується незапланованим лікуванням синдрому відміни алкоголю, тобто лікуванням за тих обставин, коли пацієнт потрапляє до лікарні, уже перебуваючи в стані синдрому відміни алкоголю. Ця настанова розглядає набагато ширший спектр потенційних сценаріїв, коли людям, які зловживають алкоголем, може знадобитися допомога в лікуванні синдрому відміни алкоголю, включно з випадками, коли така допомога надається в плановому порядку в межах інтегрованої програми

спеціалізованої допомоги людям з алкогольною залежністю, а також випадками, коли люди, які перебувають у лікарні інтенсивної терапії або в місцях позбавлення волі, мають ризик розвитку синдрому відміни алкоголю і тому потребують планової допомоги в лікуванні синдрому відміни алкоголю.

8. КОРОТКИЙ ОГЛЯД РЕКОМЕНДАЦІЙ

8.1 Принципи надання допомоги

8.1.1 Побудова довірливих відносин і надання інформації

8.1.1.1 Працюючи з людьми, які зловживають алкоголем:

- будуйте довірливі відносини, створюйте атмосферу підтримки, емпатії і неупередженості;
- враховуйте, що зловживання алкоголем часто пов'язане зі стигмою і дискримінацією, тому отримувачі послуг можуть применшувати проблему;
- переконайтеся, що спілкування відбувається в умовах конфіденційності й поваги до гідності.

8.1.1.2 Працюючи з людьми, які зловживають алкоголем:

- надавайте інформацію про природу зловживання алкоголем і його лікування відповідно до їхнього рівня розуміння, щоб допомогти зробити вибір із низки доказових методів лікування;
- не використовуйте клінічну термінологію без пояснень;
- простежте, щоб вичерпна інформація була доступна відповідною мовою в письмовій формі або в іншому форматі для тих, хто не може користуватися письмовим текстом;
- за потреби забезпечте послуги незалежних перекладачів (з якими отримувач послуг не знайомий).

8.1.2 Робота з членами родини й опікунами та надання їм підтримки

8.1.2.1 Заохочуйте членів родини й опікунів долучатися до лікування та догляду за людьми, які зловживають алкоголем, щоб допомагати їм зберегти позитивні зміни.

8.1.2.2 Якщо члени родини й опікуни залучені до підтримки особи, яка зловживає алкоголем, обговорюйте вплив зловживання алкоголем на них самих та інших членів родини, а також:

- надавайте інформацію в усній і письмовій формі про зловживання алкоголем і його подолання, зокрема про те, як члени сім'ї і опікуни можуть підтримати отримувача послуг;
- за потреби запропонуйте оцінку опікуна;
- обговоріть з отримувачем послуг, членами його сім'ї або опікуном залучення сім'ї або опікуна до догляду й обміну інформацією; забезпечте дотримання права на конфіденційність отримувача послуг, членів його сім'ї й опікуна.

8.1.2.3 Визначивши потреби членів сім'ї та опікунів людей, які зловживають алкоголем:

- надайте вказівки із самодопомоги. Як правило, для цього достатньо однієї сесії з наданням письмових матеріалів;
- надайте інформацію про групи підтримки (наприклад, групи самодопомоги, орієнтовані на задоволення потреб членів сімей і опікунів) і допоможіть зв'язатися з ними.

8.1.2.4 Якщо члени сім'ї та опікуни людей, які зловживають алкоголем, не отримали або навряд чи отримають користь від вказівок щодо самодопомоги та/або груп підтримки та надалі мають значні проблеми, розгляньте можливість проведення сімейних зустрічей. Такі зустрічі мають:

- надати інформацію про зловживання алкоголем;
- допомогти визначити джерела стресу, пов'язані зі зловживанням алкоголем;
- окреслити ефективні способи подолання стресу й заохотити до їх використання;
- складатися щонайменше з п'яти щотижневих зустрічей.

8.1.2.5 Усі співробітники, які контактують із батьками, що зловживають алкоголем, а також ті, хто піклується про їхніх дітей або регулярно контактує з ними, мають:

- враховувати вплив вживання алкоголю батьками на стосунки між батьками й дитиною, а також на розвиток, освіту, психічне та фізичне здоров'я дитини, вживання нею алкоголю, її безпеку й соціальні зв'язки;
- знати та виконувати вимоги Закону про дітей Великої Британії (Children Act, 2004).

8.2 Ідентифікація та оцінка

8.2.1 Загальні принципи

8.2.1.1 Переконайтеся, що будь-яка оцінка передбачає оцінку ризиків; за допомогою такої оцінки ви отримуєте дані для розробки загального плану догляду; така оцінка охоплює ризики для особи, що зловживає алкоголем (включно з незапланованою абстиненцією, схильністю до самогубства й недбалістю), і ризики для інших людей.

8.2.1.2 Співробітники, які надають послуги, що фінансуються NHS, і піклуються про людей, які можуть потенційно зловживати алкоголем, повинні вміти виявляти шкідливе вживання алкоголю та алкогольну залежність. Вони повинні вміти проводити первинну оцінку потреби у втручанні. За відсутності такого вміння вони мають скеровувати людей, які зловживають алкоголем, до служби, яка може провести таку оцінку.

8.2.1.3 Під час проведення первинної оцінки, а також оцінки зловживання алкоголем, тяжкості залежності та ризику, слід враховувати:

- ступінь пов'язаних зі зловживанням проблем зі здоров'ям і соціальних проблем;
- потребу в лікуванні синдрому відміни алкоголю.

8.2.1.4 Використовуйте інструменти формальної оцінки для визначення характеру й тяжкості зловживання алкоголем, зокрема:

- Тест на виявлення порушень, пов’язаних із вживанням алкоголю (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) для ідентифікації проблеми й поточної оцінки результатів;
- Опитувальник для визначення ступеня тяжкості алкогольної залежності (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, SADQ) або Лідський опитувальник (Leeds Dependence Questionnaire, LDQ) для визначення ступеня тяжкості залежності;
- шкалу оцінювання тяжкості стану відміни алкоголю Клінічного інституту (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised CIWA-Ar);
- Алабамський опитувальник про методи родинного виховання (Alabama Parenting Questionnaire, APQ) для визначення характеру та ступеня проблем, що виникають внаслідок зловживання алкоголем.

8.2.1.5 Оцінюючи ступінь тяжкості алкогольної залежності та визначаючи потребу в лікуванні синдрому відміни алкоголю, скоригуйте критерії для жінок, людей старшого віку, дітей і молоді[3], а також людей із захворюваннями печінки, які можуть мати проблеми з метаболізмом алкоголю.

8.2.1.6 Співробітники, відповідальні за оцінку синдрому відміни алкоголю та його лікування (див. розділ 8.3.4), повинні вміти діагностувати й оцінювати алкогольну залежність і симптоми синдрому відміни, а також застосовувати медикаментозні засоби відповідно до умов лікування (наприклад, у стаціонарі або на рівні громади).

8.2.1.7 Співробітники, які лікують людей з алкогольною залежністю, у яких спостерігається гострий синдром відміни, мають переглянути розділ «Розлади, пов’язані з вживанням алкоголю: діагностика та клінічне лікування фізичних ускладнень, пов’язаних із вживанням алкоголю» (Alcohol-Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications, NICE Clinical Guideline NICE 100)[4].

8.2.2 Оцінка в спеціалізованих закладах, що надають послуги з лікування від алкогольної залежності

Цілі лікування

8.2.2.1 Під час первинної оцінки людей, які зловживають алкоголем, у спеціалізованих лікувальних закладах узгодьте з отримувачем послуг мету лікування. Для більшості людей з алкогольною залежністю, а також людей, які зловживають алкоголем і мають серйозні супутні психіатричні або фізичні захворювання (наприклад, депресію або пов’язане з алкоголем захворювання печінки), прийнятною метою є утримання від вживання алкоголю. Якщо отримувач послуг віддає перевагу помірному вживанню, але при цьому є значні ризики, наполегливо рекомендуйте йому утримуватися від вживання алкоголю,

[3] Див. розділ 8.3.7 щодо оцінки дітей і молоді

[4] Див. NICE (2010b).

проте не відмовляйте в лікуванні отримувачам послуг, які не погоджуються з такою метою.

8.2.2.2 Для осіб, які зловживають алкоголем або мають легку залежність без серйозної супутньої патології, метою лікування може бути помірний рівень вживання алкоголю (за наявності адекватної підтримки оточення), крім випадків, коли отримувач послуг віддає перевагу утриманню від вживання або є інші причини для рекомендації утримання.

8.2.2.3 Якщо людина має тяжку алкогольну залежність або зловживає алкоголем і має серйозні супутні захворювання (психіатричні або фізичні), але не бажає ставити за мету утримання від вживання алкоголю або брати участь у структурованому лікуванні, слід розглянути можливість надання допомоги за програмою зменшення шкоди. Однак зрештою слід заохочувати отримувача послуг прагнути до утримання від вживання алкоголю.

8.2.2.4 Визначаючи мету лікування, враховуйте, що деякі люди, які зловживають алкоголем, можуть бути зобов'язанні утримуватися від алкоголю за рішенням або вироком суду.

Швидка оцінка для визначення ступеня тяжкості

8.2.2.5 Усі дорослі, які зловживають алкоголем і були скеровані до відповідної спеціалізованої служби, мають пройти швидку оцінку, щоб визначити:

- характер і тяжкість зловживання алкоголем (за допомогою тесту AUDIT) і ступінь тяжкості залежності (за допомогою опитувальника SADQ);
- потребу в невідкладному лікуванні, включно з лікуванням синдрому відміни;
- будь-які пов'язані з цим ризики для особи, залежної від алкоголю, та інших людей;
- наявність супутніх захворювань або інших чинників, які можуть потребувати подальшої оцінки або втручання спеціаліста.

Слід узгодити початковий план лікування, беручи до уваги вподобання отримувача послуг і результати попереднього лікування.

Комплексна оцінка

8.2.2.6 Розгляньте можливість провести комплексну оцінку для всіх дорослих, яких скеровують до спеціалізованої служби, що надає послуги з лікування від алкогольної залежності, і які набрали більше ніж 15 балів за результатами тесту AUDIT. Комплексна оцінка має оцінювати кілька сфер потреб, проходити у формі клінічного інтерв'ю, використовувати відповідні валідовані клінічні інструменти (див. 8.2.1.4) і охоплювати такі сфери:

- вживання алкоголю, зокрема:
  - споживання: історичні й нещодавні моделі вживання алкоголю (для цього можна використовувати, наприклад, ретроспективний щоденник вживання алкоголю) і, якщо можливо, додаткову інформацію (наприклад, від члена сім'ї або опікуна);
  - залежність (можна використовувати, наприклад, опитувальник SADQ або LDQ);

– проблеми, пов’язані з вживанням алкоголю (можна використовувати, наприклад, опитувальник APQ);

- зловживання іншими наркотичними засобами, зокрема безрецептурними препаратами;
- фізичні проблеми зі здоров’ям;
- психологічні й соціальні проблеми;
- когнітивні функції (можна використовувати, наприклад, Коротку шкалу оцінки психічного статусу [Mini-Mental State Examination, MMSE]);
- готовність змінитися і віра в те, що це можливо.

8.2.2.7 Проведіть оцінку супутніх психічних розладів у межах комплексної оцінки, а також протягом лікування від зловживання алкоголем, оскільки багато супутніх проблем (хоча й не всі) покращуються в процесі лікування. Спирайтеся на результати оцінки супутніх психічних розладів для розробки загального плану надання допомоги.

8.2.2.8 Якщо в отримувачів послуг супутні психічні розлади суттєво не покращуються після утримання від вживання алкоголю (зазвичай через 3–4 тижні), розгляньте можливість забезпечення спеціального лікування або скерування на таке лікування (див. відповідну настанову NICE для конкретного розладу).

8.2.2.9 Тест на вміст алкоголю в видихуваному повітрі можна використовувати як частину лікування синдрому відміни алкоголю. Однак, як правило, цей тест не проводиться для планової оцінки й моніторингу в межах програм лікування від алкогольної залежності.

8.2.2.10 Аналізи крові можна використовувати для визначення потреб щодо фізичного стану здоров’я, однак їх не слід використовувати на регулярній основі для виявлення й діагностики розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю.

8.2.2.11 Короткі шкали (наприклад, MMSE) можна використовувати для оцінки когнітивних функцій – це допоможе спланувати лікування. Як правило, формальну оцінку когнітивних функцій проводять лише тоді, коли порушення зберігаються після періоду утримання або значного зменшення вживання алкоголю.

8.3 Втручання в разі зловживання алкоголем

8.3.1 Загальні принципи для всіх втручань

8.3.1.1 Проведіть мотиваційне втручання в межах первинної оцінки для кожної особи, яка зловживає алкоголем. Втручання має містити ключові елементи мотиваційного інтерв’ю. Зокрема, воно має:

- допомогти розпізнати проблеми або потенційні проблеми, пов’язані з вживанням алкоголю;
- допомогти подолати амбівалентність і спонукати до позитивних змін та віри в здатність змінитися;
- переконувати й підтримувати, а не спонукати до суперечки чи конфронтації.

8.3.1.2 Запропонуйте кожній особі, яка зловживає алкоголем, втручання, спрямоване на утримання від алкоголю або помірне його вживання (див. розділи 8.2.2.1–8.2.2.4) і запобігання рецидивам, в умовах громади.

8.3.1.3 Втручання, спрямовані на сприяння утриманню від алкоголю та запобігання рецидивам, можна запропонувати як частину інтенсивного структурованого втручання на рівні громади людям із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності, які:

- мають дуже обмежену соціальну підтримку (наприклад, живуть самі або дуже мало контактують із членами родини чи друзями) **або**
- мають серйозні супутні фізичні або психіатричні захворювання **або**
- не відреагували на початкові втручання на рівні громади (див. 8.3.1.2).

8.3.1.4 Людям з алкогольною залежністю, які є безпритульними, можна запропонувати реабілітацію в стаціонарі протягом щонайбільше 3 місяців. Допоможіть отримувачу послуг знайти постійне житло перед випискою.

8.3.1.5 Усі втручання для людей, які зловживають алкоголем, має здійснювати відповідно підготовлений і компетентний персонал.

Фармакологічні втручання має здійснювати спеціалізований і компетентний персонал[5]. Психологічні втручання мають ґрунтуватися на відповідному доказовому посібнику з лікування, що визначає структуру й тривалість втручання. Персоналу варто розглянути можливість використовувати структури компетенцій, розроблені на основі відповідних посібників із лікування. Щодо всіх втручань персонал має:

- регулярно проходити супервізію в осіб, компетентних у проведенні втручань і супервізій;
- регулярно проводити оцінку результатів, щоб залучити людину, яка зловживає алкоголем, до перевірки ефективності лікування;
- проводити моніторинг і оцінку дотримання режиму лікування та практичної компетентності, наприклад, за допомогою відео- і аудіозаписів, а також, за потреби, зовнішнього аудиту й перевірки.

8.3.1.6 Слід регулярно контролювати результати втручань для людей, які зловживають алкоголем, і використовувати отримані дані для ухвалення рішень щодо продовження як психологічного, так і фармакологічного лікування. Якщо є ознаки погіршення стану або немає ознак покращення, слід розглянути питання про припинення поточного лікування й відкоригувати план надання допомоги.

8.3.1.7 Усім людям, які звертаються по допомогу у зв’язку зі зловживанням алкоголем:

- надайте інформацію про цінність і доступність громадських мереж підтримки та груп самодопомоги (наприклад, про спільноти Анонімних

[5] Якщо препарат потрібно використовувати в такій дозі або в такий спосіб, які не передбачені реєстраційним посвідченням препарату, що діє на території Великої Британії, слід отримати й задокументувати інформовану згоду.

Алкоголіків (Alcoholics Anonymous) або SMART Recovery) **та**

- допоможіть їм долучитися до громадських мереж підтримки та груп самодопомоги, заохочуючи відвідувати зустрічі й організовуючи надання підтримки, щоб вони мали змогу їх відвідувати.

8.3.2 Координація допомоги та керування випадками

Координація допомоги — це повсякденне узгодження дій персоналу, залученого до догляду за особою, яка зловживає алкоголем, і її лікування. Керування випадком — це більш інтенсивний процес, пов'язаний із наданням усіх аспектів допомоги, включно з оцінкою, лікуванням, моніторингом і подальшим спостереженням.

8.3.2.1 Координація допомоги має бути частиною рутинного догляду за всіма отримувачами послуг у спеціалізованих установах із боротьби з алкогольною залежністю та має:

- здійснюватися протягом усього періоду надання допомоги, зокрема й після завершення лікування;
- здійснюватися підготовленим і компетентним персоналом спеціалізованих установ із боротьби з алкогольною залежністю;
- охоплювати координацію оцінки, втручань і моніторингу прогресу, а також узгодження дій з іншими установами.

8.3.2.2 Керування випадками можна застосовувати, щоб підвищити залученість до лікування людей із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності, які мають ризик припинити лікування або раніше порушували режим лікування. Якщо ви застосовуєте керування випадками, слід це робити протягом усього періоду надання допомоги, зокрема й після завершення лікування.

8.3.2.3 Керування випадками має здійснюватися в контексті втручань III рівня персоналом, який відповідає за загальну координацію допомоги. Керування випадками має охоплювати:

- комплексну оцінку потреб;
- розробку індивідуального плану надання допомоги спільно з отримувачем послуг та іншими зацікавленими особами (включно з членами родини, опікунами та іншим персоналом, який забезпечує догляд за отримувачем послуг);
- координацію плану надання допомоги для забезпечення безперешкодного отримання допомоги від різних установ за інтегрованим планом із максимальним залученням отримувача послуг, зокрема шляхом використання підходів на основі мотиваційних інтерв'ю;
- моніторинг впливу втручань і коригування плану надання допомоги за потреби.

8.3.3 Втручання в разі небезпечного вживання алкоголю та наявності легкого ступеня алкогольної залежності

8.3.3.1 Особам, які зловживають алкоголем і мають легкий ступінь алкогольної залежності, можна запропонувати психологічне втручання

(наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, поведінкову терапію або терапію, що спирається на соціальні зв'язки й оточення), спрямоване саме на пов'язані з алкоголем сприйняття, поведінку, проблеми й соціальні зв'язки.

8.3.3.2 Якщо особа, яка зловживає алкоголем і має легкий ступінь алкогольної залежності, має постійного партнера, готового брати участь у лікуванні, можна запропонувати поведінкову терапію для пар.

8.3.3.3 Якщо особа, яка зловживає алкоголем і має легкий ступінь алкогольної залежності, не реагує на психологічні втручання або звернулася з проханням про фармакологічне втручання, такій особі можна запропонувати акампросат[6] або пероральний налтрексон[7] у поєднанні з індивідуальним психологічним втручанням (когнітивно-поведінковою терапією, поведінковою терапією або терапією, що спирається на соціальні зв'язки й оточення) або поведінковою терапією для пар (див. розділ 8.3.6 щодо фармакологічних втручань).

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою акампросат, а також налтрексон для перорального застосування в Україні не зареєстровано.*

Проведення психологічних втручань

8.3.3.4 Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на вирішення проблем, пов'язаних із алкоголем, зазвичай складається з одного 60-хвилинного сеансу на тиждень протягом 12 тижнів.

8.3.3.5 Поведінкова терапія, спрямована на вирішення проблем, пов'язаних із алкоголем, зазвичай складається з однієї 60-хвилинної сесії на тиждень протягом 12 тижнів.

8.3.3.6 Терапія на основі соціальних зв'язків і оточення, спрямована на вирішення проблем, пов'язаних із алкоголем, зазвичай складається з восьми 50-хвилинних сесій протягом 12 тижнів.

8.3.3.7 Поведінкова терапія для пар має стосуватися проблем, пов'язаних із алкоголем, і їх впливу на стосунки. Вона має бути спрямована на утримання від вживання алкоголю або на досягнення обґрунтованого безпечного рівня вживання алкоголю, заздалегідь визначеного й погодженого терапевтом і отримувачем послуг. Як правило, така терапія складається з однієї 60-хвилинної сесії на тиждень протягом 12 тижнів.

---

[6] Зверніть увагу, що дані щодо застосування акампросату для лікування осіб, які зловживають алкоголем, і людей із легким ступенем алкогольної залежності є менш переконливими, ніж дані щодо застосування налтрексону. На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на акампросат не передбачало його застосування за таким показанням на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

[7] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на пероральний налтрексон не передбачало його застосування за таким показанням на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

8.3.4 Оцінка та втручання для лікування синдрому відміни алкоголю

Інформацію про оцінку дітей і молодих людей із метою лікування синдрому відміни наведено в розділі 8.3.7.

8.3.4.1 Отримувачам послуг, які зазвичай уживають понад 15 порцій алкоголю на день та/або набрали щонайменше 20 балів за результатами тесту AUDIT, можна запропонувати таке:

- оцінку та лікування алкогольної абстиненції на рівні громади

або

- оцінку та надання допомоги в спеціалізованій установі з боротьби з алкогольною залежністю, якщо є занепокоєння щодо безпеки (див. розділ 8.3.4.5) у разі лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади.

8.3.4.2 Отримувачам послуг, які потребують лікування синдрому відміни алкоголю, слід передусім пропонувати програму на базі громади, інтенсивність якої може варіюватися залежно від ступеня залежності, доступної соціальної підтримки та наявності супутніх захворювань.

- Людям із легким або помірним ступенем залежності слід запропонувати амбулаторну програму лікування синдрому відміни алкоголю, за якою передбачається в середньому 2–4 зустрічі персоналу й отримувача послуг на тиждень протягом першого тижня.
- Людям із легким або помірним ступенем залежності та комплексними потребами[8] або тяжким ступенем залежності слід запропонувати інтенсивну програму на базі громади після завершення підтримувальної терапії, у межах якої отримувач послуг може відвідувати денну програму тривалістю від 4 до 7 днів на тиждень протягом 3 тижнів.

8.3.4.3 Амбулаторні програми лікування синдрому відміни алкоголю за місцем проживання мають складатися з медикаментозного лікування (див. розділ 8.3.5) і психосоціальної підтримки, зокрема мотиваційних інтерв'ю (див. розділ 8.3.1.1).

8.3.4.4 Інтенсивні програми на базі громади після завершення лікування синдрому відміни алкоголю мають складатися з медикаментозного лікування (див. розділ 8.3.6) і психологічних втручань, включно з індивідуальним лікуванням (див. розділ 8.3.6), груповим лікуванням, психоосвітніми втручаннями, допомогою у відвідуванні груп самодопомоги, підтримкою і залученням членів родини й опікунів, а також керуванням випадками (див. розділ 8.3.2.2).

8.3.4.5 Розгляньте можливість стаціонарного лікування синдрому відміни алкоголю, якщо отримувач послуг відповідає одному або кільком із наведених нижче критеріїв. Особа:

- вживає понад 30 стандартних порцій алкоголю на день;
- отримала понад 30 балів за опитувальником SADQ;
- має в анамнезі епілепсію або випадки, судомних нападів, пов'язаних

[8] Наприклад, супутня психіатрична патологія, брак соціальної підтримки або безпритульність.

зі станом відміни, чи делірій, під час попередніх програм лікування синдрому відміни алкоголю;

- одночасно потребує лікування синдрому відміни алкоголю і відмови від бензодіазепінів;
- регулярно вживає від 15 до 30 стандартних порцій алкоголю на день і має:

- серйозні супутні психіатричні або фізичні захворювання (наприклад, важку форму хронічної депресії, психоз, недоїдання, застійну серцеву недостатність, нестабільну стенокардію, хронічні захворювання печінки) або
- значну нездатність до навчання або когнітивні порушення.

8.3.4.6 Для вразливих груп населення, наприклад, безпритульних і людей старшого віку, можна застосувати нижчий поріг для визначення потреби в стаціонарному лікуванні синдрому відміни алкоголю.

8.3.5 Схеми застосування лікарських препаратів для лікування синдрому відміни алкоголю

8.3.5.1 У межах програм лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади використовуйте схеми лікування з фіксованими дозами препаратів[9].

8.3.5.2 В умовах стаціонару для лікування синдрому відміни алкоголю можна використовувати схеми лікування з фіксованими дозами препаратів або визначенням дози за симптомами[10]. Якщо використовується схема на основі симптомів, весь персонал повинен вміти ефективно відстежувати симптоми, а підрозділ повинен мати достатні ресурси для того, щоб виконувати такі дії часто й безпечно.

8.3.5.3 Препарати для лікування синдрому відміни алкоголю слід призначати й застосовувати відповідно до стандартного клінічного протоколу. Найкращими препаратами для лікування синдрому відміни алкоголю є бензодіазепіни (хлордіазепоксид або діазепам).

8.3.5.4 У разі застосування схеми лікування з фіксованими дозами, початкову дозу препарату слід титрувати відповідно до ступеня тяжкості алкогольної залежності та/або регулярного щоденного рівня споживання алкоголю. Якщо особа має тяжкий ступінь алкогольної залежності, для адекватного контролю синдрому відміни алкоголю потрібні вищі дози, які слід призначати відповідно до інструкції.

У разі застосування високих доз слід забезпечити належний нагляд за отримувачем послуг. Поступово зменшуйте дозу бензодіазепіну протягом 7–10 днів, щоб уникнути рецидивів синдрому відміни алкоголю.

8.3.5.5 У разі лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади не

---

[9] Якщо використовується режим лікування з фіксованою дозою препарату, лікування слід починати зі стандартної дози, яка не визначається за рівнем синдрому відміни алкоголю, а потім знизити дозу до нуля протягом 7–10 днів відповідно до стандартного протоколу.

[10] Підхід на основі симптомів передбачає адаптацію схеми лікування відповідно до ступеня тяжкості синдрому відміни алкоголю і наявності ускладнень. Отримувач послуг перебуває під регулярним наглядом, а медикаментозне лікування триває лише доти, доки спостерігаються симптоми синдрому відміни алкоголю.

давайте особам, які зловживають алкоголем, велику кількість препарату додому, щоб запобігти передозуванню або перепродажу[11]. Виписуйте рецепти, за якими за один раз можна отримати препарат не більше ніж на 2 дні.

8.3.5.6 Під час реалізації програм лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади потрібно перевіряти отримувачів послуг через день. Бажано, щоб за прийманням ліків спостерігав член сім'ї або опікун. Відкоригуйте дозу, якщо спостерігаються важкі симптоми синдрому відміни алкоголю або надмірна седація.

8.3.5.7 Не використовуйте клометіазол для лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади через ризик передозування та зловживання.

8.3.5.8 Для осіб, які проходять лікування синдрому відміни алкоголю, особливо осіб із сильною алкогольною залежністю або тих, хто проходить симптоматичну терапію, розгляньте можливість використання формальної оцінки симптомів синдрому відміни алкоголю, наприклад, Шкали оцінювання тяжкості стану відміни алкоголю Клінічного інституту (CIWA-Ar).

8.3.5.9 Зверніть увагу: дози бензодіазепінів, можливо, потрібно буде зменшити для дітей і молоді[12], людей старшого віку та людей із печінковою недостатністю (див. 8.3.5.10).

8.3.5.10 Якщо бензодіазепіни застосовуються для лікування людей із печінковою недостатністю, бажано використовувати препарати з обмеженим метаболізмом у печінці (наприклад, лоразепам); почніть зі зменшеної дози й ретельно контролюйте функцію печінки. Не призначайте бензодіазепіни людям із тяжкими порушеннями функції печінки.

8.3.5.11 У разі лікуванні синдрому відміни алкоголю за наявності супутньої залежності від бензодіазепінів і алкоголю збільшити дозу бензодіазепінового препарату, що застосовується для лікування синдрому відміни алкоголю. Розрахуйте початкову добову дозу на основі потреб щодо лікування синдрому відміни алкоголю і додайте еквівалентну добову дозу бензодіазепіну, яку отримувач послуг вживає на регулярній основі[13]. Краще застосовувати один бензодіазепіновий препарат (хлордіазепоксид або діазепам), а не кілька. Стаціонарне лікування синдрому відміни алкоголю має тривати 2–3 тижні або довше, залежно від тяжкості супутньої бензодіазепінової залежності. Якщо лікування синдрому відміни алкоголю здійснюється на рівні громади та/або за наявності високого рівня бензодіазепінової залежності,

---

[11] Коли препарат приймає не та особа, для якої він був призначений.

[12] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на бензодіазепіни не передбачало застосування цих препаратів у дітей і молоді віком до 18 років на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

[13] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на бензодіазепіни не передбачало застосування препаратів за цим показанням або в дітей і молоді віком до 18 років на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг. Це слід робити відповідно до звичайних стандартів догляду за пацієнтами, які можуть бути недієздатними (див. www.publicguardian.gov.uk або www.wales.nhs.uk/consent), або відповідно до звичайних стандартів надання невідкладної допомоги.

режим лікування має тривати довше ніж 3 тижні з урахуванням симптомів і дискомфорту отримувача послуг.

8.3.5.12 Інформацію щодо лікування незапланованого гострого синдрому відміни алкоголю і ускладнень, включно з білою гарячкою і пов'язаними зі станом відміни судомами, можна переглянути в Клінічній настанові NICE 100.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови лікарські засоби з міжнародною непатентованою назвою хлордіазепоксид та клометіазол в Україні не зареєстровано.*

8.3.6 Втручання в разі алкогольної залежності помірного й тяжкого ступенів після успішного лікування синдрому відміни алкоголю

8.3.6.1 Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності можна запропонувати акампросат або пероральний налтрексон[14] у поєднанні з індивідуальним психологічним втручанням (це може бути когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія або терапія, що спирається на соціальні зв'язки й оточення), орієнтованим саме на зловживання алкоголем (див. розділ 8.3.3).

8.3.6.2 Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності можна запропонувати акампросат або пероральний налтрексон у поєднанні з поведінковою терапією для пар, якщо такі особи мають постійного партнера і партнер готовий брати участь у лікуванні (див. розділ 8.3.3).

8.3.6.3 Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності можна запропонувати дисульфірам[15] у поєднанні з психологічним втручанням, якщо такі отримувачі послуг:

- мають на меті утримання від вживання алкоголю, але їм не підходять акампросат і пероральний налтрексон, або
- надають перевагу дисульфіраму й розуміють відносні ризики, пов'язані з його прийманням (див. 8.3.6.12).

Проведення фармакологічних втручань

8.3.6.4 Перед початком лікування акампросатом, пероральним налтрексоном[16] або дисульфірамом проведіть комплексне медичне обстеження (початковий рівень сечовини й електролітів, а також функціональні проби

---

[14] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на пероральний налтрексон не передбачало його застосування за таким показанням на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

[15] Усі фахівці, які призначають цей препарат, мають ознайомитися з інструкцією, що містить повний опис протипоказань і особливі міркування щодо застосування дисульфіраму.

[16] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на пероральний налтрексон не передбачало його застосування за таким показанням на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

печінки, включно з гамма-глутамілтрансферазою [ГГТ]). Врахуйте всі протипоказання й застереження (див. інструкцію до лікарського препарату) і обговоріть їх з отримувачем послуг.

Акампросат

8.3.6.5 У разі застосування акампросату розпочніть лікування якомога швидше після лікування синдрому відміни алкоголю. Препарат зазвичай призначають у дозі 1 998 мг (666 мг тричі на день); якщо отримувач послуг важить менше ніж 60 кг, слід призначити щонайбільше 1 332 мг на день. Акампросат:

- як правило, призначають на термін до 6 місяців або довше для тих, хто отримує користь від препарату й хоче продовжувати його приймати[17];
- скасовують, якщо отримувач послуг не припиняє вживати алкоголь через 4–6 тижнів після початку приймання препарату.

8.3.6.6 Отримувачі послуг, які приймають акампросат, мають проходити перевірку принаймні раз на місяць протягом 6 місяців, а також через менші, але регулярні проміжки часу, якщо вони продовжують приймати препарат більше 6 місяців. Не використовуйте аналізи крові на постійній основі. Їх можна використовувати для моніторингу відновлення функції печінки та для мотивації отримувачів послуг шляхом демонстрації покращення стану здоров'я.

Налтрексон

8.3.6.7 У разі застосування перорального налтрексону[18] розпочинайте лікування після лікування синдрому відміни алкоголю. Спочатку призначте дозу 25 мг на добу і підвищуйте її, поки не досягнете підтримувальної дози 50 мг на добу. Зверніть увагу отримувача послуг на картку з інформацією про вплив препарату на опіоїдну анальгезію, яка видається разом із пероральним налтрексоном. Пероральний налтрексон:

- як правило, призначають на термін до 6 місяців або довше для тих, хто отримує користь від препарату й хоче продовжувати його приймати;
- скасовують, якщо отримувач послуг не припиняє вживати алкоголь через 4–6 тижнів після початку приймання препарату.

8.3.6.8 Отримувачі послуг, які приймають пероральний налтрексон, мають проходити перевірку принаймні раз на місяць протягом 6 місяців, а також через менші, але регулярні проміжки часу, якщо вони продовжують приймати препарат після 6 місяців. Не використовуйте аналізи крові на постійній основі. Їх можна використовувати для моніторингу стану людей

---

[17] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на акампросат не передбачало його застосування довше ніж 12 місяців. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

[18] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на пероральний налтрексон не передбачало його застосування за таким показанням на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

старшого віку та людей з ожирінням, моніторингу відновлення функції печінки, а також для мотивації отримувачів послуг шляхом демонстрації покращення стану здоров'я. Якщо отримувач послуг погано почувається, порадьте йому негайно припинити приймати пероральний налтрексон.

Дисульфірам

8.3.6.9 Терапію дисульфірамом слід розпочинати щонайменше через 24 години після останнього вживання алкогольних напоїв. Як правило, препарат призначають у дозі 200 мг на добу. Якщо отримувач послуг продовжує вживати алкоголь і доза 200 мг (що приймається регулярно протягом щонайменше 1 тижня) не викликає достатньо неприємних відчуттів, щоб спонукати отримувача утриматися від вживання алкоголю, дозу можна збільшити за погодженням з отримувачем послуг.

8.3.6.10 Перед початком лікування дисульфірамом перевірте функцію печінки, рівень сечовини й електролітів, щоб оцінити наявність порушень печінки або нирок. Ознайомтеся із застереженнями та протипоказаннями для вагітних, а також за наявності в анамнезі тяжких психічних захворювань, інсульту, серцевих захворювань або гіпертонії.

8.3.6.11 Переконайтеся, що отримувачі послуг, які приймають дисульфірам:

- проходять перевірку щонайменше кожні 2 тижні протягом перших 2 місяців, а потім щомісяця протягом наступних 4 місяців;
- за можливості за прийманням препарату має спостерігати член сім'ї або опікун, який належним чином поінформований про застосування дисульфіраму;
- проходять медичний контроль щонайменше кожні 6 місяців після перших 6 місяців лікування й моніторингу.

8.3.6.12 Попередьте отримувачів послуг, які приймають дисульфірам, а також членів їхніх сімей та опікунів, про:

- взаємодію дисульфіраму з алкоголем (який, зокрема, може міститися в продуктах харчування, парфумах, аерозольних спреях тощо), симптомами якої можуть бути припливи крові, нудота, прискорене серцебиття і, що більш серйозно, аритмія, гіпотонія і колапс;
- можливість швидкого й непередбачуваного розвитку рідкісного ускладнення - токсичного ураження печінки; порекомендуйте отримувачам послуг у разі погіршення самопочуття або появи лихоманки чи жовтяниці припинити приймати дисульфірам і звернутися по невідкладну медичну допомогу.

Препарати, які не можна вживати регулярно для лікування зловживання алкоголем

8.3.6.13 Не використовуйте антидепресанти (зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну [СІЗЗС]) виключно для лікування зловживання алкоголем.

8.3.6.14 Не використовуйте гамма-гідроксибутират (ГГБ) для лікування зловживання алкоголем.

8.3.6.15 Бензодіазепіни слід застосовувати лише для лікування синдрому відміни алкоголю, а не для постійного лікування алкогольної залежності.

Коментар МРГ: *міжнародна непатентована назва гамма-гідроксибутират (ГГБ) - натрію оксибутират (Sodium oxybate).*

8.3.7 Особливі міркування щодо лікування дітей і молодих людей, які зловживають алкоголем

Оцінка та скерування дітей і молодих людей

8.3.7.1 Якщо зловживання алкоголем є проблемою, що потенційно може мати фізичні, психологічні, освітні або соціальні наслідки для дітей і молоді віком 10–17 років, проведіть коротку первинну оцінку, щоб визначити:

- тривалість і тяжкість зловживання алкоголем (стандартне порогове значення для дорослих за результатами тесту AUDIT, що використовується для скерування на лікування й організації втручання, потрібно знизити для молодих людей віком 10–16 років через більш шкідливі наслідки певного рівня вживання алкоголю в цій групі населення);
- наявність супутніх проблем зі здоров'ям і соціальних проблем;
- потенційну потребу в лікуванні синдрому відміни алкоголю.

8.3.7.2 Якщо зловживання алкоголем пов'язане з фізичними, психологічними, освітніми й соціальними проблемами та/або супутнім зловживанням наркотиками, слід скерувати дітей і підлітків віком 10–15 років до спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я дітей і підлітків (CAMHS) для проведення комплексної оцінки їхніх потреб.

8.3.7.3 Молодих людей віком 16–17 років, які зловживають алкоголем, скеровують до CAMHS за тими самими критеріями, що й дорослих (див. розділ 8.2.2).

8.3.7.4 Комплексна оцінка дітей і молоді (з урахуванням додаткової інформації від батьків або опікунів за такої можливості) має охоплювати різні потреби, проходити у формі клінічного інтерв'ю з використанням валідованого клінічного інструмента (наприклад, Діагностичного інтерв'ю для підлітків [Adolescent Diagnostic Interview, ADI] або Індексу тяжкості підліткової залежності [Teen Addiction Severity Index, T-ASI]) і охоплювати такі сфери:

- особливості залежності та вживання алкоголю;
- супутнє зловживання психоактивними речовинами (особливості вживання та залежності) і пов'язані з цим проблеми;
- проблеми психічного й фізичного здоров'я;
- стосунки з однолітками, функціонування в суспільстві та сім'ї;
- потреби розвитку, пізнавальні потреби, а також успішність і відвідування закладу освіти;
- історія жорстокого поводження й травмування;

- ризик для себе та інших осіб;
- готовність до змін і віра в можливість змінитися;
- отримання згоди на лікування;
- розробка плану догляду й плану керування ризиками.

Лікування синдрому відміни алкоголю в дітей і молодих людей

8.3.7.5 Дітям і молоді віком 10–17 років, які потребують лікування синдрому відміни алкоголю, пропонується стаціонарна допомога.

8.3.7.6 Лікування синдрому відміни алкоголю в дітей і молоді віком 10–17 років спирається на рекомендації для дорослих (див. розділ 8.3.5) і Клінічні настанови NICE 100[19]. Ознайомтеся з інструкціями й відкоригуйте схеми застосування лікарських препаратів з урахуванням віку, зросту, маси тіла та стадії розвитку дитини або молодої людини[20].

Сприяння утриманню від алкоголю та профілактика рецидивів серед дітей і молоді

8.3.7.7 Метою лікування дітей і молодих людей віком 10–17 років, які зловживають алкоголем, насамперед є, як правило, утримання від вживання алкоголю.

8.3.7.8 Запропонуйте дітям і молодим людям віком 10–17 років, які зловживають алкоголем:

- індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію для тих, хто має обмежені комунікативні можливості й належну соціальну підтримку;
- багатокомпонентні програми (наприклад, багатовимірну сімейну терапію, короткострокову стратегічну сімейну терапію, функціональну сімейну терапію або мультисистемну терапію) для тих, хто має серйозні супутні захворювання та/або обмежену соціальну підтримку.

8.3.7.9 Після ретельного аналізу ризиків і переваг фахівці можуть запропонувати молодим людям віком 16–17 років, які не проходили багатокомпонентні програми лікування або не отримали від них користі, акампросат[21] або пероральний налтрексон[22] у поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією.

Проведення психологічних і психосоціальних інтервенцій для дітей і молоді

8.3.7.10 Багатовимірна сімейна терапія, як правило, складається з 12–15 орієнтованих на сім'ю структурованих сесій протягом 12 тижнів. Особливу увагу слід приділяти координації допомоги та, за потреби, врегулюванню криз.

---

[19] Див. NICE (2010b).

[20] Якщо реєстраційне посвідчення на лікарський препарат у Великій Британії не передбачає його використання для лікування дітей і молодих людей віком до 18 років, слід отримати й задокументувати інформовану згоду.

[21] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на акампросат не передбачало його застосування за цим показанням або для лікування дітей і молоді віком до 18 років на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

[22] На момент публікації настанови NICE (лютий 2011 р.) реєстраційне посвідчення на пероральний налтрексон не передбачало його застосування за цим показанням або для лікування дітей і молоді віком до 18 років на території Великої Британії. Слід отримати й задокументувати інформовану згоду отримувача послуг.

Крім сімейних сесій, можуть проводитися індивідуальні втручання як для дитини чи молодої людини, так і для батьків. Втручання має бути спрямоване на покращення:

- ситуації зі зловживанням алкоголем і наркотиками;
- навчальної і соціальної поведінки дитини або молодої людини;
- добробуту батьків і навичок батьківства;
- відносин із соціальною системою загалом.

8.3.7.11 Коротка стратегічна сімейна терапія зазвичай складається із зустрічей що два тижні протягом 3 місяців. Вона має бути спрямована на:

- залучення та підтримку з боку сім'ї;
- використання підтримки ширшої соціальної і освітньої системи;
- виявлення неадаптивних видів сімейної взаємодії;
- сприяння новим і більш адаптивним видам сімейної взаємодії.

8.3.7.12 Функціональна сімейна терапія має проводитися протягом 3 місяців медичними або соціальними працівниками. Вона має бути спрямована на покращення взаємодії в сім'ї, зокрема:

- залучення членів сім'ї до лікування та їх мотивацію (зміцнення віри в те, що зміни можливі, позитивний рефрейминг і створення союзу на позитивній основі);
- вирішення проблем і зміну поведінки через навчання батьків і тренінги з комунікації;
- сприяння поширенню змін конкретної поведінки на ширший контекст – як у сім'ї, так і в громаді (наприклад, у школах).

8.3.7.1 Мультисистемна терапія має проводитися протягом 3–6 місяців відповідним співробітником із невеликим навантаженням (як правило, один співробітник працює з 3–6 випадками). Така терапія має:

- фокусуватися на підходах, спрямованих на вирішення проблем разом із сім'єю;
- використовувати ресурси груп однолітків, шкіл і ширшої громади.

8.3.8 Втручання за наявності супутніх станів

8.3.8.1 Якщо особа зловживає алкоголем і має супутню депресію або тривожний розлад, спочатку слід лікувати зловживання алкоголем, оскільки це може призвести до значного поліпшення стану депресії і тривоги. Якщо депресія або тривога спостерігаються після 3–4 тижнів утримання від алкоголю, оцініть депресію або тривогу й розгляньте можливість скерування отримувача послуг до фахівця та лікування за настановою NICE для відповідного розладу[23].

8.3.8.2 Скеруйте осіб, які зловживають алкоголем і мають серйозні супутні психічні розлади, а також тих, хто за результатами оцінки має високий ризик самогубства, до психіатра, щоб було застосовано ефективну оцінку, лікування й план керування ризиками.

[23] Див. NICE (2009b) і NICE (2011c).

8.3.8.3 Щоб забезпечити лікування супутніх психічних розладів, зверніться до відповідної настанови NICE, а також:

- у разі зловживання алкоголем і супутнього зловживання опіоїдами слід забезпечити активне лікування обох станів; враховуйте підвищений ризик смертності за одночасного вживання алкоголю й опіоїдів[24];
- у разі зловживання алкоголем і супутнього зловживання стимуляторами, канабісом[25] або бензодіазепінами, слід забезпечити активне лікування обох станів.

Отримувачі послуг, які мали залежність від алкоголю, повинні утримуватися від вживання алкоголю або значно зменшити його кількість, щоб отримати користь від психологічних втручань для лікування супутніх психічних розладів.

8.3.8.4 У разі супутньої алкогольної і нікотинової залежності заохочуйте отримувачів послуг кинути курити та ознайомтеся з настановою NICE щодо короткострокових втручань і скерування з метою припинення куріння в закладах первинної медичної допомоги та інших установах (*Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*, NICE Public Health Guidance 1).

Синдром Верніке-Корсакова

8.3.8.5 Дотримуйтеся рекомендацій, викладених у Клінічних настановах NICE 100[26] щодо призначення тіаміну особам із високим ризиком розвитку або підозрою на енцефалопатію Верніке. Запропонуйте введення тіаміну парентерально, а потім перорально для профілактики синдрому Верніке-Корсакова людям, які проходять планове лікування синдрому відміни алкоголю в пенітенціарних установах або спеціалізованих стаціонарних установах із боротьби з алкогольною залежністю і які при цьому недоїдають або мають ризик недоїдання (це можуть бути, наприклад, безпритульні) або мають декомпенсовані захворювання печінки.

8.3.8.6 Запропонуйте людям із синдромом Верніке-Корсакова:

- довгострокову участь у програмі самостійного проживання з підтримкою для осіб із легкими когнітивними порушеннями;
- цілодобовий догляд із підтримкою для осіб із помірними або тяжкими когнітивними порушеннями.

В обох випадках середовище має бути адаптоване для людей із когнітивними порушеннями — такі люди мають отримувати підтримку, що допомагатиме їм утримуватися від вживання алкоголю.

---

[24] Див. NICE (2007a) і NICE (2007b).

[25] Див. NICE (2007a).

[26] Див. NICE (2010b).

Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of AddictionAus Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021

Розділ 2. ПОШИРЕНІСТЬ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ПОВ'ЯЗАНА З ЦИМ ШКОДА В АВСТРАЛІЇ

Автори: Бенджамін Ріордан, Даніель Вінтер та Пол Хабер

Алкоголь викликає неоднозначну реакцію в нашому суспільстві, оскільки здавна використовувався в широкому соціальному, культурному та релігійному контекстах; в одних суспільствах вживання алкоголю дозволено, а в інших - засуджується або забороняється. Причини вживання алкоголю включають бажання розслабитись, отримати задоволення, або є частиною святкування, або реакцією на нудьгу, смуток, бентегу чи травму. Часте вживання може призвести до формування звички або компульсивного вживання алкоголю, при цьому існує залежність між вживанням алкоголю та пов'язаною з ним шкодою, що залежить від дози. Така шкода включає хронічні та гострі розлади здоров'я, шкоду для оточуючих, а також соціально-економічні наслідки від вживання алкоголю.

Поширеність та моделі вживання алкоголю

Основні моменти

- Австралія входить до 10% країн з найвищими показниками вживання алкоголю та шкоди від нього. Загальне споживання знизилося, разом зі змінами в типах споживаних алкогольних напоїв.
- Споживання алкоголю вище серед чоловіків (хоча гендерні відмінності зменшуються), молоді та в окремих районах.
- Споживання також залишається вищим серед людей з відмінною сексуальною орієнтацією та гендерною ідентифікацією, а також серед представників деяких культурних та мовних груп.

Споживання алкоголю на душу населення в Австралії досягло найнижчої позначки за останні 50 років - 9,4 літра чистого алкоголю, спожитого в 2017 році (Рис. 1). Тим не менш, в Австралії все ще перевищується середній показник Організації економічного співробітництва та розвитку (8,9 літра), та країна посідає 16-те місце за рівнем споживання алкоголю на душу населення. За останні 50 років також відбулися зміни в типі споживаного алкоголю: споживання пива знизилося з 75% від загального обсягу споживаного алкоголю до 39%, в той час як споживання вина зросло з 12% до 38% (Рис. 1).

Рисунок 2.1

Споживання алкоголю на душу населення

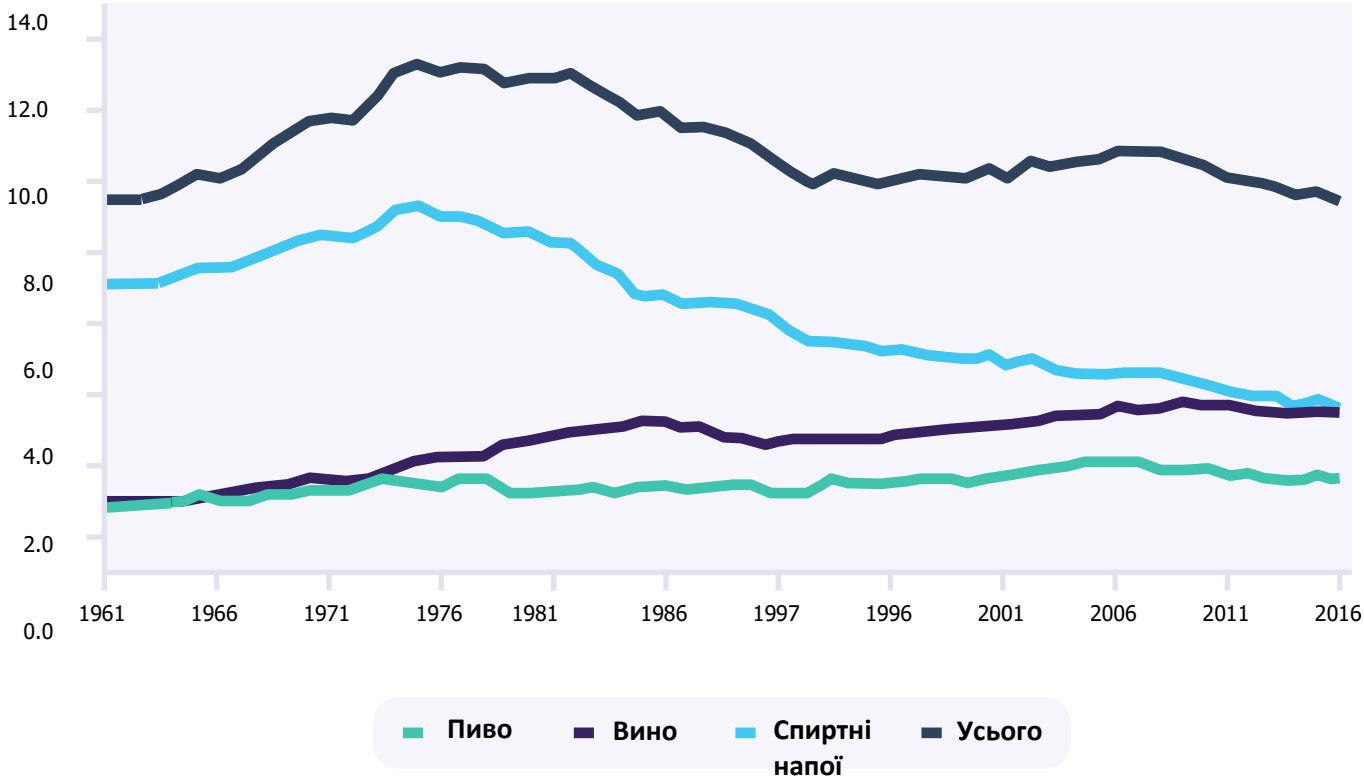


Рисунок 2.1: Споживання алкоголю на душу населення (вік 15+) за типом напою, в період 1961-2017 рр.

ВСТАВКА 2.1: Парадокс профілактики вживання та шкоди алкоголю

Попри скорочення споживання, в Австралії все ще спостерігається зростання шкоди від алкоголю. Існує думка, що цей парадокс можна пояснити тим, що більшість алкоголю (58%) споживає невелика частка людей з високим ризиком вживання алкоголю, в той час як соціально відповідальні або споживачі з низьким ризиком зменшують його споживання. Однак зменшення споживання алкоголю людьми з низьким ризиком не має значного впливу на ризик шкоди.

Це свідчить про те, що інформування в рамках громадського здоров'я є більш ефективними для людей з низьким ризиком, які, відповідно, менше п'ють, але це мінімально впливає на рівні шкоди. І навпаки, люди з високим ризиком виявляються менш сприйнятливими, і високий рівень шкоди зберігається, що відображає «парадокс профілактики», який спостерігається в інших країнах та інших сферах громадського здоров'я.

Найповнішу оцінку моделей і поширеності вживання алкоголю в Австралії дає опитування домогосподарств, проведене в рамках Національної стратегії боротьби з вживанням наркотиками у 2016 році, результати якого свідчать, що 77% австралійців віком від 14 років і старше вживали алкоголь

протягом останніх 12 місяців. Також спостерігається загальна тенденція до зниження рівня вживання алкоголю, причому частка тих, хто не вживав алкоголь протягом останнього року, постійно зростає з 2001 року (18% проти 23%). Також суттєво зменшилася кількість тих, хто п'є щодня (з 6,5% до 5,9%), щотижня (з 37,3% до 35,8%), а також значно зросла кількість тих, хто п'є рідше, ніж раз на тиждень (з 34,5% до 35,8%).

Певні групи населення Австралії

Незмінно існують відмінності в моделях споживання алкоголю серед певних груп населення. Нижче надані узагальнені моделі вживання алкоголю деякими ключовими групами населення:

Група населення	Модель споживання алкоголю
Стать	• Чоловіки, як правило, починають вживати алкоголь у молодшому віці та повідомляють про більшу кількість щоденних та щотижневих порцій алкоголю, а також частіше вживають алкоголь, ніж жінки.
	• Чоловіки частіше, ніж жінки, випивають більше двох порцій за день або більше чотирьох за один прийом.
	• Хоча жінки загалом п'ють менше, вони знижують рівень вживання алкоголю повільніше, ніж чоловіки.
Вік	• Старші люди частіше повідомляють про щоденне вживання алкоголю, а люди у віці від 70 років і старше виділяються серед інших: 13,6% повідомили про щоденне вживання алкоголю.
	• Молоді люди (18-24 роки) частіше вживають більше 4 порцій за один раз і частіше повідомляють про надмірне вживання алкоголю (11 і більше порцій за один раз).
	• За останнє десятиліття частка людей, які вживають алкоголь, значно зменшилася, хоча серед старших людей цей показник залишається відносно стабільним.
Місце проживання	• У всіх штатах і територіях спостерігалося скорочення щоденного вживання алкоголю з 2001 по 2016 рік, але лише на Австралійській столичній території відбулося значне скорочення частки щоденного споживання алкоголю (з 6,6% до 3,6%).
	• На Північній території найвища частка людей у віці від 15

	років і старше, які п'ють щодня (7,3%).
Соціо-економічне положення	● Австралійці, які живуть у більш віддалених районах, повідомляють про більшу частку щомісячних епізодів пияцтва, під час яких вони вживають 4 або більше порцій (36,7% проти 24,2%), щорічних епізодів надмірного пияцтва (24,6% проти 14,4%) і щонайменше щомісячних епізодів надмірного пияцтва (15,0% проти 6,3%).
Аборигени та мешканці островів Торресової протоки	● Ті, хто живе в більш сприятливих умовах (5-й квартиль) порівняно з найменш сприятливими (1-й квартиль), рідше утримуються (18,2% проти 31,8%) і частіше вживають 4 або більше порцій за один прийом щомісяця (12,5% проти 9,0%) або щороку (25,9% проти 23,5%).
	● Загальна частка аборигенів та мешканців островів Торресової протоки, які вживають алкоголь (69%), є меншою, ніж серед населення в цілому (77%).
	● Однак ті, хто вживає алкоголь, як правило, п'ють у більших і більш шкідливих кількостях. Зокрема, 18,8% аборигенів та мешканців островів Торресової протоки повідомляють, що вживають 11 або більше стандартних порцій на місяць, що більше, ніж некорінне населення (6,8%).
Люди з різною сексуальною орієнтацією та гендерною ідентифікацією	● З 2010 року люди з відмінною сексуальною орієнтацією та гендерною ідентифікацією частіше вживають алкоголь (85,6% проти 79,7%), випивають 4 або більше порцій за день (70,6% проти 50,1%) та повідомляють про епізоди надмірного пияцтва протягом останнього року (27,8% проти 15,3%).
Культурні та мовні групи	● Хоча споживання варіюється серед людей з різних культурних та мовних груп, ті, чиєю основною мовою вдома була мова, відмінна від англійської, були більш схильні не пити і менш схильні до ризикованого вживання алкоголю або до надмірного вживання алкоголю.

Шкода, пов'язана з алкоголем

Алкоголь – найшкідливіша речовина в Австралії. Хоча фентаніл, героїн і кристалічний метамфетамін є більш шкідливими для людини, алкоголь є найбільш шкідливою речовиною з огляду на оточуючих і найбільш шкідливим

в цілому (як з урахуванням, так і без урахування поширеності). Зокрема, алкоголь завдає специфічної шкоди як окремій людині (захворюваність, пов'язана з та притаманна зловживанню ПАР), так і оточуючим (економічні витрати, сімейні негаразди, травмування інших людей).

Основні моменти

Кількість смертей, пов'язаних із алкоголем, зросла: у 2017 році було зафіксовано 5 552 смерті, пов'язані з вживанням алкоголю.

Вживання алкоголю пов'язане з більш ніж 200 захворюваннями, включаючи травми, пов'язані з вживанням алкоголю, рак, серцево-судинні захворювання та хвороби печінки. Це становить 4,6% загального тягаря хвороб в Австралії.

Щорічно відбувається понад 150 000 госпіталізацій, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Вживання алкоголю негативно впливає на економіку; за найскромнішими оцінками 2010 року, економіка втратила $14,4 млрд, що більш ніж удвічі перевищує податкові надходження Австралії від продажу алкоголю.

Смертність і тягар хвороб, пов'язані з вживанням алкоголю

У 2017 році вживання алкоголю стало причиною 5 552 смертей в Австралії, з яких 1 366 були спричинені вживанням алкоголю, а врешті 4 186 випадках алкоголь згадувався. На відміну від зниження споживання алкоголю на душу населення, кількість смертей, пов'язаних із вживанням алкоголю, у 2017 році досягла найвищого показника за останні 20 років (5,1 смертей на 100 000). Подібно до глобальних оцінок, тягар смертей, пов'язаних із вживанням алкоголю, нерівномірно розподілений серед населення: чоловіки переважають у показниках смертності та захворюваності і мають у 3,5 рази більший ризик померти. Однак з віком шкода, пов'язана з вживанням алкоголю, зростає для жінок, а пов'язана з вживанням алкоголю смертність, переважно від раку у віці від 50 років і старше, є вищою серед жінок (27,1%), ніж серед чоловіків (18,9%).

В Австралії алкоголь складав 4,6% тягаря хвороб у 2011 році, причому пов'язані з вживанням алкоголю травми, рак і захворювання печінки були причиною більшості втрачених років життя, скоригованих на інвалідність (DALY). Попри тенденцію до зниження споживання алкоголю, смертність від алкоголю та DALY не мали такої ж тенденції до зниження.

	Чоловіки			**Жінки**		
	2005	**2010**	**2016**	**2005**	**2010**	**2016**
Смертність внаслідок вживання алкоголю	8.4%	8.5%	8.4%	1.9%	2.1%	2.2%

Роки життя, скориговані на інвалідність внаслідок вживання алкоголю	8.2%	8.4%	8.2%	0.7%	1.2%	1.4%

Травматизм та госпіталізація внаслідок вживання алкоголю

За оцінками, щороку в Австралії відбувається понад 150 000 госпіталізацій, пов'язаних із вживанням алкоголю. Попри зниження споживання алкоголю, кількість звернень до відділень невідкладної допомоги, госпіталізацій та викликів швидкої допомоги, пов'язаних із вживанням алкоголю, залишається стабільною або зростає.

Наприклад, для осіб віком від 15 років і старше тенденції госпіталізації, пов'язані з вживанням алкоголю, у 2003-2013 роках зростали до 2009 року, а потім стабілізувалися. Крім того, спостерігалося незначне збільшення (замість зменшення у розрахунку на душу населення) кількості звернень до відділень невідкладної медичної допомоги.

Шкода оточуючим

Загальні наслідки шкоди, пов'язаної з алкоголем, також поширюються на соціальні та економічні витрати для сімей, громад і суспільства в цілому. Вживання алкоголю або сп'яніння є причиною домашнього та громадського насильства, безробіття, фінансових проблем і бідності, водіння в нетверезому стані, дорожньо-транспортних пригод, нещасних випадків на виробництві, пожеж, падінь і самогубств.

Як згадувалося вище, при оцінці шкоди алкоголю в Австралії, алкоголь виявився речовиною, який завдає найбільшої шкоди іншим людям. Хоча шкода для інших менш піддається кількісній оцінці, ніж індивідуальна шкода, дані свідчать про те, що 22,2% австралійців переживали інцидент, пов'язаний із вживанням алкоголю кимось іншим. Зокрема, 18,7% зазнали словесних образ, 7,3% - фізичного насильства, а 11,4% - страху.

Вплив на економіку

Вживання алкоголю також має економічні наслідки, призводячи до зниження продуктивності праці, а також лягає тягарем на систему охорону здоров'я, правоохоронні органи та судову систему. У 2010 році фінансовий тягар від вживання алкоголю в Австралії становив $14,4 млрд, що більш ніж удвічі перевищує $7,1 млрд податкових надходжень, пов'язаних із алкоголем. Найбільший внесок в економічний тягар вносять втрачена продуктивність ($6,1 млрд), дорожньо-транспортні пригоди ($3,7 млрд), кримінальне правосуддя ($3,0 млрд) і охорона здоров'я ($7,7 млрд). Хоча ці оцінки, ймовірно, є

консервативними, оскільки вони не враховують економічні наслідки для інших, оцінки 2005 року свідчать, що шкода, завдана іншим через вживання алкоголю, коштувала Австралії 6,8 мільярда доларів.

Коментар робочої групи: *щодо поширеності вживання алкоголю, то за останні 5 років в Україні проведено чотири основні дослідження, присвячених аналізу поширеності споживання алкоголю серед населення України, а саме STEPS[27], ESPAD[28], опитування на замовлення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)[29] та телефонне інтерв'ю за допомогою комп'ютера проведене Центром громадського здоров'я за підтримки Центру профілактики та контролю захворювань (CDC) США[30].*

Дослідження STEPS та ESPAD були виконані у 2019 році, останнє досліджувало проблематику серед підлітків, наступна хвиля обох досліджень запланована на 2025 рік.

Поширеність вживання алкоголю серед підлітків

Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD) – це спільне зусилля незалежних дослідницьких груп із понад 40 європейських країн і найбільший у світі міжнаціональний дослідницький проект, що проводить збір порівнянних даних про вживання психоактивних речовин серед 15-16-річних учнів у європейських країнах. Опитування повторюються кожні чотири роки, починаючи з 1995 року. За результатами останньої хвилі дослідження ESPAD, проведеної у 2019 році, цільовою групою якої стали учні 2003 року народження, серед підлітків яким на момент опитування було 15-16 років, 85,7% усіх опитаних респондентів упродовж свого життя вживали алкогольні напої принаймні один раз, а десять і більше разів – 46,3%.

Як показало дослідження, з віком зростає питома вага підлітків, які вживали алкогольні напої. Серед респондентів 2004 року народження (надалі – р.н.) жодного разу не вживали алкоголь 17,0%, а серед опитаних респондентів 2001/2000 р.н. цей показник становить 11,4%. Відмічено, що дівчата дещо раніше за хлопців вперше пробують алкоголь. У молодшій віковій групі (2003-2004 р.н.) років частка хлопців, які принаймні один раз вживали алкоголь становила 79,1%, а дівчат – 86,6%. Схожа тенденція зберігається серед

[27] https://www.who.int/ukraine/uk/publications/steps-ukraine-factsheet-alcohol-consumption-in-adults-aged-18-69-years

[28] https://www.unicef.org/ukraine/media/2521/file/ESPAD_2019_ukr.pdf

[29] https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/alcohol-consumption-ukraine-behaviour-attitude_ua.pdf

[30] https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/3BIT%20(4)%20укр.pdf

опитаних, які мали «великий» (від 10 до 19 разів) і «дуже великий» (40 і більше разів) досвід споживання алкогольних напоїв, 16,8% та 21,8% відповідно.

Крім цього, на практику споживання підлітками алкоголю значно впливає чинник урбанізації. Серед опитаних підлітків, які мешкають у обласних центрах частка тих, хто має «великий» і «дуже великий» досвід споживання алкогольних напоїв становить 32,7%, а у містах обласного підпорядкування – 31,1%. В той же час, цей показник серед опитаних, які проживають у сільській місцевості, менший і становить 25,5%.

Значна кількість респондентів (16,0%) оцінили ступінь свого сп'яніння під час останнього вживання алкогольних напоїв на рівні від 5 до 10 балів, що можна схарактеризувати як «значне» сп'яніння.

Серед основних причин вживання алкоголю, які вказували респонденти:

- *для покращення настрою – 39%,*
- *вирішення внутрішніх проблем – 27%,*
- *отримання «кайфу» – 17%,*
- *схвалення іншими – 12%.*

Дівчата частіше вживають алкоголь для вирішення внутрішніх проблем та подолання психологічного дискомфорту, а також щоб позбутися поганого настрою.

Із 1995 року до 2007 рівень вживання алкоголю серед підлітків 15-16 років поступово підвищувався, досягнувши піку у 2007 році (90,8% серед всіх; 91,1% серед хлопців та 90,5% серед дівчат, Рис.1). Після 2007 року спостерігалася тенденція до зменшення досвіду вживання алкогольних напоїв хоча б раз у житті серед 15-16-річних підлітків. За весь 25 річний період спостереження найнижчий показник вживання був зафіксований у 2015 році і складав 84,9% (83,8% серед хлопців та 86% серед дівчат. Проте у 2019 році, зросла частка дівчат-підлітків, які повідомили про свій досвід вживання алкоголю протягом життя (89,1% проти 81,3% серед хлопців).

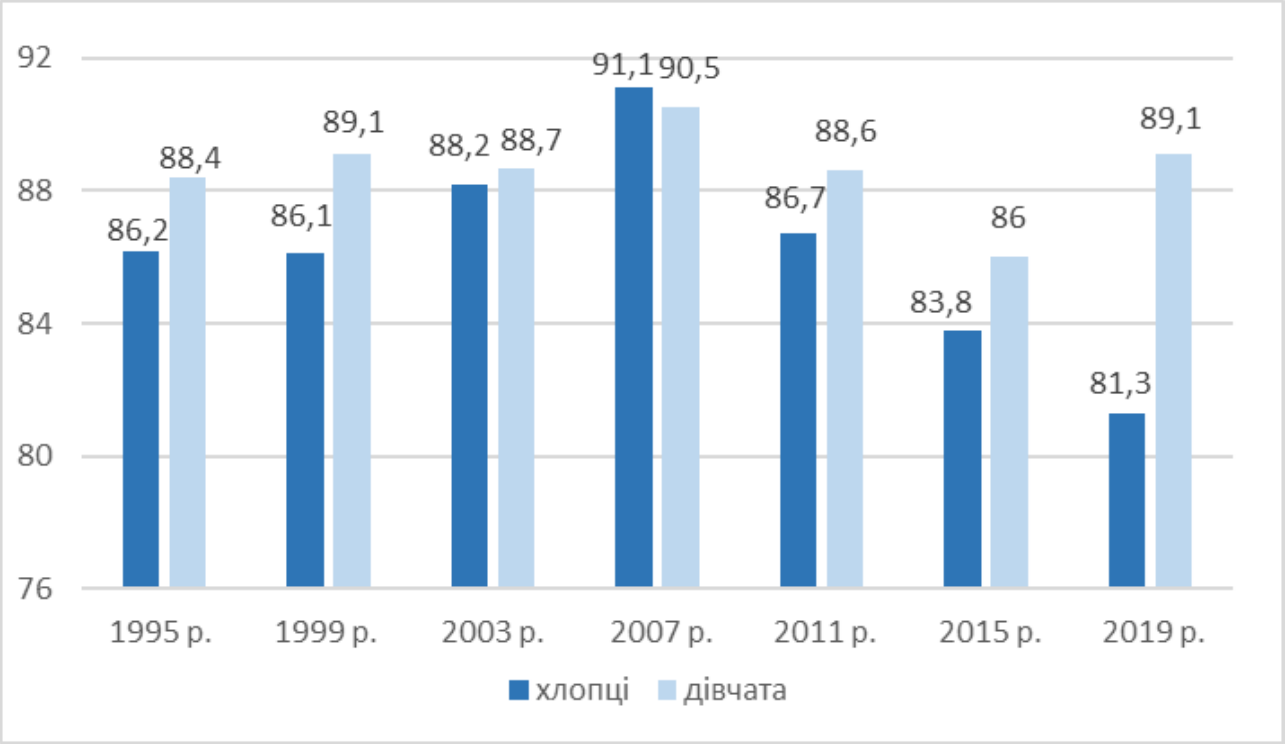


Рис.1. Динаміка вживання алкоголю хоча б раз у житті серед вікової когорти 15-16-річних, за статтю, %

Також заслуговує уваги показник вживання алкоголю протягом останніх 30 днів (Рис.2). Так, з 1995 року до 2007 року відбувалось поступове збільшення кількості учнів 15-16 років, які вживали алкогольні напої за останні 30 днів (з 54,7% учнів у 1995 до 59,5% у 2007 році). Починаючи з 2011 року спостерігалось зменшення показника до 41,9% у 2015 році і 44,6% у 2019 році. За даними двох перших хвиль дослідження, дівчата частіше, ніж хлопці повідомляли про вживання алкоголю протягом останніх 30 днів. За виміром у 2007 році хлопці випереджали дівчат. У 2003, 2011 та 2015 років не спостерігалось відмінностей за статтю. За результатами останньої хвилі 2019 року спостерігається незначне зменшення рівня вживання алкоголю протягом останніх 30 днів серед хлопців, на противагу суттєвому збільшенню цього показника серед дівчат: з 42,1% у 2015 році до 49,1% у 2019 році.

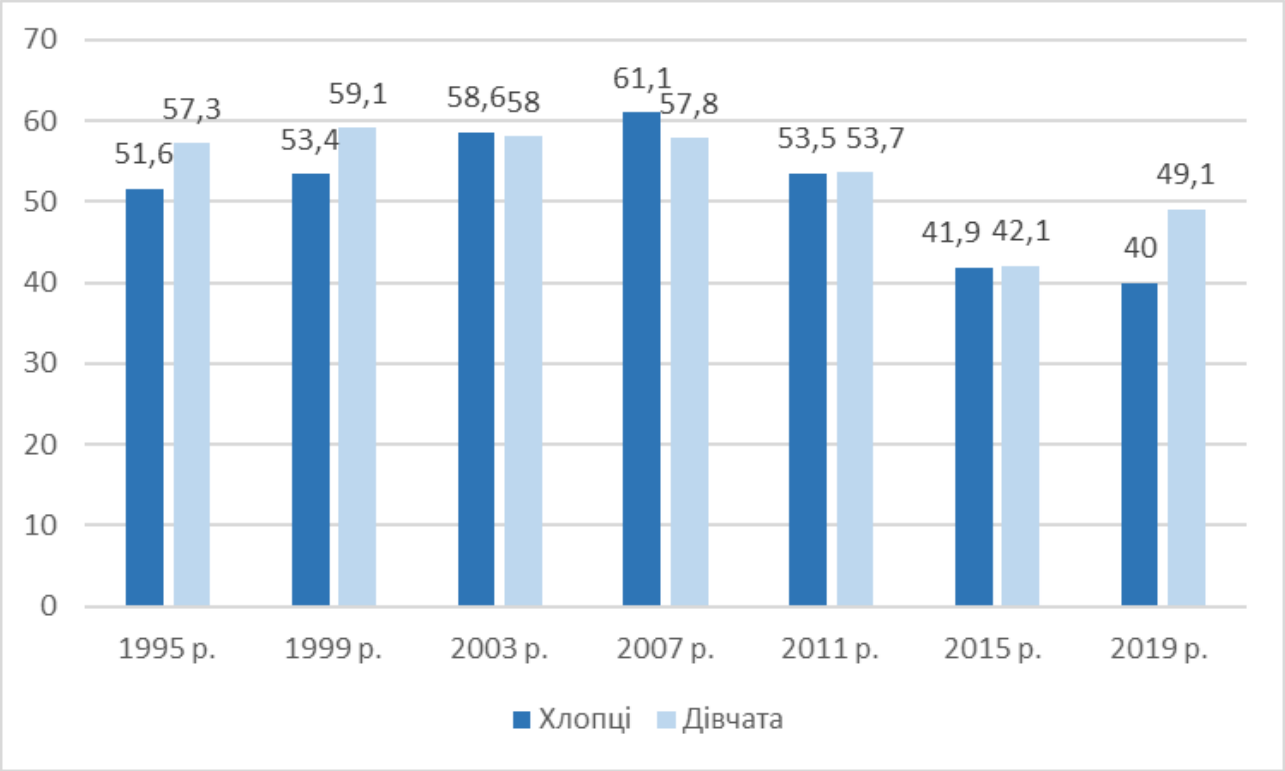


Рис. 2. Динаміка вживання алкоголю хоча б 1 раз за останні 30 днів серед вікової когорти 15-16-річних, за статтю, %

Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: за результатами дослідження 2019 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / О.М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Д.М. Павлова, Н-М.К. Нгуєн, О.Г. Левцун, Н.П. Пивоварова, О.Т. Сакович; О.В. Фляркoвська. – К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2019. – 214 с. ISBN 978-617-7239-36-8

Поширеність вживання алкоголю серед дорослого населення у віковій групі 18-69 років

У дослідженні STEPS 2019 року, яке вивчало національні дані щодо поширеності основних поведінкових і біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ), брало участь доросле населення України віком 18-69 років. (окрім територій Донецької та Луганської областей, що непідконтрольні українському уряду, та окупованої АР Крим).

Згідно з результатами дослідження STEPS, активними споживачами алкоголю, тобто вживали алкоголь за останні 30 днів на момент проведення анкетування, були 55,6% населення, серед чоловіків цей показник був вищим ніж у жінок, 66,1% проти 44,6% відповідно. Майже чверть (23,5%) населення вживали алкоголь за останні 12 місяців, але не за останні 30 днів.

Найбільша частка респондентів, які вживали алкоголь за останні 30 днів, припадала на вікову групу 30–44 роки (62,6%), і цей показник був вищим серед чоловіків (71,6%), ніж серед жінок (50,8%). Найбільша частка опитаних, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, але не за останні 30 днів, припадала на вікову групу 60–69 років (29,9%), як і найбільша частка осіб, які утримувалися від алкоголю протягом останніх 12 місяців (17,2%).

Серед опитаних респондентів не вживали алкоголь протягом всього життя 9,5%, цей показник був дещо вищим у жінок ніж у чоловіків, 10,9% та 8,2% відповідно. Протягом останніх 12 місяців не вживали алкоголь 11,4% опитаних (чоловіки 10,3%, жінки 12,5%).

Частка осіб, які мали досвід вживання великої кількості алкоголю (6 стандартних порцій алкоголю та більше за 1 раз протягом останніх 30 днів) становила 19,7% (чоловіки 29,5% жінки 9,4%)

Спостерігались деякі відмінності між регіонами: серед активних споживачів алкоголю найбільша частка припадає на південні регіони – 63.1%, а найменша на східні – 48,6%. Також спостерігається різниця у споживанні алкоголю у міські та сільській місцевостях; частка активних споживачів алкоголю (ті, що споживали алкоголь протягом останніх 30 днів) у містах становила 58,4 %, а у сільській місцевості – 50,7%, для тих хто споживав алкоголю протягом останніх 12 місяців але не протягом останніх 30 днів ці показники становили 21,2% та 27,5% відповідно.

Серед активних споживачів 19,9% вживали незареєстрований алкоголь. Кожен третій активний споживач, який проживає в сільській місцевості, вживав незареєстрований алкоголь (31,1%). У містах ця частка становила 14,3%.

Протягом останніх 12 місяців більше половини респондентів вживали алкоголь частіше ніж один раз на місяць (55,5%), 27,5% вживали алкоголь 1–3 рази на місяць, майже п'ята частка – 1–2 дні на тиждень (18,1%), а майже кожен 10-ий – частіше (7,9%).

Про надмірне епізодичне вживання алкоголю повідомили 19,7% респондентів, цей показник був втричі вищим серед чоловіків (29,5%), ніж серед жінок (9,4%).

Більшість населення (86,6%) не мала сімейних проблем або проблем зі своїми партнерами внаслідок вживання алкоголю протягом останніх 12 місяців. Серед респондентів, які повідомили про подібні проблеми, 11,7% зазначили, що вони траплялися рідше ніж один раз на місяць, тоді як 1,7% повідомили, що такі проблеми траплялися раз на місяць або частіше.

Аналітичний звіт STEPS поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань проведений в Україні за 2019

У дослідженні 2023 року, проведеному Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) на ВООЗ[31], вивчалися поведінка та погляди українців щодо низки питань, пов'язаних із вживанням алкоголю, зокрема: типи алкогольних напоїв та об'єм їх споживання, наслідки власного вживання алкоголю та вплив вживання його іншими особами; ставлення до політики у сфері регулювання продажу алкоголю. Опитування проводилося з 24 листопада до 8 грудня 2023 року методом телефонного інтерв'ю. Вибірка дослідження репрезентативна для дорослого населення України (віком 18 років і старших). Отримані результати були зважені з урахуванням статевовікової структури постійного населення України відповідно до даних Державної служби статистики станом на 1 січня 2022 року. Населення, що мешкає на тимчасово окупованих територіях, де не працюють українські оператори мобільного зв'язку, не брало участі в опитуванні.

Вживання конкретних напоїв та статус вживання будь-якого алкоголю протягом останніх 12 місяців (теперішні споживачі алкоголю) відмітило 77,4% респондентів (80,1% чоловіків і 75,2% жінок). Серед теперішніх споживачів алкоголю 50,8% також були активними споживачами, які вживають алкоголь раз на місяць або частіше (62,7% чоловіків та 40,3% жінок). Вживання алкоголю більш поширене в молодших вікових групах: 18-29 років – 86,3%; 30-44 роки – 80,6%; 45-59 років – 80,7%, 60+ років – 66,5%.

Серед опитаних 22,6% не вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, з них 10,7% ніколи не вживали алкоголь, а 11,9% – раніше вживали алкоголь, але припинили.

Частота вживання алкоголю для теперішніх споживачів у середньому складає 41 день (чоловіки – 58 днів, жінки – 27 днів). Серед опитаних 22,6% не вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, з них 10,7% ніколи не вживали алкоголь, а 11,9% – раніше вживали алкоголь, але припинили. Середньодобове споживання серед тих, хто вживає алкоголь становило 8,5 г чистого спирту на календарний день (чоловіки – 14,7 г, жінки – 3,1 г).

Поширеність вживання алкоголю вища в групах із вищим соціально-економічним статусом (освітою та доходом). В середньому об'єм і частота вживання алкоголю вищі у групах із нижчим соціально-економічним статусом. Особи з вищим соціально-економічним статусом частіше є споживачами алкоголю, але вони демонстрували інші моделі споживання алкоголю порівняно

---

[31] Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення. Аналітичний звіт за результатами соціологічного опитування проведеного київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) на замовлення всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) грудень 2023 https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/ЗВІТ%20(4)%20укр.pdf

з людьми з нижчим соціально-економічним статусом. Виявлено схожість у моделях вживання алкоголю в найнижчих та найвищих соціально-економічних групах, що проявляється в більших частоті та об'ємі вживання алкоголю.

Спостерігались деякі територіальні відмінності, а саме: серед активних споживачів алкоголю найбільші показники припадають на західні регіони – 81,6%, а найменші на східні – 65,5%.

У міській місцевості поширеність вживання алкоголю становила 78,6%, а у сільській –75,1%, однак вживання алкоголю домашнього виробництва більш поширене серед сільських жителів, аніж міських (55,7 проти 36,7%).

Серед респонденток опитування 2,4% (n=26) зазначили , що вони були вагітні протягом останніх 12 місяців. З них близько половини (54,8%) відповіли, що вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, у тому числі 21,3% – щомісяця або частіше, 33,5% – рідше, ніж щомісяця (декілька разів на рік). Хоча розмір вибірки занадто малий для статистично надійних висновків, можна зазначити, що випадки вживання алкоголю напередодні, під час або після вагітності трапляються і можуть бути доволі вагомими.

З числа теперішніх споживачів алкоголю 49,2% повідомили про випадки надмірного вживання алкоголю (64,0% чоловіків і 36,0% жінок). Середня кількість алкоголю, спожитого за епізод надмірного вживання становила близько 8 СН або 80 г чистого спирту (12 СН для чоловіків і 4 СН для жінок). Окрім того, 15,9% теперішніх споживачів алкоголю (24,9% чоловіків і 8,1% жінок) повідомили про випадки пияцтва один раз на місяць або частіше, а 3,5% споживачів алкоголю повідомили, що вони вживали алкоголь вранці, як тільки прокидалися.

Серед усіх респондентів 48,3% споживачів алкоголю повідомили про вживання деяких видів неоподаткованого алкоголю: 42,9% – алкогольних напоїв домашнього приготування, 11,4% – алкоголю, привезеного з-за кордону, і 0,7% – сурогатного алкоголю (не призначеного для вживання всередину).

Власний дім є найпопулярнішим місцем вживання алкоголю серед усіх соціально-демографічних категорій. Зокрема 76,0% чоловіків і 67,2% жінок, які вживали алкоголь протягом минулого року, повідомили, що найчастіше вони споживають алкоголь вдома. З віком відзначається тенденція збільшення частки тих, хто переважно вживає алкоголь вдома: від 63,7% серед теперішніх споживачів віком 18-29 років до 76,5% у групі 60 років і старших.

З-поміж тих, хто споживав алкоголь впродовж року, що передував дослідженню, переважна більшість (85,0%) не відчули його шкідливого впливу для власного здоров'я, добробуту або стосунків. У решти найчастіше страждало фізичне здоров'я (9,5%), матеріальний добробут (6,2%), виконання домашніх обов'язків (3,4%), стосунки з родичами (2,8%), робота або навчання

(2,8%), інтимні стосунки (2,7%) та стосунки з друзями або іншими людьми (1,9%)

Зміни у вживанні алкоголю з початком повномасштабної війни

Переважна більшість опитаних, які будь-коли вживали алкоголь (60,7%), не помітили за собою жодних змін у поведінці, пов'язаній із вживанням алкоголю з початком повномасштабної війни (тобто після лютого 2022 року).

З іншого боку, 39,3% відповіли, що їхнє споживання алкоголю змінилося, і, за самооцінкою, частка тих, хто зменшив вживання алкоголю, суттєво перевищує частку тих, хто почав вживати більше. Загалом 21,5% тих, хто будь-коли споживав алкоголь, повідомили про зменшення вживання алкоголю, і ще 6,8% зовсім припинили вживати алкоголь, натомість 5,5% почали вживати більше, 2,9% – повернулися до вживання алкоголю після періоду утримання.

В умовах війни питання державного регулювання продажу алкоголю набуло нової актуальності, і тут громадяни здебільшого підтримали державу у її прагненні контролювати таким чином споживання алкоголю в особливий час. Подібні регуляторні заходи (в тому числі підвищення цін, обмеження доступу та скорочення кількості точок продажу) підтримують 71,3% дорослих, не підтримують – 23,9%

У 2023 році Центр громадського здоров'я спільно з CDC провів дослідження факторів ризику, пов'язаних із НІЗ серед дорослого населення України за допомогою комп'ютерної системи телефонного опитування (CATI). Були опитані 2401 респондентів, що дозволило отримати важливу інформацію щодо поточного стану здоров'я населення та виявлення нових тенденцій, в тому числі щодо споживання алкоголю[32]*.*

За даними дослідження, 72% загальної популяції вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців (77,8% чоловіків та 66,3% жінок). Варто відмітити, що 28% респондентів не вживали алкоголь за цей період.

Серед тих, хто споживав алкоголь тільки 2,8% робити це щодня, з переважанням серед чоловіків. Більшість опитаних споживають алкоголь 1-3 дні на місяць (35,3%), а 33,6% респондентів робили це менше одного разу на місяць.

Загалом чоловіки споживають більше алкоголю ніж жінки. Окрім того, серед чоловіків більший відсоток споживає алкоголь 3-6 разів на тиждень (6,6%) та 1-2 рази на тиждень (33,1 %) порівняно з жінками (2,3 та 13% відповідно). Подібна тенденція зберігається у всіх вікових групах. Для жінок

[32] Аналітичний звіт "Телефонне опитування щодо неінфекційних захворювань - Україна, 2023" https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/ЗВІТ%20(4)%20укр.pdf

більш характерне нечасте споживання алкоголю (1-3 рази на місяця або менше одного разу на місяць).

Споживання алкоголю залишається поширеним в Україні. Так активними споживачами (тобто, ті хто споживав алкоголь протягом останніх 30 днів) є 48,8% осіб, з переважанням у чоловічій частині популяції (59,9 проти 37,9% для жінок). Серед активних споживачів середня кількість днів, коли вони споживали більше 4 алкогольних напоїв становила 1,7 дні, 2,4 дні для чоловіків, та 0,6 – для жінок.

З початком повномасштабного вторгнення 24 лютого 2024 року, 10,4% почали вживати більше алкоголю, а 42,5% опитаних респондентів відмітили зменшення вживання алкоголю. Більшість опитаних респондентів не відмітили жодних змін у характері вживання алкоголю після повномасштабного вторгнення - 47,1%.

Загалом, спостерігається значна різниця у споживанні алкоголю у різних статевих та вікових групах з переважанням серед чоловіків та у молодших вікових групах. Частота споживання також є різною, з тенденцією до більшої кількості спожитого алкоголю серед чоловіків.

Загалом, у 2019 році більше половини респондентів вживали алкоголь частіше ніж один раз на місяць (55,5%), у 2023 році серед теперішніх споживачів алкоголю 50,8% були активними споживачами, які вживають алкоголь раз на місяць або частіше.

Про надмірне епізодичне вживання алкоголю у досліджені STEPS у 2019 році повідомили 19,7% респондентів, цей показник у 2023 році в опитуванні КМІС становив 49,2%, в обох дослідженнях надмірне споживання алкоголю було значно вищим серед чоловіків.

Загалом серед населення віком 18-69 років чоловіки вживають алкоголь більше ніж жінки, незалежно від вікової категорії, з більшою поширеністю у молодших вікових групах.

У міській місцевості вживання алкоголю більш поширене ніж у сільській як у 2019 так і у 2023 році, однак вживання незареєстрованого алкоголю спостерігалось частіше у сільській місцевості. За даними 2019 року вживання алкоголю було більш поширеним у південній області, у 2023 році - на заході України, серед найнижчих показників споживання алкоголю у 2019 та 2023 роках залишаються східні регіони.

З початком повномасштабного вторгнення більшість населення не відмітило змін, від 10,3% (дослідження CATI) до 21,5% у дослідженні ВООЗ повідомили про зменшення споживання алкоголю.

Обмеження досліджень і порівнянь результатів: Основним обмеженням досліджень була неможливість провести дослідження на території Донецької та Луганської областей, що непідконтрольні українському уряду, та окупованої АР Крим, а з 2022 року – серед більш широкого переліку тимчасово окупованих територій, де не працюють українські оператори мобільного зв'язку. У дослідженні КІСН теперішній статус вживання алкоголю визначався за запитанням про частоту вживання будь-якого алкоголю, навіть у невеликих кількостях, протягом останніх 12 місяців і не містить даних за вживання алкоголю за останні 30 днів. У досліджені STEPS був оцінений статус вживання алкоголю за 2 показниками: вживання протягом останніх 30 днів і вживання протягом 12 місяців, але не за останні 30 днів, що ускладнює порівняння показників цих двох досліджень. Різниця може бути обумовлена застосуванням різних опитувальників:

У дослідженні STEPS використовували спеціальний інструмент опитування STEPS Instrument,

КМІС адаптували анкету Стандартизованого європейського опитування щодо алкоголю (Standardised European Alcohol Survey), зі збереженням структури опитування та кількох додаткових запитань.

Розділ 3. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ

Автори: Ліз Баррет, Елісон Ріттер, Карі Ланкастер та Кейт Сір

Даний розділ присвячений тому, як враховувати аспекти стигми та дискримінації при роботі з людьми, які мають проблеми зі вживанням алкоголю.

Стигма та дискримінація

Що таке стигма?

Стигма – це навішування ярлика або стереотипне мислення, що знецінює, дискредитує та дискримінує людей. Це може призвести до низки негативних матеріальних і соціальних наслідків, включаючи виключення з системи охорони здоров'я та відмову в отриманні медичних послуг. Стигма також є основною причиною нерівності у сфері охорони здоров'я та благополуччя. Стигма та дискримінація, як правило, не обмежуються несправедливим ставленням на індивідуальному рівні, а підтримуються і проявляються в ширших суспільних структурах і системах.

Дискримінація щодо будь-кого є неприйнятною.

Стигма та її зв'язок із вживанням алкоголю

Люди, які мають проблеми зі зловживанням алкоголю, зазнають сильної стигматизації: багато хто вважає це особистим моральним падінням, яке не заслуговує на співчуття; інші дотримуються негативних стереотипних поглядів на людей, які страждають від залежності від психоактивних речовин. Стигма, пов'язана з алкоголем, найімовірніше, є більш поширеною і поглиблюється серед вже маргіналізованих і дискримінованих груп. Однак стигма може виникати і за відсутності проблемного споживання для деяких груп, таких як вагітні жінки, аборигени та жителі островів Торресової протоки, а також люди, які живуть в умовах бідності та безхатченки.

Як стигма проявляється в клінічних умовах?

«Я відвідав завідувача [відділення багатопрофільної лікарні (не наркологічної служби)], і він просто вилаяв мене за те, що я п'ю, і ви знаєте, це не дуже допомогло. Це не змусить когось, хто не дуже добре почувається через своє пияцтво, припинити пити, просто тому, що хтось трохи надавав тобі по шапці».

Дослідження показало, що стигма щодо людей, які мають проблеми з алкоголем, є поширеним явищем у всіх медичних закладах. Вона є значним бар'єром для доступу до медичних та інших послуг: є приклади, коли лікарі відмовляють у лікуванні або належному догляді пацієнтам з алкогольною залежністю, зокрема, лікарі не хочуть «брати» пацієнтів з відомими проблемами вживання психоактивних речовин, побоюючись «привернути увагу ще більше таких» до їхньої клініки або лікарні.

Пацієнти повідомляли, що отримували неякісне лікування, наприклад: їм пропонували поради, засновані на власній думці лікаря, а не на доказах; їм пропонували просто припинити вживати алкоголь (тобто утримуватися від нього без підтримки), з ними розмовляли зверхньо, сварили або звинувачували в проблемах, пов'язаних із вживанням алкоголю. Цей досвід і страх стигматизації перешкоджає зверненню за допомогою і може легко трансформуватися у внутрішнє відчуття, що призводить до зниження самоефективності, самооцінки та до самозвинувачення.

Це, в свою чергу, впливає на результати лікування, зменшуючи ймовірність завершення лікування та збільшуючи рівень депресії та вживання психоактивних речовин.

Навчання та тренінги для зменшення стигми, пов'язаної з алкоголем, у медичних закладах

Встановлено, що тренінги з протидії стигмі змінюють дискримінаційне ставлення, причому найуспішнішими є тренінги, які проводяться за принципом «рівний-рівному» та/або включають контактне навчання, просування позитивних історій, «руйнування міфів», а також експериментальне або інтерактивне навчання (наприклад, за допомогою рольових ігор або використання тематичних досліджень і прикладів).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
32.1	Усім медичним працівникам слід розглянути можливість проходження навчання з протидії стигмі, особливо тих курсів, які проводяться колегами або в розробці яких брали участь колеги, і які передбачають навчання на власному досвіді	B

Мова та стигма

Мова, якою користуються медичні працівники, також може увічнити стигму. Терміни, які є упередженими і пов'язують людину з її вживанням алкоголю, такі як «алкоголік» або «залежний», ніколи не повинні використовуватися, натомість їх слід замінити на мову, орієнтовану на людину. Діагностичні ярлики також можуть мати стигматизуючий ефект, і пов'язані з алкоголем розлади, такі як захворювання печінки, не повинні описуватися як «алкогольна хвороба печінки». Лікарям слід звертатися до мовних посібників, розроблених людьми, які мають досвід проблемного вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, для пошуку нестигматизуючої термінології.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
3.2	Усі медичні працівники повинні постійно переглядати свою мову і не допускати використання принизливих або дискримінаційних висловлювань чи невербальної комунікації: перед або відносно пацієнта; про пацієнта перед іншими особами, у тому числі іншими співробітниками; і у публічних дискусіях, у тому числі в ЗМІ	C
3.3	Медичні працівники повинні звертатися до мовних посібників, розроблених організаціями взаємодопомоги або створених визнаними організаціями (наприклад, такими як Асоціація Нового Південного Уельсу (NUAA) чи іншими організаціями	GPP

Нестигматизуюча практика

Щоб уникнути дискримінаційної практики, важливо, щоб лікарі застосовували найкращі практики, якісну допомогу та інтервенції (як описано в цих настановах) так само, як і для будь-яких інших проблем зі здоров'ям та/або факторів ризику, пов'язаних із способом життя. Принципи найкращих практик для лікарів, які ведуть людей, що мають проблеми з алкоголем, включають:

- Співчутливе, неупереджене спілкування та догляд, а також здатність усього персоналу співпереживати, слухати та надавати підтримку.
- Особистісно-орієнтована допомога, що передбачає залучення пацієнтів до обговорення їхнього лікування.
- Підходи, що ґрунтуються на сильних сторонах, які уникають характеристики людей лише на основі їхнього вживання психоактивних речовин (наприклад, навішування ярлика «алкоголік»).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
3.4	Усі медичні працівники повинні застосовувати стандарти найкращих практик (відповідно до своєї професії) до всіх пацієнтів, незалежно від того, чи вживають вони алкоголь	GPP
3.5	Використовувати особистісно-орієнтовану	GPP

	практику та ставитися до пацієнтів з повагою та співчуттям і залучати їх до прийняття рішень щодо їхнього лікування	
3.6	Розглянути можливість використання практики, заснованої на сильних сторонах особистості, для пацієнтів, які можуть мати проблеми з алкоголем або повідомляють, що вони мають такі проблеми	GPP
3.7	Утримуватися від моральних або особистих суджень про вживання алкоголю	GPP

Зміна середовища, в якому працюють медичні працівники

Структури в закладах охорони здоров'я, в т.ч. політики, практики та норми, можуть посилювати стигму та дискримінацію. Культура на робочому місці, яка нормалізує стигму, може впливати на те, чи ставляться до пацієнтів з турботою, повагою та увагою.

Для подолання стигми в системі охорони здоров'я можна застосувати низку заходів на організаційному рівні.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
3.8	Усі медичні працівники повинні розглянути можливість адвокації або підтримки змін соціальних, політичних та структурних чинників, які увічнюють стигму щодо людей, які мають проблеми з алкоголем, зокрема: 1. Провести консультації зі своїми працівниками про поточну практику щодо людей, які мають проблеми з алкоголем, і про те, як її можна вдосконалити; та 2. впроваджувати ініціативи зі зміни культури, такі як перегляд місії або цілей, або включення заходів з протидії стигмі в організаційні плани та проведення оцінки, наприклад, вимірювання ключових показників ефективності	GPP
3.9	Великі медичні організації та/або ті, що мають велику кількість пацієнтів, які мають проблеми з алкоголем, повинні розглянути можливість найму працівників за принципом «рівний-рівному» та/або співробітників по зв'язках з пацієнтами	GPP

3.10	Усі медичні практики повинні мати ефективний та доступний механізм подання скарг	GPP
3.11	Внутрішній аудит механізмів подання скарг повинен оцінити, чи є вони є: наявними мають легкий доступ, у тому числі для людей з низьким рівнем грамотності про них оголошується публічно та відкрито нестигматизуючими, наприклад, анонімні	GPP
3.12	Лікувальні заклади, які спеціалізуються на лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, повинні періодично проводити аудит дискримінаційних практик	GPP

Суспільні зміни

Враховуючи зв'язок між стигмою, пов'язаною з алкоголем, і відсутністю доступу до послуг, ініціативи з протидії стигмі повинні бути інтегровані в більш широку діяльність у сфері охорони здоров'я. Дослідження в галузі психічного здоров'я сприяють тому, щоб медичні працівники брали на себе роль громадського адвоката в боротьбі зі стигматизацією і розглядали це як частину своєї професії, а також щоб медичні працівники ширше використовували своє високе становище в суспільстві для проведення кампаній на політичному рівні з метою забезпечення достатніх клінічних ресурсів і досліджень для боротьби зі стигматизацією.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
3.13	Усі медичні працівники повинні розглянути можливість адвокації або підтримки змін соціальних, політичних та структурних чинників, які увічнюють стигму щодо людей, які мають проблеми з алкоголем	GPP

Розділ 4. СКРИНІНГ ТА ОЦІНКА

Автори: Джон Сондерс, Джейсон Коннор та Даніель Степанович

У цьому розділі містяться клінічні рекомендації щодо ролі та застосування методів виявлення шкідливого вживання алкоголю, комплексної оцінки проблем з алкоголем, а також огляд планування лікування.

Alcohol-use disorder, NICE Guidelines on diagnosis assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2022.

У низці досліджень, проведених у різних умовах і серед різних груп населення, було встановлено, що Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT), має високу внутрішню узгодженість (Barry & Fleming, 1993; Fleming et al., 1991; Hays et al., 1995; Schmidt et al., 1995; Thomas & McCambridge, 2008). Однак дані про ретестову надійність відсутні, за винятком дослідження серед молоді (середній вік 20,3 року), в якому автори повідомили про високу ретестову надійність (Thomas & McCambridge, 2008).

Кореляція між показниками AUDIT і ступенем залежності було досліджено у вибірці учасників із тяжкою залежністю (n = 1134, 84,9%), які отримали показники AUDIT у вищому діапазоні (від 20 до 40 балів) (Donovan et al., 2006). Результати кореляційного аналізу показали, що показник AUDIT від 8 до 15 балів здебільшого корелює з легким (53,3%) та помірним (41,7%) ступенем залежності, від 16 до 19 балів – з помірним (55,7%) та легким (37,1%) ступенем залежності, а від 20 до 40 балів – з помірним (55,7%) та тяжким (29,5%) ступенем залежності. Таким чином, автори дійшли висновку, що AUDIT можна використовувати в клінічних умовах для оцінки ступеня тяжкості алкогольної залежності в популяції, яка звертається за лікуванням.

Описані категорії показників AUDIT стосуються дорослих. Професійне судження щодо того, чи варто переглядати показники в бік зменшення, слід враховувати для жінок (зокрема тих, які вагітні або планують завагітніти), молоді (до 18 років), осіб віком 65 років і старше та осіб зі значними психічними розладами (O'Hare et al., 2006).

Тест AUDIT переважно використовують для опортуністичного скринінгу в групах населення, які не звертаються за медичною допомогою (наприклад, на рівні первинної медико-санітарної допомоги). Однак він має певну клінічну користь, оскільки може бути використаний або як підстава для короткочасного втручання, або для направлення до спеціалізованих служб (*Примітка перекладача: Тут і надалі термін "служба(и)" означає спеціалізовані спеціалісти/відділення/заклади*). У Великій Британії тест AUDIT регулярно використовують для скринінгу, і його можна завантажити у вільному доступі. Крім того, хоча він вимагає певної підготовки для проведення та підрахунку показників підготовленим персоналом, він є швидким і простим у використанні. В інструкції до тесту AUDIT (Babor et al., 2001) зазначено, що

при використанні запропонованих порогових значень слід застосовувати клінічне судження, якщо інші надані дані суперечать показнику AUDIT, особливо для осіб, які мають алкогольну залежність в анамнезі.

5.18.2 Опитувальник для оцінки тяжкості алкогольної залежності (SADQ)

Опитувальник SADQ був розроблений Stockwell та колегами (1979). Це опитувальник з 20 пунктів з максимальним показником 60 балів. У ньому розглядаються п'ять елементів синдрому алкогольної залежності (Edwards & Gross, 1976):

- Фізичні симптоми стану відміни (пункти 1-4)
- Афективні симптоми стану відміни (пункти 5-8)
- Крейвінг та вживання алкоголю для полегшення синдрому відміни (пункти 9-12)
- Типовий денний обсяг і частота вживання алкоголю (пункти 13-16)
- Швидкість відновлення симптомів після періоду утримання (пункти 17-20).

Stockwell та колеги (1983) повідомили, що опитувальник SADQ (Stockwell et al., 1979 і 1983) має такі переваги: високу ретестову надійність (коефіцієнт кореляції між окремими питаннями коливається від 0,55 до 0,82); належні змістовна, критеріальна та конструктна валідність; показник корелює з оцінкою лікарем і самооцінкою тяжкості синдрому відміни, а також з інтенсивністю лікування, що призначаються при СВ. Однак питання SADQ, спрямовані на оцінку обсягу та частоти вживання алкоголю, не корелювали з показниками функції печінки та аналізами крові. Це може бути радше свідченням обмеженої чутливості та специфічності функціональних проб печінки, ніж відображенням ефективності опитувальника SADQ (Coulton et al., 2006).

Показники SADQ щонайменше 31 бал свідчать про тяжку алкогольну залежність (Stockwell et al., 1983), а вищі показники прогнозують посилення симптомів стану відміни (Shaw et al., 1998; Stockwell et al., 1983). Через ризик виникнення тяжких симптомів СВ тяжку залежність часто використовують як допоміжний клінічний критерій для прийняття рішення про необхідність програм медикаментозної підтримки СВ на базі стаціонару та як критерій направлення на стаціонарне лікування.

Тяжка алкогольна залежність (показник SADQ щонайменше 31 бал), особливо в осіб з коморбідностями або тих, кому бракує соціальної підтримки (див. нижче), може потребувати залучення до програми медикаментозної підтримки СВ на базі стаціонару (Raistrick et al., 2006). Перед тим, як приймати рішення про стратегію лікування, спеціаліст повинен з'ясувати ступінь тяжкості алкогольної залежності та пов'язаних із нею симптомів СВ. З досвіду Групи з розробки настанови, сучасна клінічна практика свідчить, що пацієнти, які

набирають менше ніж 15 балів за опитувальником SADQ, зазвичай не потребують медикаментозного лікування для полегшення СВ.

За допомогою опитувальника SADQ можна не лише виявити залежність, але й визначити ступінь її тяжкості, а отже, він є корисним у клінічній практиці. У Великій Британії цей опитувальник регулярно використовується, і його можна вільно завантажити або отримати у автора. Опитування за допомогою SADQ займає дуже мало часу і не вимагає підготовки для його проведення та підрахунку результатів.

5.18.3 Лідський опитувальник для оцінки залежності (LDQ)

LDQ (Raistrick et al., 1994) — це 10-пунктовий опитувальник, який ґрунтується на психологічному розумінні залежності та може бути застосований для оцінки залежності від будь-якої речовини. Показник LDQ, що перевищує 21 бал з 30 можливих, вказує на тяжку залежність. Повідомляється, що опитувальник LDQ має прийнятну конкурентну валідність порівняно з іншими інструментами, такими як SADQ ($R = 0,69$, $p < 0,0001$), не залежить від інших можливих коваріатів, таких як стать і вік, має високу внутрішню узгодженість (Heather et al., 2001) (на один фактор припадає 64,2% дисперсії) і високу ретестову надійність у різних групах населення (0,95) (Raistrick et al., 1994).

Також було виявлено, що LDQ є чутливим до змін у ході лікування в дорослих, залежних від алкоголю (Tober et al., 2000); однак, як видається, він демонструє ефект верхньої межі та не відображає тих, хто має тяжчу стадію залежності (Heather et al., 2001). Ford (2003) оцінив використання опитувальника LDQ у групі пацієнтів з психічними розладами і повідомив про відмінну внутрішню надійність і прийнятну конкурентну валідність з клінічним висновком. Автори дійшли висновку, що опитувальник LDQ є чутливим до ступеня залежності від психоактивних речовин і може застосовуватися в групі пацієнтів з тяжкими психічними розладами, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Також було виявлено, що LDQ має високу внутрішню узгодженість у вибірці "неповнолітніх правопорушників" (Lennings, 1999).

У групі молодих дорослих (від 18 до 25 років), які проходять стаціонарне лікування з приводу залежності від психоактивних речовин, опитувальник LDQ продемонстрував високу внутрішню узгодженість, прийнятну (але нижчу, ніж очікувалося) конкурентну валідність порівняно з критеріями залежності Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів, 4-те видання (DSM-IV) та відсоток днів утримання від вживання алкоголю (PDA) (Kelly et al., 2010). Крім того, в групі молодих дорослих (середній вік 20,3 року) LDQ має задовільну ретестову надійність і внутрішню узгодженість (Thomas & McCambridge, 2008).

Опитувальник LDQ є застосовним діагностичним показником тяжкості алкогольної залежності й, отже, може бути використаний для інших цілей у клінічних умовах, наприклад для визначення цілей лікування та контролю за

його результатами. Крім того, його проведення займає мало часу й він не потребує навчання персоналу для його застосування та підрахунку результатів. Опитувальник LDQ був розроблений і валідований у Великій Британії та є безкоштовним для використання.

5.19 ОЦІНКА ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ

5.19.1 Вступ

Добре відомо про причинно-наслідковий зв'язок між вживанням алкоголю та пов'язаними з ним проблемами, такими як несприятливі соціальні наслідки, фізичні захворювання та травми (Drummond, 1990; Rehm et al., 2009). Те, якою мірою проблеми спричинено вживанням алкоголем, означає, що пацієнти, які приходять на клінічне інтерв'ю, можуть зіткнутися зі значними проблемами, які є діагностично важливими для встановлення наявності в пацієнта шкідливого вживання алкоголю або алкогольної залежності.

За результатами початкового огляду Група з розробки настанови визначила один інструмент для включення в описовий огляд інструментів для оцінки проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем; це — Опитувальник для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (APQ) (Drummond, 1990). Було виявлено кілька інших опитувальників, які містять питання щодо проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, але вони змішані та мають інший концептуальний зміст (наприклад, симптоми залежності). Інформація про характеристики APQ узагальнена в таблицях 14 і 15.

5.19.2 Опитувальник для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (APQ)

Опитувальник APQ (Drummond, 1990) був розроблений для використання як клінічний інструмент і дозволяє оцінити проблеми, пов'язані лише з вживанням алкоголю, незалежно від наявності залежності. Опитувальник APQ складається з 44 пунктів (максимально можливий показник – 44 бали), які дозволяють оцінити вісім проблемних сфер (друзі, гроші, правопорушення, фізичне здоров'я, афективні проблеми, подружні стосунки, діти та робота). Перші п'ять сфер складаються з 23 пунктів, які є спільними для всіх людей. Максимальний загальний показник APQ становить 23 балів, по одному балу за кожен пункт.

В оригінальному дослідженні з валідації APQ Drummond (1990) повідомив, що загальний показник APQ (на основі спільних пунктів) з високою статистичною значущістю корелює із загальним показником опитувальника SADQ (R = 0,63) та кількістю випитого, як показано в пунктах SADQ, що стосуються вживання алкоголю (R = 0,53). Однак часткові кореляції (які контролюють кожен пункт, включений в аналіз) показали, що між проблемами,

пов'язаними з вживанням алкоголю, й алкогольною залежністю існує дуже значущий зв'язок, який не залежить від кількості спожитого алкоголю (Drummond, 1990). Williams і Drummond (1994) подібним чином повідомили про високо значущу кореляцію між загальними показниками опитувальників APQ і SADQ (R = 0,51), а також про значущу часткову кореляцію між загальними показниками опитувальників APQ і SADQ (з контролем за обсягом і частотою вживання алкоголю) (R = 0,37). Однак при контролі на залежність часткова кореляція між проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, оціненими за допомогою APQ, і вживанням алкоголю була низькою, що свідчить про те, що зв'язок між цими двома змінними може опосередковувати залежність (Williams & Drummond, 1994). Результати цих двох досліджень вказують на те, що опитувальник APQ має високу надійність і валідність для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, у залежних від алкоголю осіб. APQ є швидким і простим у використанні.

5.20 ОЦІНКА МОТИВАЦІЇ

Самоусвідомлення негативних наслідків вживання алкоголю, рівень мотивації та готовність змінити поведінку, пов'язану з вживанням алкоголю, дуже різняться в різних групах населення, які звертаються за лікуванням алкогольної залежності. Загальновизнано необхідність оцінки таких питань. Наприклад, Raistrick та колеги (2006) зазначають, що "розуміння мотивації пацієнта змінити поведінку щодо вживання алкоголю є ключем до ефективного лікування й може бути використане для прийняття рішення щодо конкретного запропонованого лікування". Для оцінки мотиваційного статусу було розроблено низку методів, які переважно пов'язані з циклом змін, розробленим Prochaska та DiClemente (1983), і призначені для визначення, на якій стадії цього циклу перебувають люди, що вживають алкоголь. Основними етапами змін є споглядання (коли здається, що людина не усвідомлює жодної проблеми), роздуми (усвідомлення та обдумування змін), підготовка (прийняття рішення про зміни, планування необхідних дій), дії (здійснення змін) та підтримка (робота з метою закріплення змін).

Під час початкового огляду Група з розробки настанови визначила два пов'язані між собою методи оцінки для можливого включення в описовий аналіз інструментів для оцінки мотивації у людей, які мають проблеми зі зловживанням алкоголем: Опитувальник для оцінки готовності до змін (RCQ) (Rollnick et al., 1992) і Опитувальник для оцінки готовності до змін — версія для лікування (RCQ-TV) (Heather et al., 1999). Оригінальний опитувальник RCQ призначений для осіб, які вживають алкоголь у шкідливий і небезпечний спосіб та не звертаються за лікуванням, тому він не розглядається в цьому огляді.

5.20.1 Опитувальник для оцінки готовності до змін — версія для лікування

Опитувальник RCQ-TV (Heather et al., 1999) був розроблений на основі оригінального опитувальника RCQ для використання в групі осіб, які зловживають алкоголем і звертаються за лікуванням. Обидві версії спрямовані на зменшення вживання алкоголю. Однак у версії для лікування також йдеться про відмову від вживання алкоголю. Опитувальник RCQ-TV складається з 15 пунктів і трьох підшкал (початковий етап, роздуми і дії). За кожен пункт можна отримати оцінку від -2 (повністю не погоджуюся) до +2 (повністю погоджуюся), з максимальним значенням +10 і мінімальним -10.

Heather та колеги (1999) виявили низьку кореляцію між оцінками за пункти та загальним показником для шкал "споглядання", "роздуми" та "дії" опитувальника RCQ-TV. Внутрішня узгодженість була від низької до помірної (коефіцієнт надійності Кронбаха коливався від 0,60 до 0,77 за підшкалами). Ретестова надійність була достатньою (R = від 0,69 до 0,86 за підшкалами). Що стосується конкурентної валідності, то учасники групи роздумів повідомили, що вживають більше алкоголю, ніж учасники групи дій, мали менше бажання кинути пити і повідомляли про меншу впевненість у спроможності кинути пити. Різні підшкали опитувальника RCQ-TV значуще корелювали з їхніми еквівалентами в Шкалі оцінки змін Університету Род-Айленда (URICA) (тобто спогляданням, роздумами та діями), хоча кореляції були невеликими за величиною (наприклад, R = від 0,39 до 0,56).

Учасники, які перебували на лікуванні понад 6 місяців або проходили будь-яке лікування, мали більше шансів опинитися в групі дій, ніж ті, хто лікувався менше ніж 6 місяців або не проходив жодного лікування ($x2 = 8,75$, $p < 0,005$). Подібно до цього, пацієнти, які спочатку були віднесені до групи дій, мали більше шансів на сприятливий результат під час подальшого спостереження, ніж ті, хто був у групі роздумів. Цей результат зберігся і при повторній класифікації учасників під час подальшого спостереження.

Heather і Hönekopp (2008) дослідили характеристики стандартної 15-пунктової версії, а також нової 12-пунктової версії опитувальника RCQ-TV у вибірці учасників Дослідження з лікування розладів, пов’язаного з вживанням алкоголю у Великій Британії (UKATT). Автори повідомили, що різниця між двома версіями була невеликою. Наприклад, внутрішня узгодженість 15-пунктової версії коливалася від a = 0,64 до 0,84 за підшкалами, а для 12-пунктової версії — від a = 0,66 до 0,85 за підшкалами. Обидві версії продемонстрували достатню узгодженість з показниками, отриманими зі збігом часу, при оцінці через 3 і 12 місяців подальшого спостереження. Heather і Hönekopp (2008) також оцінили конструктну валідність обидвох версій RCQ-TV, проаналізувавши їхню кореляцію з іншими важливими змінними, а саме: відсоток днів утримання від вживання алкоголю (PDA) та кількість стандартних порцій за один день вживання алкоголю (DDD) і проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю (оціненими за допомогою опитувальника APQ). Обидві

версії показали низьку кореляцію з цими показниками на вихідному рівні, але високу кореляцію через 3 і 12 місяців подальшого спостереження, що вказує на те, що RCQ-TV може мати високу прогностичну цінність. Однак коротша версія опитувальника краще прогнозувала результат (беззнакова прогностична цінність 12-пунктової версії коливалася в межах = від 0,19 до 0,43).

Оскільки опитувальник RCQ-TV був спеціально розроблений для групи осіб, які звертаються за лікуванням, він є корисним як для планування лікування, так і для контролю. Крім того, він займає мало часу для проведення й не потребує навчання персоналу для застосування. Хоча він захищений авторським правом, його можна отримати безкоштовно, зв'язавшись з оригінальними розробниками. Однак опитувальник RCQ-TV дуже вузько фокусується на мотивації та не додає значної цінності до того, що можна було б отримати в результаті добре структурованого клінічного інтерв'ю.

5.20.2 Узагальнення доказових даних

У наведеному вище описовому огляді визначено низку інструментів, використовуваних для оцінки кількох сфер зловживання алкоголем, які відповідали критеріям, викладеним на початку цього розділу, і які Група з розробки настанови вважає доцільними та прийнятними для використання в умовах Національної системи охорони здоров'я Великої Британії (NHS) або в інших подібних умовах. Ось вони:

- *Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)* — для ідентифікації випадків та початкової оцінки тяжкості проблеми.
- *Опитувальник для оцінки тяжкості алкогольної залежності (SADQ)* — для оцінки наявності та тяжкості алкогольної залежності.
- *Лідський опитувальник для оцінки залежності (LDQ)* — для оцінки наявності та тяжкості алкогольної залежності.
- *Опитувальник для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (APQ)* — для оцінки характеру і ступеня проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголю.
- *Опитувальник для оцінки готовності до змін — версія для лікування (RCQ-TV)* — для оцінки мотивації до зміни поведінки щодо вживання алкоголю.

Наведені вище інструменти оцінки можуть забезпечити максимальну ефективність лише тоді, коли вони використовуються в рамках структурованої клінічної оцінки пацієнта, характер і мета якої зрозумілі як медичному персоналу, так і пацієнту. Характер і мета оцінки залежать від того, що стало причиною її проведення (наприклад, прохання про допомогу від людини, яка занепокоєна своєю залежністю від алкоголю, або подальші обстеження після встановлення діагнозу захворювання печінки, що, як підозрюється, пов'язане з вживанням алкоголю).

У наступному розділі настанови розглянуто структури для надання послуг з оцінки. У цьому огляді наведено обставини, в яких розроблено рекомендації щодо проведення оцінки.

5.21 ОСОБЛИВІ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ — ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ

Не було виявлено інструментів оцінки, спеціально розроблених для людей старшого віку, які звертаються за лікуванням і зловживають алкоголем. Було розроблено низку інструментів оцінки для скринінгу серед людей старшого віку. Однак ці інструменти для скринінгу виходять за межі цієї настанови. Для ознайомлення з інструментами скринінгу зверніться до настанови з громадського здоров'я (NICE, 2010a).

5.22 ОСОБЛИВІ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ — ДІТИ ТА ПІДЛІТКИ

5.22.1 Вступ

Існує низка інструментів, які допомагають виявити та діагностувати зловживання алкоголем у дітей і підлітків. Розглядаючи питання розробки інструментів оцінки для дітей і підлітків, Група з розробки настанови взяла до уваги структуру, викладену в Моделях надання допомоги особам, які зловживають алкоголем (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a), але дійшла висновку, що структура послуг для дітей та підлітків, характер проблем, з якими стикаються діти, а також потреба в комплексному підході до лікування разом з послугами для дітей та підлітків свідчать про те, що ця модель послуг потребує значних змін. Після обговорення Група з розробки настанови вирішила зосередитися на двох основних сферах застосування інструментів оцінки:

1) Ідентифікація випадків/діагностична оцінка.
2) Комплексна оцінка.

Тому решта цього огляду присвячена цим двом напрямкам. Викладені нижче клінічні питання стосуються саме цих двох напрямків.

5.22.2 Клінічні питання

Клінічні питання, які розглянула Група з розробки настанови і на основі яких був проведений пошук, були такими:

а) Якими є найефективніші I) діагностичні інструменти та II) інструменти оцінки алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю в дітей та молоді (віком від 10 до 18 років)?

б) Якими є найефективніші способи контролю клінічного прогресу алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю у дітей та молоді (віком від 10 до 18 років)?

5.22.3 Визначення та мета огляду інструментів діагностики й оцінки алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю

Цей розділ було розроблено разом з оглядом інструментів оцінки, а також структури та формату оцінки надання послуг з лікування алкогольної залежності для дорослих. Стратегія визначення потенційних інструментів була такою самою, як і в огляді для дорослих. Розділ 5.15.2 містить інформацію про бази даних, в яких проводився пошук, протокол клінічного огляду та процедуру аналізу інструментів оцінки для включення в метааналіз діагностичної точності.

Як і для огляду інструментів для оцінки дорослих, початковим наміром було проведення кількісного огляду з оцінкою чутливості, специфічності та позитивної прогностичної цінності інструментів для виявлення, діагностики, оцінки та вирішення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, у дітей та молодих людей. Однак під час пошуку літератури не вдалося виявити достатньої кількості даних, які б дозволили провести кількісний огляд. У результаті було здійснено описовий аналіз інструментів, висновки якого представлено нижче. Для включення в описовий огляд інструментів оцінки були визначені такі критерії:

- інструмент оцінює насамперед вживання алкоголю, а не наркотиків;
- інструмент або був розроблений для використання серед дітей та молоді, або пройшов валідацію в цій групі населення;
- інструмент має визнані та задовільні психометричні дані (наприклад, валідність/надійність та чутливість/специфічність);
- інструмент оцінює широкий спектр проблемних сфер (наприклад, залежність, кількість/частота вживання алкоголю, проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, тощо);
- інструмент має сприятливі адміністративні властивості (наприклад, авторське право, вартість, час на проведення тощо).

5.22.4 Описовий аналіз інструментів оцінки для дітей та молоді

Ідентифікація випадків/діагностика

На основі огляду літератури, використовуючи зазначені вище критерії включення та невключення й характеристики, Група з розробки настанови визначила три інструменти для ідентифікації випадків у дітей та молодих людей. Це Шкала оцінки навчальної та спортивної ідентичності (AAIS) (Mayer & Filstead, 1979), Діагностичне інтерв'ю для підлітків (ADI) (Harrell & Wirtz, 1985) та AUDIT (Babor et al., 2001). І AAIS, і ADI були розроблені для використання серед підлітків. Однак AAIS не було належним чином валідовано, а ADI, попри те що має достатні дані щодо надійності та валідності, не використовується у Великій Британії на постійній основі. Як і в огляді інструментів оцінки дорослих, тест AUDIT виявився найдоцільнішим і найпридатнішим для використання як інструмент ідентифікації випадків/діагностики. Огляд психометричних властивостей і характеристик

AUDIT див. у розділі 5.18.1. Для молодих людей, які використовували тест AUDIT, було оцінено потребу в переглянутому пороговому значенні. Chung та колеги (2000) рекомендували змінити тест AUDIT таким чином, щоб він більше підходив для молодих людей. Два дослідження з використанням репрезентативних популяцій вказують на те, що порогове значення має становити 4 або більше балів (Chung et al., 2000; Santis et al., 2009).

Комплексні інструменти оцінки

У межах систематичного огляду та пов'язаних із ним пошукових стратегій було визначено низку інструментів клінічних інтерв'ю, які забезпечують комплексну оцінку зловживання алкоголем саме серед дітей і молоді. Це: Індекс вживання алкоголю підлітками (ADI) (Winters & Henly, 1993); Комплексний індекс тяжкості залежності для підлітків (CASI-A) (Meyers et al., 1995); Протокол звичного вживання алкоголю та наркотиків (CDDR) (Brown et al., 1998); Діагностичне інтерв'ю-перелік для дітей (DISC) (Piacentini et al., 1993); Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-IV (SCID) SUDM (Martin et al., 1995a); Діагностичний перелік ознак захворювань, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, 4-е видання (SUDDS-IV) (Hoffman & Harrison, 1995); та Індекс тяжкості підліткової залежності (T-ASI) (Kaminer et al., 1991). На основі викладених вище критеріїв інструментами клінічного інтерв'ю, які відповідають критеріям включення і використано в цьому описовому огляді, є ADI, DISC і T-ASI (характеристики цих інструментів наведені в таблиці 17 нижче). Група з розробки настанови прийняла консенсусне рішення про невключення CASI-A, CDDR, SCID SUDM і SUDDS-IV до описового огляду, оскільки ці інструменти були розроблені для використання лише серед підлітків старше ніж 16 років, а отже, можуть бути непридатними для використання серед дітей молодшого віку. Характеристики цих невключених інструментів наведено в таблиці 16.

Індекс вживання алкоголю підлітками (ADI)

ADI – це комплексний інструмент оцінки, який забезпечує психіатричну діагностику зловживання алкоголем або алкогольної залежності у підлітків віком від 12 до 18 років на основі Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів, третя редакція, переглянута (DSM-III-R). Окрім "зловживання"/"залежності" від психоактивних речовин та алкоголю, ADI також дозволяє оцінити низку інших проблем, таких як психосоціальні стреси, когнітивні порушення, шкільне та міжособистісне функціонування. Повідомляється, що ADI як клінічний інструмент має високу міжекспертну надійність (зловживання алкоголем = 0,86; залежність від алкоголю = 0,53), ретестову надійність (0,83), значущу конкурентну валідність для всіх змінних (діапазон від 0,58 до 0,75), адекватну критеріальну валідність, визначену шляхом узгодження з оцінкою клініциста (зловживання алкоголем k = 0,71; залежність від алкоголю k = 0,82), а також високі чутливість і специфічність щодо зловживання алкоголем (обидва показники – 0,87) і залежності від

алкоголю (відповідно 0,90 і 0,95).(Winters & Henly, 1989; Winters et al., 1993). Оцінка за допомогою ADI займає 50 хвилин; індекс можна отримати від розробника за окрему плату.

Діагностичне інтерв'ю-перелік для дітей (DISC)

DISC дозволяє діагностувати "залежність" або "зловживання" алкоголем на основі критеріїв Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів, 4-е видання (DSM-IV). Було встановлено, що він є високочутливим у виявленні молодих людей, у яких раніше діагностували розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (чутливість = 75%) (Fisher et al., 1993). Однак, хоча було встановлено, що DISC має прийнятні характеристики надійності та валідності, це стосується психічних розладів, не пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (див. Jensen et al., 1995; Piacentini et al., 1993; Schaffer et al., 1996; Schwab-Stone et al., 1996). Крім того, оцінка за допомогою DISC займає відносно багато часу (від 1 до 2 годин); DISC захищений авторським правом.

Індекс тяжкості підліткової залежності (T-ASI)

T-ASI – це напівструктуроване клінічне інтерв'ю, призначене для забезпечення надійного та валідного показника оцінки зловживання психоактивними речовинами серед підлітків. Опитувальник складається з 126 пунктів, які дозволяють оцінити ступінь тяжкості вживання психоактивних речовин, функціонування у школі чи на роботі, сімейне функціонування, соціальні стосунки з однолітками, правовий статус і психічний статус. T-ASI має задовільну міжекспертну надійність (R = 0,78), і було встановлено, що є корисним як для клінічної ідентифікації алкогольної

Таблиця 17: Характеристики інструментів клінічного інтерв'ю для дітей та підлітків, включених до описового огляду

Інструмент оцінки	**Кількість пунктів і формат**	**Час на проведення та хто проводить опитування**
		Навчання, необхідне для проведення; час для підрахунку результатів; хто проводить
Діагностичне інтерв'ю для підлітків (ADI)	213 питань (не всі), структуроване інтерв'ю	Приблизно 50 хвилин (залежить від кількості вживаних речовин), підготовлений персонал
		Так; 15-20 хвилин; підготовлений персонал
Діагностичне інтерв'ю-перелік для дітей (DISC)	Змінна, залежно від оцінюваного модуля,	Від 1 до 2 годин; підготовлений персонал

	структуроване інтерв'ю	
	Алгоритми підрахунку результатів надаються Національним інститутом психічного здоров'я Великої Британії — DISC	Ні; негайний; комп'ютерна програма
Індекс тяжкості підліткової залежності (T-ASI)	154 пункти (сім підшкал), структуроване інтерв'ю	Від 20 до 45 хвилин; підготовлений персонал
		Так; 10 хвилин; непідготовлений персонал

залежності або шкідливого вживання алкоголю, так і для оцінки змін ступеня тяжкості з часом у відповідь на лікування, а отже, може бути застосований як інструмент контролю результатів лікування (Kaminer et al., 1991). Kaminer та колеги (1993) також встановили, що індекс T-ASI дозволяє ефективно розрізняти підлітків віком від 12 до 17 років з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, й без них, як це визначено в DSM-III-R. Також T-ASI має додаткову перевагу, оскільки його можна провести менш ніж за 30 хвилин, він є безкоштовним у використанні і не захищений авторським правом.

Щодо дітей і підлітків не було виявлено жодних інструментів для оцінки проблем, пов'язаних із алкоголем, таких як APQ для дорослих, а також не було виявлено жодного специфічного інструменту, такого як RCQ-TV для оцінки мотивації.

Використання біологічних маркерів

Огляд зловживання алкоголем серед дорослих показав, що жодні конкретні біологічні маркери не мають цінності для діагностики шкідливого або залежного вживання алкоголю. З огляду на те, що клінічно значущі зміни рівнів печінкових ферментів рідко зустрічаються у дорослих, навіть у осіб з підтвердженою алкогольною залежністю (Clark et al., 2001), видається малоймовірним, що стандартне використання таких біологічних маркерів має цінність у дітей та молоді. Однак використання аналізу сечі або дихального тесту для визначення наявності під час лікування та/або оцінки зловживання наркотиками або алкоголем може бути корисним для оцінки правдивості загальної оцінки, але не повинно використовуватися як діагностичний маркер.

5.22.5 Узагальнення доказових даних

Група з розробки настанови визначила, що опитувальник AUDIT підходить для виявлення випадків зловживання алкоголем серед дітей та молоді, але за умови коригування порогових значень у бік зменшення до 4 балів або вище. Крім того, слід розглянути можливість зміни пунктів опитувальника AUDIT, щоб зробити їх актуальними для підлітків. Переваги, визначені для дорослих (стислість, простота в застосуванні та підрахунку результатів), залишаються незмінними.

За результатами огляду інструментів для проведення комплексної оцінки в дітей та молоді було визначено три можливих інструменти – ADI, DISC та T-ASI. В огляді було відзначено низку проблем з опитувальником DISC, зокрема, щодо групи населення, в якій він був стандартизований, його тривалості та вартості. Інші два інструменти (ADI та T-ASI) відповідають обраним Групою з розробки настанови критеріям, і тому обидва можуть бути використані як частина комплексної оцінки зловживання алкоголем. Однак, у той час як T-ASI є безкоштовним для використання, ADI можна отримати лише за грошову плату. Крім того, T-ASI цінний як інструмент контролю результатів і, хоча, можливо, займає забагато часу для стандартного використання (30 хвилин), він може мати цінність як показник результатів для періодичного контролю. Як і для оцінки дорослих, ці інструменти повинні використовуватися та інтерпретуватися підготовленим персоналом. Під час комплексного інтерв'ю слід оцінити не лише наявність розладу, пов'язаного із вживанням алкоголю, а й інші супутні та соціальні проблеми, потреби в розвитку, освітній та соціальний прогрес, мотивацію та самоефективність, а також ризики. Дитина/молода людина може бути правоздатною для надання згоди на лікування; це залежить від віку, дієздатності дитини та оцінки її правоздатності. Якщо це доречно, слід отримати згоду від батьків або опікунів. За можливості оцінка повинна бути спрямована на встановлення мети лікування як "відмова від вживання алкоголю".

5.23 СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ОЦІНОЧНОГО ІНТЕРВ'Ю

5.23.1 Вступ

При складанні цього розділу Група з розробки настанови спиралася на публікації щодо структуризації та умов надання послуг з лікування алкогольної залежності (Моделі лікування осіб, які зловживають алкоголем (MoCAM); Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a), а також на дві нещодавні настанови Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги, Велика Британія (NICE) щодо лікування та ведення проблем, пов'язаних із алкоголем (NICE, 2010a та 2010b). Настанови NICE були особливо важливими для визначення контексту та меж цього огляду. Цілі та компоненти оцінки зловживання алкоголем викладені у працях багатьох

авторів, зокрема Edwards та колег (2003), MoCAM (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a) та Raistrick та колег (2006).

У наступних розділах досить детально описано основні аспекти зловживання алкоголем. Ступінь, у якому вони розглядаються в наведеному нижче описі різних систем оцінювання, залежить від потреб пацієнта, служби, в якій проводиться оцінка, конкретної мети оцінки та компетентності персоналу, який проводить оцінку. Проте весь персонал, який проводить оцінку зловживання алкоголем, повинен бути ознайомлений з описаними нижче питаннями.

5.23.2 Вживання алкоголю та пов'язані з ним наслідки

Для виявлення шкідливого вживання алкоголю або алкогольної залежності необхідно розглянути три сфери: обсяг і частота вживання алкоголю, ознаки алкогольної залежності та проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю (Allen, 2003; Edwards et al., 2003). Слід пам'ятати, що для встановлення діагнозу шкідливого вживання алкоголю необхідно виключити алкогольну залежність, а тому ознаки залежності необхідно розглянути у всіх осіб, які проходять діагностичне клінічне інтерв'ю (МКХ-10; ВООЗ, 1992). Було визначено, що вихідний рівень обсягу й частоти вживання алкоголю та ступінь тяжкості алкогольної залежності є потенційно значущими предикторами результату лікування (Adamson et al., 2009).

Обсяг і частота вживання

Встановлено, що на шкідливі наслідки вживання алкоголю впливають як обсяг, так і характер вживання алкоголю (Rehm et al., 2004). Тому корисною відправною точкою є оцінка типового щоденного та щотижневого вживання алкоголю та порівняння отриманих результатів з рекомендованими рівнями вживання алкоголю.

Пацієнти можуть перебувати на різних стадіях циклу вживання алкоголю, тому важливо визнати, що поточна відсутність вживання алкоголю не виключає діагностування у пацієнта розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю (ВООЗ, 1992). Тому важливими частинами оцінки є аналіз поточного стану вживання алкоголю пацієнтом, переважного типу вживаного алкоголю/марки, ситуації, в якій це відбувається, а також загальної кількості випитого (Edwards et al., 2003; MoCAM; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). Зазвичай для оцінки обсягів і частоти вживання спираються на дані про вживання алкоголю, отримані від респондентів. Sobell і Sobell (2003) розглянули попередні огляди валідності та надійності самозвітування про вживання алкоголю і виявили підвищену точність у осіб: I) які не вживали алкоголь під час опитування; II) які отримали письмові запевнення про конфіденційність; III) яких було опитано в середовищі, яке заохочує відкритість і чесність; IV) яким ставили чітко сформульовані запитання; і V) яким надавали допоміжні засоби для пригадування вживання алкоголю (наприклад, щоденники вживання алкоголю), оскільки опитуванні, в організмі яких був виявлений алкоголь, мали

тенденцію знижувати обсяг і частоту вживання. У попередніх оглядах підтримано розпитування пацієнта про типовий день вживання алкоголю (Edwards et al., 2003; Rollnick et al., 1999). Зосередження уваги на типовому дні вживання алкоголю дозволяє медичному персоналу сконцентруватися на тому, що зазвичай відбувається за відсутності інших факторів, які можуть впливати на значні коливання у вживанні алкоголю (наприклад, стрес, фінансові та життєві події) та які можуть вводити в оману. Регулярне вживання алкоголю у великих кількостях може свідчити про толерантність до алкоголю, яка тісно пов'язана з алкогольною залежністю та подальшим СВ.

Щоб виявити значущі, діагностично важливі патерни вживання алкоголю, необхідно розглянути еволюцію поточного вживання алкоголю пацієнтом у часі. При більш детальній оцінці концепція віх вживання алкоголю може допомогти виявити значні випадки, пов'язані з вживанням алкоголю, з моменту першого вживання до теперішніх патернів вживання алкоголю. Edwards та колеги (2003) пропонують включити такі віхи, як вік першого вживання алкоголю, перше вживання алкоголю на вихідних, перше щоденне вживання алкоголю та початок вживання алкоголю в нинішніх обсягах. Крім того, важливо зафіксувати усвідомлення пацієнтом таких моментів: коли він вперше відчув, що алкоголь є проблемою; найважчий період вживання алкоголю; а також значні періоди, коли він відчував себе вільним від вживання алкоголю. З'ясування типових кількостей алкоголю, які пацієнт вживав у важливі віхи, допоможе виявити розвиток потенційного зловживання алкоголем.

Залежність

Люди, залежні від алкоголю, пристосовуються до присутності або відсутності алкоголю в організмі. Регулярне вживання алкоголю може призвести до змін у центральній нервовій системі, які адаптують до депресивного впливу алкоголю на організм і компенсують його. Якщо така адаптація відбувається, ці зміни можуть також призвести до гіперзбудження центральної нервової системи при зниженні рівня вживання алкоголю, що призводить до характерних симптомів стану відміни. Ретельний розгляд шести індивідуальних критеріїв алкогольної залежності дозволить підтвердити діагноз і допоможе пацієнту зрозуміти і визнати стан, який він переживає (Edwards et al., 2003). Загальноприйнято, що комплексна оцінка повинна охоплювати низку аспектів залежності, зокрема толерантність, нехтування діяльністю та інтересами, компульсивність, фізіологічний стан відміни та вживання алкоголю всупереч проблемам (Maisto et al., 2003).

Толерантність

Люди, які регулярно вживають алкоголь, стають толерантними до впливу алкоголю на центральну нервову систему (Kalant, 1996). На розвиток толерантності до алкоголю впливає низка індивідуальних факторів, зокрема метаболічні, середовищні та набуті фактори (Tabakoff et al., 1986). Не існує простого клінічного інструменту для безпосереднього вимірювання

толерантності до алкоголю. Однак, про толерантність свідчать збільшення обсягів і частоти вживання алкоголю і зменшення ефекту від однієї і тієї самої кількості алкоголю з часом. Вплив концентрації алкоголю в крові на людину зменшується в міру розвитку толерантності (Hoffman & Tabakoff, 1996), але навіть у толерантних людей вживання алкоголю в значних кількостях все одно погіршує функціонування та судження. Проте люди з дуже високою толерантністю до алкоголю можуть толерувати високу концентрацію алкоголю в крові, яка була б смертельною для людини, що не має толерантності до алкоголю.

Стан відміни

Медичний персонал повинен розуміти та розпізнавати особливості алкогольного СВ, щоб точно поставити діагноз алкогольної залежності. Симптоми СВ необхідно диференціювати від інших клінічних характеристик і станів, які можуть проявлятися подібним чином.

Симптоми СВ охоплюють такі:

- Тремор
- Нудота
- Пітливість
- Порушення настрою, зокрема збудження та тривожність
- Порушення режиму сну
- Гіперакузія – чутливість до звуку
- Гіпертермія – підвищення температури тіла
- Тахікардія – прискорене серцебиття
- Прискорене дихання
- Тактильні та/або візуальні порушення – свербіж, печіння тощо. Тяжкі симптоми СВ охоплюють:
- Галюцинації – слухові, зорові та/або тактильні
- Судомні напади, пов’язані зі станом відміни – великі епілептичні напади
- Алкогольний делірій – сильний тремор, збудження, гарячка, тахікардія, глибока сплутаність свідомості, марення та галюцинації.

У людей з помірною або тяжкою алкогольною залежністю розвивається гострий алкогольний стан відміни при різкій відмові або суттєвому зменшенні вживання алкоголю. Люди з легкою залежністю можуть відчувати легші симптоми СВ, зокрема пітливість, нудоту та легкий тремор, але зазвичай вони не потребують медичного лікування. Симптоми СВ розвиваються вже через 6-8 годин після різкого скорочення або припинення вживання алкоголю.

У таблиці 18 проілюстровано симптоми СВ залежно від часу, що минув з моменту останнього вживання алкоголю. Час від останнього вживання алкоголю до появи симптомів СВ скорочується зі збільшенням ступеня залежності, так що люди з тяжкою алкогольною залежністю можуть почати відчувати СВ вже через кілька годин після останнього вживання алкоголю.

Людина може розповідати про вживання алкоголю, щоб уникнути або полегшити наслідки СВ, що ще більше підтверджує її залежність від алкоголю.

Компульсивне вживання алкоголю

Про компульсивне вживання алкоголю зазвичай повідомляють, якщо залежна від алкоголю людина намагається контролювати або припинити його вживання. Це явище описують як

Таблиця 18: Хронологія появи симптомів стану відміни

Час від останнього вживання алкоголю	Симптоми стану відміни
Початок: 6-8 годин Пік: від 10 до 30 годин Затухання: від 40 до 50 годин	Загальна гіперактивність, тремор, пітливість, нудота, блювання, коливання настрою, тахікардія, прискорене дихання, артеріальна гіпертензія та легка піреxсія
Початок: від 0 до 48 годин	Судомні напади, пов’язані з СВ
Початок: 12 годин Тривалість: від 5 до 6 днів	Можуть розвинутися слухові та зорові галюцинації, які мають характерні страхітливі ознаки
Початок: від 48 до 72 годин	Алкогольний делірій (АД): сильний тремор, збудження, гарячка, тахікардія, глибока сплутаність свідомості, марення та галюцинації

пориви або потяг (Drummond & Phillips, 2002). Інтенсивність потягу тісно пов'язана зі ступенем залежності. Певні ситуації та емоційні стани (сигнали) впливають на наявність та інтенсивність потягу до вживання алкоголю, оскільки вони можуть бути важливим фактором, що прискорює майбутні епізоди вживання алкоголю (Drummond, 2000). Не всі люди з алкогольною залежністю повідомляють про потяг до алкоголю, а сам собою потяг не обов'язково призводить до рецидиву. Однак для деяких пацієнтів це може бути неприємним і тривожним симптомом.

Нехтування важливими діяльністю та інтересами

Люди, залежні від алкоголю, можуть описувати зменшення або зміну своєї участі в діяльності, яку вони вважають важливою (Edwards & Gross, 1976). У міру того, як значущість алкоголь зростає, потреба в отриманні, споживанні та/або відновленні після надмірного вживання алкоголю стає дедалі пріоритетнішою в їхньому житті порівняно зі звичними обов'язками й інтересами. Важливо визначити, наскільки важливим для людини є алкоголь, проаналізувавши її минулі та теперішні інтереси.

Вживання алкоголю всупереч проблемам, пов’язаним із ним

Проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, можуть виникати й за відсутності алкогольної залежності (нещасні випадки, проблеми із законом тощо). Однак людина, залежна від алкоголю, може продовжувати вживати алкоголь, попри те, що відчуває шкідливий вплив алкоголю, наприклад, ураження печінки та депресивний настрій (Edwards & Gross, 1976). Людина може продовжувати пити, всупереч критиці з боку сім'ї, друзів і колег. Буває важко встановити проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, оскільки людина може не бачити зв'язку між вживанням алкоголю та його наслідками або соромитися обговорювати ці проблеми. Частина процесу оцінки полягає в тому, щоб допомогти людині встановити ці причинно-наслідкові зв'язки за допомогою методів мотиваційного інтерв'ювання.

Інші психоактивні речовини, що спричиняють зловживання

Оцінка зловживання алкоголем часто ускладнюється наявністю супутніх станів; ці стани, а також їхні наслідки для оцінки описані нижче.

Коморбідна залежність від вживання опіоїдів та алкоголю

У службах лікування опіоїдної залежності від чверті до третини пацієнтів мають проблеми з алкоголем (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2007). Крім того, прогноз для цієї групи може бути несприятливим, оскільки багато пацієнтів демонструють незначні зміни в поведінці щодо вживання алкоголю. У нещодавньому систематичному огляді, присвяченому вивченню впливу замісної підтримувальної терапії метадоном на вживання алкоголю, дійшли висновку, що вживання алкоголю навряд чи зменшиться лише завдяки участі в таких програмах, оскільки більшість досліджень не зафіксували жодних змін (Srivastava et al., 2008). У Національному дослідженні результатів лікування у Великій Британії (UK National Treatment Outcome Research Study) на початку дослідження 25% людей, які зловживали опіатами, вживали багато алкоголю (понад 10 стандартних порцій алкоголю на день), та через 4-5 років це продовжували робити близько чверті (Gossop et al., 2003).*Коморбідна залежність від вживання кокаїну та алкоголю*

Вживання кокаїну в Англії зростає (NHS Information Centre & National Statistics, 2009), а коморбідна залежність від вживання кокаїну та алкоголю є поширеним явищем, яке важко піддається лікуванню. У Великій Британії мало відомо про рівень цієї коморбідності в службах лікування алкогольної залежності. У дослідженні "Епідеміологічний регіон США" (US Epidemiological Catchment Area) 85% пацієнтів з кокаїновою залежністю були також залежними від вживання алкоголю (Regier et al., 1990). У вибірці з 298 споживачів кокаїну, які звернулися за лікуванням, 62% мали алкогольну залежність протягом життя (Carroll et al., 1993). У вибірці людей, які зверталися до наркологічних закладів (переважно через опіатну залежність та зловживання кокаїном), зловживання алкоголем було поширеним явищем. Ті, хто вживав кокаїн у вигляді порошку,

були схильніші до зловживання алкоголем, ніж ті, хто вживав крек-кокаїн (Gossop et al., 2006).

При спільному вживанні кокаїн та алкоголь взаємодіють, утворюючи кокаетилен — активний метаболіт, період напіврозпаду якого втричі перевищує період напіввиведення кокаїну. Крім того, алкоголь інгібує певні ферменти, що беруть участь у метаболізмі кокаїну, тому може підвищувати його концентрацію приблизно на 30% (Pennings et al., 2002). Це призводить до посилення ефекту через присутність кокаетилену, який має схожу з кокаїном дію і довший період напіввиведення. Наприклад, спільне вживання кокаїну та алкоголю призводить до більшої ейфорії та прискорення серцебиття порівняно з вживанням кожної з цих речовин окремо (McCance-Katz et al., 1993; див. Pennings et al., 2002).

Коморбідна залежність від вживання алкоголю та бензодіазепінів

Вживання бензодіазепінів є поширенішим явищам серед пацієнтів, які зловживають алкоголем, ніж у загальній популяції, причому дослідження повідомляють про поширеність на рівні від 10 до 20% (Ciraulo et al., 1988; Busto et al., 1983). У групі тяжчих пацієнтів цей показник може сягати 40%, що подібно до того, як це спостерігається у психіатричних пацієнтів. Частина осіб, які зловживають алкоголем і приймають бензодіазепіни, стають залежними від бензодіазепінів. У частини людей залежність від бензодіазепінів почала зростати після того, як їм виписати рецепт на лікування СВ за допомогою бензодіазепінів, а потім неодноразово поновлювали його. Для інших пацієнтів ці препарати могли бути призначені для лікування тривоги або безсоння, але потім не були скасовані відповідно до чинних настанов.

Коморбідна залежність від вживання алкоголю та нікотину

Багато пацієнтів, які зловживають алкоголем, курять сигарети, що призводить до додаткового тягаря захворюваності та смертності на додаток до зловживання алкоголем. За оцінками, поширеність куріння становить близько 40% у популяційних дослідженнях розладів, пов'язаних із зловживанням алкоголю, і до 80% серед людей з алкогольною залежністю, які звертаються за лікуванням (Grant et al., 2004b; Hughes, 1995). Поширеність цієї коморбідності вища серед чоловіків, ніж серед жінок, і серед молодих людей порівняно з людьми старшого віку (Falk et al., 2006). Коморбідна залежність від вживання нікотину та алкоголю нещодавно була всебічно розглянута в роботі Kalman та колег (2010).

Мотивація та самоефективність

Оцінка готовності людини до лікування може істотно відрізнятися і є предметом численних дискусій. Така оцінка може бути ефективною як самостійне втручання; було доведено, що вона впливає на зміну поведінки (McCambridge & Day, 2008), підвищуючи впевненість людини в можливості змін, які можуть призвести до зменшення вживання алкоголю (Rollnick et al.,

1999). Було визначено, що важливими аспектами ефективного залучення до лікування людини, яка зловживає алкоголем є чутливість до потреб пацієнта, розвиток взаєморозуміння та терапевтичний альянс (Najavits & Weiss, 1994; Raistrick et al., 2006; Edwards et al., 2003). Дійсно, існують докази того, що передчасне зосередження на зборі інформації та завершенні процесу оцінки може негативно вплинути на залучення до лікування (Miller & Rollnick, 2002). При застосуванні такого підходу існують певні докази того, що початковий низький рівень мотивації не обов'язково є перешкодою для ефективної оцінки та подальшого проходження лікування (Miller & Rollnick, 2002). Відкритість до обговорення, спрямованого на розуміння причин звернення людини за допомогою та цілей, яких вона хоче досягти, також позитивно асоціюється з участю в оцінці та лікуванні (Miller, 1996). Після завершення оцінки можна визнати особисті цілі людини щодо вживання алкоголю і використовувати їх як основу для переговорів щодо лікування (Adamson et al., 2010).

Проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, проявляються в різних ситуаціях, часто одночасно (наприклад, людина може мати депресивний стан під час надання первинної медичної допомоги після не тривалої госпіталізації з приводу гострого панкреатиту, обидва випадки пов'язані з надмірним вживанням алкоголю). Тому ефективні системи оцінки повинні бути пов'язані з не менш ефективною комунікацією між тими, хто бере участь в обслуговуванні та лікуванні людей з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю (Maisto et al., 2003). Для забезпечення максимальної безпеки та ефективності лікування слід заохочувати обмін інформацією між різними закладами (MoCAM; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a).

5.24 СТРУКТУРА ОЦІНКИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ

Як зазначалося вище, виявлення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, рідко буває простим і може охоплювати широкий спектр умов та закладів. Ця складність часто супроводжується потребою в комплексній оцінці та визначенні відповіді на лікування. Тому важливо, щоб існували чіткі структури для виявлення та оцінки наявних проблем, вибору найдоцільнішого варіанту лікування й за необхідності відповідного перенаправлення. У цьому розділі розглядаються доказові дані, хоча й обмежені, щодо організації та впровадження систем оцінки. При цьому він спирається не тільки на доказові дані, які безпосередньо стосуються організації та надання допомоги (див. розділ 2 цієї глави), але й на докази, розглянуті в двох інших настановах NICE: щодо профілактики й раннього виявлення небезпечного та шкідливого вживання алкоголю (NICE, 2010a) та щодо лікування фізичних ускладнень, пов'язаних із вживанням алкоголю (NICE, 2010b). Цей розділ також спирається на інші частини цієї настанови, в яких розглядаються доказові дані, що стосуються структури оцінки зловживання алкоголем. Слід зазначити, що описана в цій настанові структура оцінки безпосередньо не стосується опортуністичного скринінгу на небезпечне та шкідливе вживання алкоголю, який розглядається в

настанові NICE (2010a) щодо профілактики й ранньої діагностики. Однак важливо, щоб у структурі оцінки враховувалися як ті, хто звертається за лікуванням, так і ті, хто не відповідає на короткострокові втручання.

При розробці системи оцінки особливо важливими були докази, наведені в розділі 2 цієї глави, що стосуються систем поетапної допомоги. При огляді доказових даних не було отримано переконливих доказів того, що існують значні відмінності в структурі поетапної допомоги, викладеної в Моделях надання допомоги особам, які зловживають алкоголем (MoCAM; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a), розроблених Національним агентством з питань лікування. Спираючись на концепцію MoCAM, можна запропонувати чотирирівневу концепцію оцінки (та лікування) шкідливого вживання алкоголю та алкогольної залежності[33]:

1. Ідентифікація випадків/діагностика.
2. Оцінка стану відміни.
3. Сортувальна оцінка.
4. Комплексна оцінка.

У наведених нижче чотирьох рівнях враховується широкий підхід до проведення оцінки та втручань у різних закладах та умовах, зокрема в закладах первинної медико-санітарної допомоги, закладах третинного рівня, установах кримінальної юстиції, лікарнях невідкладної допомоги та спеціалізованих служб, що надають послуги з лікування алкогольної залежності. Слід зазначити, однак, що ця модель не вимагає суворого дотримання поетапного підходу, оскільки оцінка СВ може слідувати за сортуванням і комплексною оцінкою. Оцінка СВ не була включена в систему оцінки MoCAM як окремий алгоритм оцінки, але, на думку Групи з розробки настанови, заслуговує на окреме включення в цю настанову. Оцінка СВ — це сфера клінічного ведення, яка часто вимагає негайного втручання. Це особливо очевидно, коли залежна від алкоголю особа може переживати стан відміни внаслідок госпіталізації у відділення інтенсивної терапії (NICE, 2010b) через гострі проблеми зі здоров'ям або коли вона нещодавно потрапила до в'язниці.

Структура для оцінки (див. малюнок 4) відповідає чотирьохступеневій концептуальній структурі, описаній в MoCAM (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a), а також

Рисунок 4: Рівні оцінки

Рівень 1: Ідентифікація випадків/діагностика	Підготовлений і компетентний персонал у всіх службах, що надають втручання 1-4 ступенів.
Рівень 2: Оцінка стану відміни	Підготовлений і компетентний персонал у всіх службах, що надають

[33] Терміни "рівні" та "ступені" запозичено з MoCAM (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a) для полегшення розуміння та впровадження.

	втручання 1-4 ступенів.
Рівень 3: Сортувальна оцінка	Підготовлений і компетентний персонал у всіх службах, що надають втручання 2-4 ступенів.
Рівень 4: Комплексна оцінка	Підготовлений і компетентний персонал у всіх службах, що надають втручання 3-4 ступенів. (і деякі інтервенції рівня 2)

припускає, що тільки кваліфікований персонал буде здійснювати елементи оцінки. У Національних професійних стандартах з питань наркотиків та алкоголю (DANOS) (Skills for Health, 2002 та Skills for Care[34]) визначені навички, необхідні для проведення оцінки та втручань у рамках чотирьохступеневої системи. Різні рівні оцінки вимагають різного рівня компетентності, спеціальних навичок та досвіду для проведення складніших оцінок.

5.25 СТРУКТУРА ОЦІНКИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ

5.25.1 Ідентифікація випадків та діагностика

Цілі

Ідентифікація випадків і, як наслідок, діагностика спрямовані на виявлення осіб, які потребують інтенсивного планового лікування через можливу алкогольну залежність, осіб зі шкідливим вживанням алкоголю, які потребують короткострокових втручань бо не відповіли на них, а також тих, хто має супутні проблеми, які можуть ускладнити лікування зловживання алкоголем.

Враховуючи загальну поетапну структуру, в якій проводиться оцінка, очікується, що цей рівень допомоги матиме дві основні цілі:

а) Виявити осіб, які потребують втручання (див. розділи 6 і 7) через шкідливу або алкогольну залежність.

б)Виявити тих, хто може потребувати перенаправлення на комплексну оцінку та/або оцінку СВ, включаючи тих, які:

- не відповіли на розширене короткострокове втручання,
- мають помірну або тяжку алкогольну залежність або іншим чином можуть потребувати медикаментозної підтримки СВ,

34 Див. www.skillsforcare.org.uk.

- мають ознаки клінічно значущих розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (наприклад, захворювання печінки або значні психічні розлади, пов'язані з вживанням алкоголю).

Умови

Ідентифікація випадків та діагностика повинні здійснюватися всіма медичними та суміжними службами (наприклад, лікарями загальної практики, відділеннями невідкладної допомоги, соціальними службами у справах дітей та сім'ї, а також спеціалізованими установами з лікування розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю).

Метод

На цьому рівні оцінки слід враховувати:

- встановлення ймовірної наявності розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю;
- обсяг вживання алкоголю (в порціях[35] алкоголю на день або на тиждень);
- за наявності розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю, розмежування шкідливого вживання алкоголю від алкогольної залежності;
- встановлення наявності ризиків (наприклад, самоушкодження, заподіяння шкоди іншим, надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я/психічного здоров'я та захисту дітей);
- з'ясування спроможності дати згоду на лікування або подальше перенаправлення;
- досвід та результати попереднього(-іх) втручання(-нь);
- з'ясування готовності до подальшого обстеження та/або лікування;
- встановлення наявності можливих співіснуючих спільних проблем (наприклад, додаткове зловживання психоактивними речовинами, медичні, психіатричні та соціальні проблеми);
- визначення терміновості перенаправлення та/або обстеження для лікування алкогольного стану відміни.

Варіанти лікування, які слідують одразу після цієї первинної оцінки, за винятком медикаментозної підтримки алкогольної СВ, повинні бути зосереджені на шкідливому або залежному вживанні алкоголю. Значна кількість людей, можливо, вже отримували короткочасне втручання та не отримали від нього користі; якщо це так, то людину потрібно направити на комплексну оцінку. На рисунку 5 показано схему надання допомоги для ідентифікації випадків та встановлення можливого діагнозу для дорослих.

---

35 Визначення порції алкоголю у Великій Британії відрізняється від визначень стандартних порцій у деяких інших країнах. Наприклад, британська порція містить на дві третини менше етанолу, ніж "стандартна порція" у США

5.25.2 Рівень 2: оцінка стану відміни

Цілі

Оцінка потреби в медикаментозному лікуванні стану відміни, потенційних ризиків (наприклад, алкогольного делірію або судом) і оптимальних умов для лікування стану відміни. Ключовим фактором є визначення місця лікування стану відміни – у громаді, в стаціонарі чи вдома. Цей розділ настанови слід розглядати разом з розділом цієї настанови про заплановану медикаментозну підтримку стану відміни, а також ознайомитися з настановою щодо ведення незапланованого гострого стану відміни (NICE, 2010b). Слід зазначити, що медикаментозна підтримка стану відміни не повинна розглядатися як окреме лікування алкогольної залежності, а радше як важливе початкове втручання в рамках ширшого плану медичної допомоги, що включає психосоціальну або фармакологічну терапію для запобігання рецидивам. Зокрема, оцінка стану відміни повинна мати на меті:

а) виявити осіб, які потребують медикаментозної підтримки стану відміни через алкогольну залежність;

б) визначити:

- ступінь тяжкості залежності
- обсяг вживання алкоголю
- наявність супутніх факторів, таких як зловживання психоактивними речовинами, тяжкі психічні розлади, значні фізичні захворювання або інвалідність
- наявність особистої та соціальної підтримки, а також житла

в) визначити, в яких умовах лікування стану відміни може бути найбільш клінічно та економічно ефективним і безпечним;

г) визначити терміновість, з якою має бути надана медикаментозна підтримка стану відміни;

д)надати достатню інформацію для належного включення програми медикаментозної підтримки СВ в ширший план медичної допомоги.

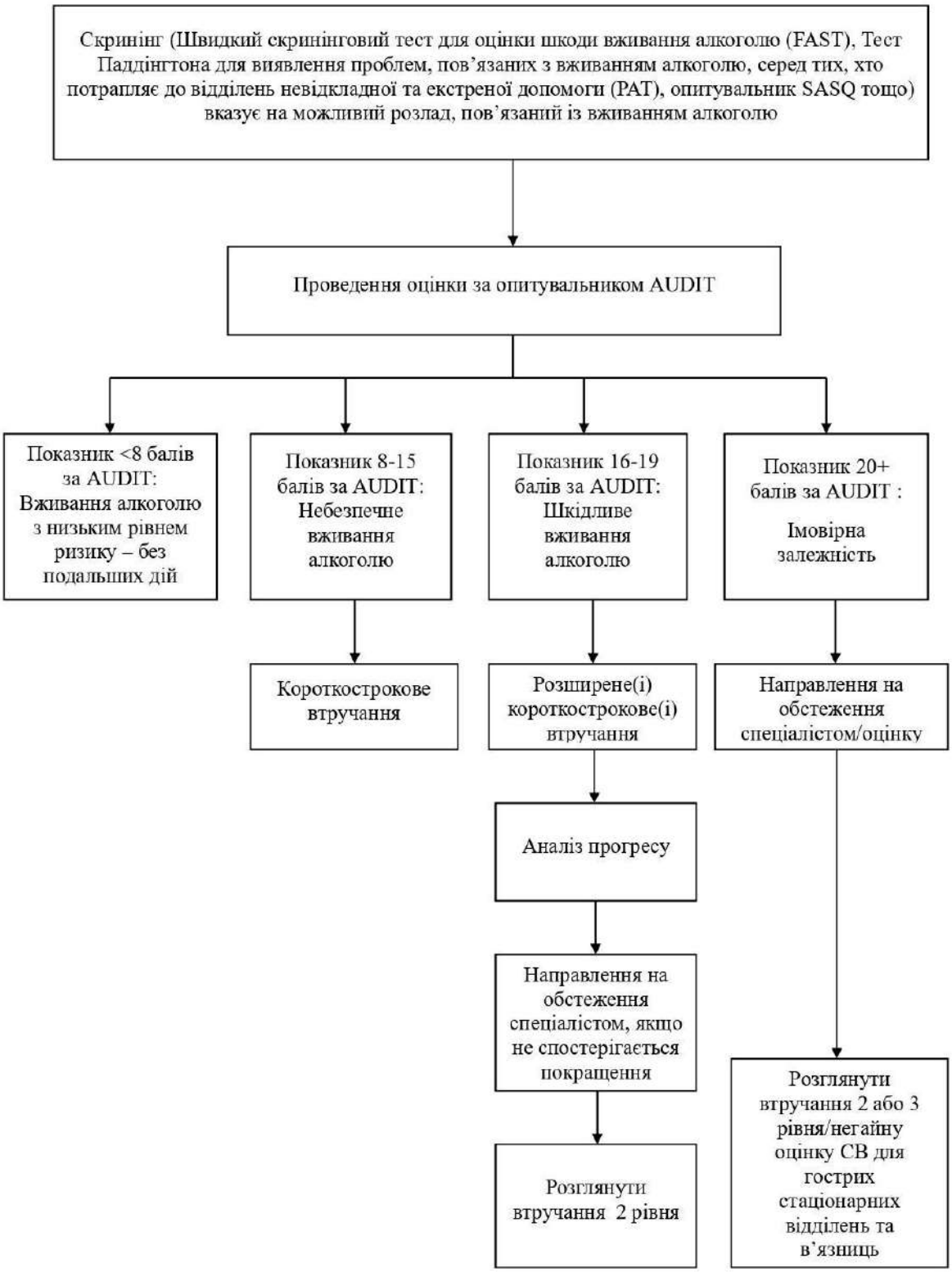
Умови

Оцінки СВ проводять у різних медичних закладах; ведення пацієнтів, які перебувають у стані незапланованого СВ в умовах невідкладної медичної допомоги, розглянуто в настанові NICE (2010b). Однак, хоча рекомендації цієї настанови зосереджені насамперед на веденні пацієнтів із запланованим СВ, деякі з них актуальні для оцінки всіх осіб, залежних від вживання алкоголю і схильних до ризику розвитку симптомів СВ. Центри первинної медико-санітарної допомоги, в'язниці, поліційні ізолятори, лікарні загального профілю, психіатричні заклади вторинної медичної допомоги, а також спеціалізовані служби лікування наркотичної та алкогольної залежності – все це місця, де

може виникнути потреба в проведенні оцінки СВ. Різноманітність умов означає, що характер оцінки відрізняється залежно від ресурсів і навичок, наявних у цих закладах. Однак, як описано в розділі 4 цієї глави, існують докази того, що медикаментозна підтримка СВ може бути безпечно та ефективно надана в усіх цих умовах при проведенні оцінки з метою визначення найвідповіднішого середовища для здійснення відмови від вживання алкоголю та необхідного режиму (Maisto et al., 2003). Вплив коморбідностей та їхні наслідки для вибору умов відмови від вживання алкоголю докладніше описано в розділі 4. У низці оглядів (наприклад, NICE, 2010b; Raistrick et al., 2006) виокремлено фактори, які вказують на необхідність програм медикаментозної підтримки алкогольної СВ за місцем проживання або в стаціонарі. До них належать: особи з високим ризиком[36] розвитку алкогольного СВ або алкогольного делірію (АД); особи з комбінованим зловживанням психоактивними речовинами в анамнезі; значними когнітивними порушеннями; безхатченки; особи із захворюваннями, які потребують медикаментозного/хірургічного або психіатричного лікування.

[36] Вищий ризик розвитку АД існує в людей з анамнезом судомних нападів або АД та/або ознак аутономічної гіперактивності з

Рисунок 5: Алгоритм надання медичної допомоги: ідентифікація випадків та встановлення можливого діагнозу для дорослих



Методи

У людей зі значним ступенем алкогольної залежності симптоми СВ зазвичай проявляються через 6-8 годин після останнього вживання алкоголю, а

пік симптомів СВ настає через 10-30 годин (див. Настанову NICE щодо лікування фізичних ускладнень, пов'язаних із вживанням алкоголю; NICE, 2010b). Однак початок СВ залежить від ступеня тяжкості залежності, тому люди з тяжкою залежністю відчувають СВ раніше після припинення вживання алкоголю, ніж ті, хто має меншу залежність. Рання діагностика алкогольної залежності допомагає розпочати проактивні стратегії лікування та зменшити ризики для пацієнта.

У Настанові NICE щодо лікування фізичних ускладнень, пов'язаних із вживанням алкоголю (NICE, 2010b) розглянуто інструменти оцінки та моніторингу пацієнтів з алкогольною залежністю та ризиком розвитку алкогольного СВ. У цій настанові рекомендується використовувати валідований інструмент для підтвердження клінічного висновку при оцінці СВ. Крім того, настанова рекомендує використовувати інструмент оцінки в ситуаціях, коли персонал не має достатнього досвіду в оцінці та лікуванні СВ. У цій настанові визначено, що Шкала оцінки стану відміни алкоголю Клінічного інституту фонду дослідження залежностей, переглянута (CIWA-Ar) є цінним інструментом для вимірювання симптомів СВ. У цій настанові також зазначено, що затримка в оцінці та лікуванні СВ більше ніж на 24 години пов'язана з більшими ускладненнями СВ.

Після встановлення ймовірності зловживання алкоголем важливо спочатку визначити, чи існує залежність; у всіх випадках це двоетапний процес. Перший етап передбачає виявлення осіб з ризиком розвитку залежності та СВ. Найкращим допоміжним засобом для клінічної оцінки є опитувальник AUDIT. Показник понад 20 балів за опитувальником AUDIT свідчить про ймовірну алкогольну залежність і необхідність оцінки СВ (Babor et al., 2001). Якщо неможливо заповнити опитувальник AUDIT, то про ймовірну залежність свідчить регулярне вживання алкоголю в кількості від 15 до 20 і більше стандартних порцій на день. Хоча не існує абсолютного рівня щоденного або щотижневого вживання алкоголю, який би вказував на ймовірність алкогольної залежності, показник SADQ (метод оцінки тяжкості залежності – див. вище) корелює з високим рівнем вживання алкоголю (Stockwell et al., 1979). Інші дослідники вважають, що кількість типових напоїв за день є корисним показником тяжкості алкогольної залежності та потреби в лікуванні СВ (Shaw et al., 1998). Існує низка методів визначення обсягу та частоти вживання алкоголю, зокрема безпосереднє повідомлення пацієнта, щоденники вживання алкоголю та ретроспективні системи реєстрації (Sobell & Sobell, 2003), хоча попередні огляди показали, що такі методи різняться за точністю (Raistrick et al., 2006). Однак слід зазначити, що як показник AUDIT, так і кількість типових напоїв на день потрібно коригувати з урахуванням статі (Reinert & Allen, 2007), віку (як для людей старшого віку [Beullens & Aertgeerts, 2004], так і для підлітків [McArdle, 2008]) та осіб із підтвердженими захворюваннями печінки (Gleeson et al., 2009).

Другий етап передбачає оцінку тяжкості алкогольної залежності. Знов-таки, в цій настанові перевага віддається формальним інструментам оцінки для

визначення ступеня залежності. Огляд таких інструментів для цієї настанови показав, що опитувальник SADQ (Stockwell et al., 1979 і 1983) широко застосовуються в клінічних умовах, оскільки він дозволяє визначити наявність і ступінь алкогольної залежності, спрогнозувати важкість СВ і виступає корисним орієнтиром для визначення обсягу медикаментозного лікування, яке слід призначати під час СВ.

5.25.3 Оцінка стану відміни у дітей та підлітків

Як уже зазначалося, діагностика та ідентифікація симптомів СВ у дітей та молодих людей є складним завданням. Це означає, що потенційна шкода від недостатнього виявлення симптомів СВ у молодих людей є значною. На жаль, існує мало прямих доказових даних, якими можна було б керуватися в процесі лікування СВ, зокрема її ідентифікації та лікування у молодих людей. При складанні цього розділу Група з розробки настанови значною мірою спиралася на огляд медикаментозної підтримки СВ для дорослих, що міститься як у настанові NICE щодо гострого СВ (NICE, 2010b), так і в розділах щодо запланованого СВ в рамках цієї настанови. По суті, дані, використані для обґрунтування більшої частини цього огляду, є екстраполяцією набору даних, отриманих при лікуванні СВ у дорослих. Принцип, з яким Група з розробки настанови підійшла до цих даних, полягає в значній обережності та бажанні, наскільки це можливо, зменшити будь-яку значну шкоду внаслідок симптомів СВ у молодих людей.

Виявлення потреби в медикаментозній підтримці СВ

Виявлення СВ повинно ґрунтуватися на ретельній оцінці характеру, частоти та інтенсивності вживання алкоголю. Обмеженість даних, доступних для аналізу, доказові дані щодо дорослих та більша вразливість молодих людей до шкідливого впливу алкоголю призвели до формулювання Групою з розробки настанови висновку про необхідність значного зниження порогового значення для молодих людей для початку надання допомоги при СВ. Для підлітків не підходить порогове значення, встановлене для дорослих, яке становить понад 20 балів за опитувальником AUDIT, понад 20 балів за опитувальником SADQ або типове вживання 15 стандартних порцій алкоголю на день. У підлітків запійне вживання алкоголю є поширеним явищем (визначається як вживання більше ніж п'яти порцій алкоголю за один раз), тому часте запійне вживання (наприклад, два або більше епізодів запійного вживання протягом місяця) або показник AUDIT понад 15 балів має насторожити лікаря щодо можливої залежності та стати приводом для проведення комплексної оцінки. Наявність будь-яких потенційних симптомів СВ слід сприймати серйозно та розпочати комплексну оцінку. На порогове значення для початку комплексної оцінки та лікування СВ також впливає низка факторів, зокрема вік, вага, зловживання алкоголем в анамнезі та наявність супутніх розладів. На рисунку 6 представлено схему надання медичної допомоги при оцінці СВ.

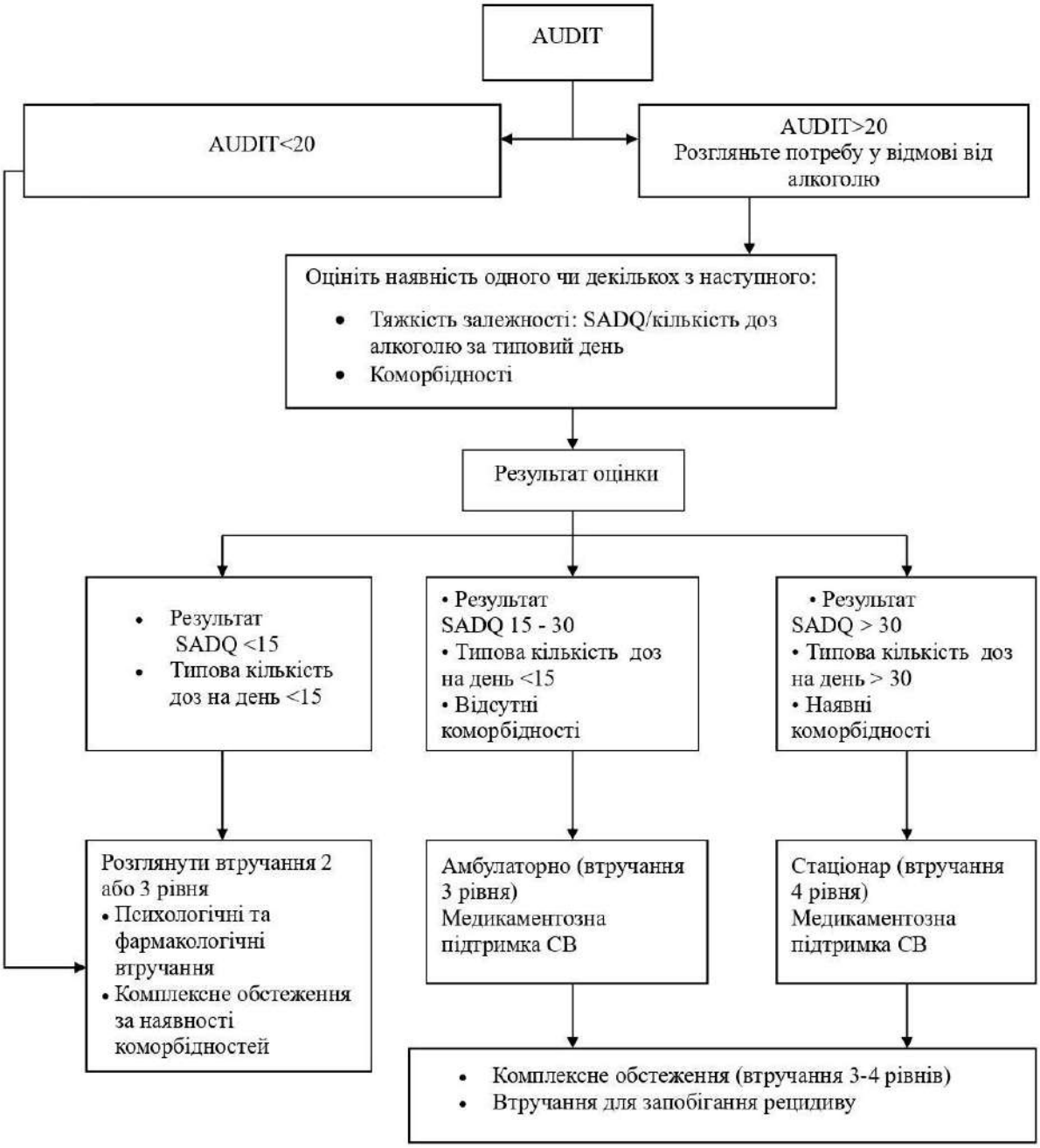
5.25.4 Рівень 3: коротка сортувальна оцінка

Цілі

При першому зверненні людини до спеціалізованої служби лікування алкогольної залежності слід провести коротку сортувальну оцінку, яка спрямована на розробку початкового плану надання допомоги (МоСАМ; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006а). Нездатність визначити клінічні та/або соціальні пріоритети може призвести до направлення людини до невідповідних служб або до втрати доступу до будь-якої форми медичної допомоги. Зазвичай люди, яких направляють на сортувальну оцінку, можуть бути особами, які зловживають алкоголем і котрі не отримали користі від розширеного короткострокового втручання (див. NICE, 2010а), та/або ті, хто отримав більше ніж 20 балів за опитувальником AUDIT, або були направлені чи самостійно звернулися до спеціалізованої служби лікування алкогольної залежності.

Коротка сортувальна оцінка – це не просто коротка оцінка лише зловживання алкоголем. Основна увага приділяється ризику лікування, визначенню нагальних клінічних або соціальних проблем, які потребують вирішення, а також доступу до найвідповідніших шляхів надання допомоги при зловживанні алкоголем. Отже, сортувальна оцінка охоплює загальні елементи оцінки, визначені вище, з метою встановлення серйозності проблем пацієнта, терміновості необхідних дій і перенаправлення до найвідповідніших лікувальних втручань і надавачів медичних послуг.

Рисунок 6. Алгоритм надання допомоги: оцінка стану відміни



Зокрема, під час сортувальної оцінки має бути визначено:

- необхідність екстрених або невідкладних втручань, наприклад перенаправлення до служби невідкладної та екстреної медичної допомоги у разі гострої медичної проблеми або до кризової бригади у разі невідкладного психічного розладу;
- наявність і ступінь ризику заподіяння шкоди особі або іншим особам (включаючи дітей) через зловживання алкоголем або наркотичними речовинами та пов'язані з цим проблеми (медичні, психіатричні, соціальні та кримінальні);

- відповідне(і) втручання з лікування алкогольної залежності та умови для розв'язання оцінюваних проблем;
- належний рівень комунікації та зв'язку з усіма особами, які беруть участь у безпосередньому догляді та веденні пацієнта;
- необхідність подальшої комплексної спеціалізованої оцінки (див. розділ 5.25.5 нижче);
- необхідність узгодження планів подальших дій.

Умови

Усі спеціалізовані служби лікування алкогольної залежності (включаючи ті, що надають комбіновані послуги лікування наркотичної та алкогольної залежностей) повинні проводити сортувальну оцінку згідно з узгодженими місцевими процедурами. Цей рівень оцінки не призначений для повної оцінки потреб людини, на основі якої можна скласти план надання медичної допомоги. В ході сортувальної оцінки слід визначити плани надання негайної допомоги за допомогою стандартних процедур, щоб гарантувати врахування всієї клінічно значущої інформації та факторів ризику в одній оцінці. Включення інструментів оцінки та опитувальників як доповнення до клінічного інтерв'ю допоможе покращити послідовність прийняття рішень.

Методи

Сортувальна оцінка повинна включати:

- збір анамнезу вживання алкоголю, зокрема:
  - типові способи вживання алкоголю; місце, марка та регулярність вживання
  - вживання алкоголю з використанням стандартних порцій алкоголю, спожитого в типовий день вживання алкоголю
  - характеристики алкогольної залежності
  - проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю
  - додаткові інструменти оцінки (включаючи опитувальники AUDIT і SADQ) для оцінки ризику, а також негайного і майбутнього плану клінічного ведення пацієнта;
- супутні проблеми (медичні, психічного здоров'я, зловживання психоактивними речовинами, соціальні та кримінальні);
- оцінка ризиків;
- готовність і мотивація до змін.

Оцінка ризиків

Зростання важливості оцінки ризиків у процесі прийняття клінічних рішень призвело до розробки низки інструментів для систематичного скринінгу проблем і поведінки з високим рівнем ризику, які базуються на загальній структурі систем оцінки ризиків у сфері психічного здоров'я (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). Очікується, що в межах NHS будуть узгоджені місцеві протоколи, які визначатимуть елементи та інструменти

оцінки ризиків, що будуть застосовуватися (MoCAM; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). Створення цих протоколів і стандартів також дозволить визначити компетенції, необхідні для визначення та інтерпретації ризиків з метою розробки плану управління ризиками.

У процесі оцінки ризиків слід проаналізувати всі аспекти інформації, зібраної під час клінічного інтерв'ю, і за необхідності врахувати результати досліджень, пункти опитувальника, листування і записи, а також зв'язок з іншими спеціалістами, сім'єю та особами, які здійснюють догляд за пацієнтом, щоб сформулювати оцінку ризиків для особи, інших осіб і громади загалом. При оцінці ризиків слід враховувати взаємодію між коморбідностями, щоб сформувати обґрунтовану думку про серйозність ризику та необхідність вжиття термінових заходів.

У MoCAM (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a) визначено, що при оцінці ризиків слід враховувати такі сфери:

- ризики, пов'язані зі зловживанням алкоголем або інших психоактивних речовин (наприклад, фізичні ушкодження або алкогольне отруєння);
- ризик самоушкодження або самогубства;
- ризик заподіяння шкоди іншим (включаючи ризик заподіяння шкоди дітям та іншого домашнього насильства, шкоди медичному персоналу та ризик керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння);
- ризик отримання ушкодження з боку інших (включаючи ризик стати жертвою домашнього насильства);
- ризик самозанедбаності;
- процедури захисту дітей (повинні бути включені).

У разі виявлення ризиків необхідно розробити та впровадити план управління ризиками, який передбачає заходи з контролю, плани на випадок надзвичайних ситуацій та процедури обміну інформацією (MoCAM; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). В розробленій інструкції для персоналу, який працює з пацієнтами з психічними розладами, зазначено, що найефективніші оцінки ризиків та плани управління ризиками розробляються мультидисциплінарними командами та у співпраці між закладами охорони здоров'я та соціальної допомоги (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2007).

Невідкладність дій

Невідкладність дій залежить від серйозності та рівня ризиків, визначених на основі всієї зібраної інформації; при цьому слід враховувати ці фактори:

- наміри особи здійснити акти самоушкодження або заподіяння шкоди іншим особам;
- ступінь дистресу, який переживає особа;
- тяжкість коморбідностей або супутніх психічних розладів та раптове погіршення стану здоров'я особи;

- потреба у захисті дітей/молоді.

5.25.5 Рівень 4: комплексна оцінка

Цілі

Комплексну оцінку слід проводити, якщо особа має значну коморбідність, помірну або тяжку алкогольну залежність або становить високий рівень ризику для себе чи інших. Ця група пацієнтів часто потребує структурованих та/або інтенсивних втручань і до роботи з нею часто залучаються різні заклади. Особи, які мають комплексні проблеми, потребують планування та координації медичної допомоги. Цілі комплексної оцінки:

- визначити точний характер проблем, з якими стикається людина в різних сферах;
- визначити потреби для розробки плану медичної допомоги;
- визначити заплановані результати, яких необхідно досягти, а також методи оцінки цих результатів.

Умови

Комплексна оцінка проводиться спеціалізованими службами лікування алкогольної залежності, які надають втручання 3 і 4 ступенів, хоча деякі служби 2 ступеня з достатньо досвідченим персоналом також можуть пропонувати комплексну оцінку, як зазначено в МоСАМ (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006а).

Методи

Комплексну оцінку не слід розглядати як одноразовий захід, що проводиться одним членом мультидисциплінарної команди, хоча координація процесу оцінки може принести реальну користь (детальніше про координацію медичної допомоги та кейс-менеджмент див. у розділі 5.3). Складний характер проблем, з якими стикається людина, що тривалий час зловживає алкоголем або має алкогольну залежність, свідчить про те, що комплексна оцінка може бути проведена під час кількох візитів і переважно за участю більше ніж одного члена мультидисциплінарної команди. Для оцінки характеру проблем часто необхідна ціла низка спеціалістів. Для проведення комплексної оцінки можуть знадобитися окремі професійні групи для виконання таких завдань, як фізикальне обстеження, визначення потреб у призначенні лікарських засобів, потреб у соціальній допомозі, психіатричне обстеження та формальна оцінка когнітивних функцій. Отже, слід забезпечити доступ до спеціалізованих служб лікування алкогольної залежності, які проводять комплексні оцінки: лікарів загальної практики та лікарів-спеціалістів, психіатрів-наркологів, медсестер, психологів та спеціалізованих соціальних працівників.

Комплексна оцінка повинна включати поглиблений розгляд та аналіз таких сфер:

- вживання алкоголю та пов'язані з цим наслідки;

- обсяг вживання алкоголю
- алкогольна залежність
- проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю

- мотивація;
- самоефективність;
- супутні проблеми;
  – зловживання психоактивними речовинами
  – анамнез та проблеми з фізичним здоров'ям
  – анамнез та проблеми з психічним здоров'ям
  – соціальне функціонування та проблеми;
- оцінка ризиків;
- цілі лікування;
- оцінка здатності пацієнта дати згоду на лікування;
- формулювання плану медичної допомоги та плану управління ризиками.

5.25.6 Методи фізикального обстеження

Рівень алкоголю в повітрі/крові

Алкоголь виводиться з диханням, а його концентрація у видихуваному повітрі корелює з концентрацією алкоголю в крові. У середньому для виведення однієї порції алкоголю з організму потрібно приблизно 1 година; однак швидкість виведення різниться у різних людей і є швидшою у людей з алкогольною залежністю, ніж у тих, хто не є залежним від алкоголю (Allen et al., 2003; Ugarte et al., 1977). Алкотестери надійно вимірюють концентрацію алкоголю у видихуваному повітрі неінвазивним способом. Концентрація алкоголю в крові/видихуваному повітрі може бути корисною частиною клінічної оцінки в таких сферах:

- Хоча було встановлено, що самозвітування є надійним індикатором рівня вживання алкоголю серед пацієнтів, які звертаються за лікуванням, пацієнти, в організмі яких на момент обстеження наявний алкоголь, з більшою ймовірністю знижують рівень вживання алкоголю (Sobell & Sobell, 2003).
- Лікарі зобов'язані обговорювати з пацієнтами проблеми, пов'язані з керуванням транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння, а також їхні обов'язки щодо інформування про це Головний сервісний центр МВС (DVLA) (2010). Пацієнтам, які сіли за кермо дорогою на обстеження і рівень алкоголю в крові яких перевищує допустиму норму (80 мг/100 мл), необхідно порадити не сідати за кермо, доки вони не зможуть сісти за кермо на законних підставах.

Аналізи крові

Існує низка біомаркерів, які вважаються клінічно корисними для оцінки фізичної шкоди, пов'язаної зі зловживанням алкоголем (Allen et al., 2003),

контролю клінічного результату та як стратегія посилення мотивації пацієнтів (Miller et al., 1992). Однак у людей, які звертаються за лікуванням з приводу зловживання алкоголем, біомаркери не мають жодних переваг над результатами самозвітування з погляду точності оцінки вживання алкоголю (Allen et al., 2003; Sobell та Sobell, 2003), а також є менш чутливими та специфічними, ніж тест AUDIT, у скринінгу зловживання алкоголем (Drummond та Godse, 1999).

Аналіз на гамма-глутамілтрансферазу (ГГТ) має чутливість від 50 до 70% у виявленні високого рівня вживання алкоголю протягом останніх 1-2 місяців і специфічність від 75 до 85% (Drummond & Ghodse, 1999). Причини хибнопозитивних результатів охоплюють такі: гепатит, цироз печінки, холестатична жовтяниця, метастатична карцинома, лікування симвастатином та ожиріння.

Аналіз на середній корпускулярний об'єм має чутливість від 25 до 52% і специфічність від 85 до 95% у виявленні зловживання алкоголем. Цей показник залишається підвищеним протягом 1-3 місяців після відмови від вживання алкоголю. Причинами хибнопозитивних результатів можуть бути дефіцит вітаміну B12 і фолатів, перніціозна анемія, вагітність і приймання фенітоїну (Allen et al., 2003; Drummond & Ghodse, 1999).

Аналіз на вуглевод-дефіцитний трансферин (CDT) має більшу специфічність (від 80 до 98%), ніж інші біомаркери, для виявлення зловживання алкоголем; існує мало причин хибнопозитивних результатів (тяжкі захворювання печінки, активна форма хронічного гепатиту) (Schwan et al., 2004). Однак стандартне проведення аналізу на CDT не є доступним, і досі точаться дискусії щодо того, як найкраще вимірювати цей показник. Є дані, що цей аналіз менш чутливий у жінок (Anton & Moak, 1994). У відповідь на запій рівень CDT підвищується і відновлюється швидше, ніж ГГТ, збільшуючись протягом 1 тижня після початку вживання алкоголю, а відновлення зазвичай відбувається протягом 1-3 тижнів порівняно з 1-2 місяцями для рівня ГГТ (Drummond & Ghodse, 1999).
Переваги проведення аналізів крові в межах первинної оцінки включають:

- скринінг на фізичні захворювання, пов'язані з вживанням алкоголю, які можуть потребувати подальшого обстеження і направлення до спеціаліста;
- визначення вихідних показників ушкоджень, пов'язаних із вживанням алкоголю (у деяких пацієнтів), щодо яких можна оцінити покращення і які слугуватимуть мотиваційною стратегією для підвищення мотивації до лікування;
- об'єктивне вимірювання результату, особливо в поєднанні (наприклад, CDT і ГГТ; Allen et al., 2003) і в поєднанні з іншими структурованими показниками результату (Drummond et al., 2007).

Аналіз волосся та поту

Оскільки алкоголь швидко виводиться з організму, наразі не існує надійного або точного способу вимірювання вживання алкоголю в недавньому

минулому, тому основним методом вимірювання результатів є самозвітування (Sobell & Sobell, 2003). Такий метод є менш корисним для цілей правоохоронного контролю, тому виробники все більше зацікавлені в розробці біомаркерів нещодавнього вживання алкоголю. На сьогодні дослідження зосереджені на аналізі волосся та шкірного поту, але поки бракує доказових даних, щоб рекомендувати їх використання в стандартній клінічній практиці (Pragst & Balikova, 2006).

Оцінка фізичної шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю

Оцінка фізичної шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю, є важливим компонентом спеціалізованої допомоги (Edwards et al., 2003). Цілями такої оцінки є:

- виявити проблеми з фізичним здоров'ям, які потребують негайної уваги та подальшого направлення для отримання відповідної невідкладної медичної допомоги;
- виявити проблеми з фізичним здоров'ям, які є наслідком зловживання алкоголем і потребують контролю та можливого перенаправлення в майбутньому.

Взаємозв'язок між проблемами фізичного здоров'я, пов'язаними з вживанням алкоголю, й рівнем вживання алкоголю є складним (Morgan & Ritson, 2009), так само як і наявність фізичних симптомів щодо первинної патології. Отже, пацієнти, які звертаються з тривалою тяжкою алкогольною залежністю, можуть мати мало явних фізичних ознак, але значні ураження основних органів (наприклад, захворювання печінки). Інші можуть мати значні симптоми (наприклад, гастрит) або ознаки (наприклад, артеріальна гіпертензія), які можуть зникнути без активного лікування, як тільки пацієнт відмовиться від вживання алкоголю.

Проблеми з печінкою/шлунково-кишковим трактом

Захворювання печінки, пов'язані з вживанням алкоголю, часто розвиваються "непомітно" протягом 10-15 років, а результати функціональних проб печінки (аланінамінотрансфераза [АЛТ]) можуть відхилятися від норми лише на досить пізніх стадіях захворювання, тому результат, який перебуває в межах норми, не виключає ураження печінки (Prati et al., 2002). Так само підвищення рівня АЛТ може бути наслідком індукції печінкових ферментів алкоголем, а не свідчити про патологію печінки (Drummond & Ghodse, 1999). Інші результати лабораторних аналізів, зокрема ГГТ і сироваткова аспартатамінотрансфераза (АСТ), можуть бути підвищеними у людей, які зловживають алкоголем, але не обов'язково вказують на наявність значного ураження органів, а є наслідком індукції ферментів алкоголем (Bagrel et al., 1979). Пацієнти з ознаками тяжкого захворювання печінки (наприклад, з жовтяницею, затримкою рідини, спонтанними синцями або печінковою енцефалопатією) потребують невідкладної спеціалізованої медичної допомоги в гепатологічній службі. Симптоми анорексії, нудоти, блювання та діареї, а також

синдроми мальабсорбції є поширеними у людей, які зловживають алкоголем. У багатьох випадках ці симптоми зникають після лікування первинного зловживання алкоголем, але люди зі значним болем або ознаками шлунково-кишкової крововтрати потребують направлення на подальше обстеження.

Серцево-судинна система

Алкоголь має дозозалежний вплив на артеріальний тиск на додаток до підвищення артеріального тиску під час СВ (Xin et al., 2001). Пацієнтам, які страждають на артеріальну гіпертензію або вже отримують антигіпертензивні препарати, необхідно переглянути їх у процесі лікування.

Нервова система

Енцефалопатія Верніке (ЕВ) класично проявляється тріадою симптомів (атаксія, сплутаність свідомості та офтальмоплегія), але на практиці ця тріада зустрічається лише в меншості випадків (Thomson & Marshall, 2006). З огляду на тяжкість ураження головного мозку (синдром Верніке-Корсакова [СВК]), яке може виникнути, якщо стан не лікувати, клініцисти повинні бути вкрай підозрілими, особливо щодо пацієнтів, які страждають на неповноцінність харчування і мають будь-яку з таких клінічних ознак: атаксія, офтальмоплегія, ністагм, гостра сплутаність свідомості або (рідше) артеріальна гіпотензія чи гіпотермія. Пацієнти з підозрою на ЕВ потребують невідкладного лікування або подальшого направлення до спеціаліста (NICE, 2010b).

У людей, які зловживають алкоголем, часто зустрічаються симптоми периферичної нейропатії (від 30 до 70%) (Monteforte et al., 1995). Симптоми переважно сенсорні (хоча також спостерігається м'язова слабкість) і охоплюють оніміння, біль та гіперемію з локалізацією в зоні нижніх кінцівок і кистей рук (за типом "рукавичок і панчох"), переважно в ногах. Симптоми слід контролювати, і якщо вони не покращуються при утриманні від вживання алкоголю, необхідно звернутися до спеціаліста.

5.25.7 Психічне здоров'я: коморбідності та когнітивні функції

Вживання алкоголю тісно пов'язане з широким спектром проблем психічного здоров'я, особливо з депресією, тривогою та самоушкодженням (Weaver et al., 2003). Крім того, багато пацієнтів мають дефіцит когнітивних функцій, який не може бути виявлений без систематичного обстеження (Evert & Oscar-Berman, 1995). Наявність психологічного дистресу та/або коморбідних психіатричних діагнозів, особливо якщо вони не виявлені, може мати значний вплив на залучення пацієнтів до лікування та його ефективність, що призводить до неоптимальних результатів лікування (Weaver et al., 2003).

Оцінка та діагностика коморбідних психічних розладів пов'язана зі значними труднощами. Деякі симптоми можуть бути прямим наслідком надмірного вживання алкоголю або СВ, і вони мають тенденцію до зменшення після досягнення відмови від вживання (Brown et al., 1995). Однак ці ж самі

симптоми можуть бути наслідком коморбідностей, які потребують паралельного лікування, але наявність яких також може погіршити зловживання алкоголем. Зрештою, існують коморбідності (наприклад, соціальна тривожність і деякі форми когнітивних розладів), які не проявляються, коли людина вживає алкоголь, але з'являються після відмови від вживання і можуть впливати на продовження лікування.

Депресія та тривога

Хоча багато симптомів депресії або тривоги можуть бути безпосередньо пов'язані зі зловживанням алкоголем, багато людей все ж досягають порогового значення для постановки діагнозу психічного розладу. Наприклад, 85% пацієнтів британських служб лікування алкогольної залежності мали один або більше супутніх психіатричних розладів, зокрема 81% – афективні та/або тривожні розлади (34% – тяжка депресія; 47% – легка депресія; 32% – тривога), а 53% – розлади особистості (Weaver et al., 2003). Такий високий рівень коморбідності не є дивним, зважаючи на те, що нейробіологія депресії або тривоги та розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, має багато спільного, особливо під час СВ (Markou & Koob, 1991). Крім того, існують спільні фактори ризику, оскільки дослідження близнюків показують, що наявність одного розладу збільшує ризик розвитку іншого (Davis et al., 2008).

Існує висока поширеність коморбідностей тривожних розладів та зловживання алкоголю як у загальній, так і в клінічній популяції. Тривожні розлади та алкогольна залежність з часом демонструють взаємний причинно-наслідковий зв'язок: тривожні розлади призводять до алкогольної залежності й навпаки (Kushner et al., 1990). Під час зловживання алкоголем можуть виникати панічний розлад і генералізований тривожний розлад; однак зв'язок з обсесивно-компульсивним розладом менш стійкий.

Соціальна фобія й агорафобія часто передують початку зловживання алкоголем. Серед людей, які зловживають алкоголем, поширеність соціальної тривоги коливається від 8 до 56%, що робить її найпоширенішою психічною коморбідністю. Люди, які страждають на алкогольну залежність і мають супутній соціальний тривожний розлад, мають значно більше симптомів алкогольної залежності, вищий рівень депресії, а також більші труднощі та дефіцит у соціальній підтримці порівняно з алкогольно залежними пацієнтами без соціального тривожного розладу (Thevos et al., 1999).

Зв'язок між алкоголем і депресією також є взаємним, оскільки депресія може збільшити вживання алкоголю, але депресія також може бути спричинена або погіршитися внаслідок зловживання алкоголем (Merikangas et al., 1996).

Розлади сну

Розлади сну (найчастіше безсоння) підвищують ризик зловживання алкоголем, а також сприяють рецидивам (Brower, 2003; Krystal et al., 2008). Хоча багато людей вважають, що алкоголь допомагає їм заснути, це не так. Попри те, що після вживання алкоголю час засинання може скоротитися,

пізніше вночі відбуваються порушення режиму сну, такі як швидке відновлення рухів очей і посилення сновидінь, а також симпатичне збудження (Krystal et al., 2008). При припиненні вживання алкоголю можуть проявитися розлади сну, про які людина не знала, оскільки завжди вживала алкоголь для засинання. Безсоння також є характерною ознакою як гострого, так і затяжного синдрому відміни, останній з яких може тривати від 3 до 12 місяців.

Розлади харчової поведінки

Існують вагомі докази того, що зловживання алкоголем і розлади харчової поведінки часто поєднуються (Sinha & O'Malley, 2000). В умовах спеціалізованого стаціонарного лікування алкогольної залежності поширеність розладів харчової поведінки може сягати 40%. Зазвичай розлад харчової поведінки поєднується з іншими психічними розладами, такими як депресія. До половини людей з розладом харчової поведінки зловживають алкоголем (Dansky et al., 2000). Низка досліджень виявили найсильніший зв'язок між вживанням алкоголю та нервовою булімією, за якою йдуть пацієнти з компульсивним переїданням та неуточненими розладами харчової поведінки (EDNOS) (Gadalla & Piran, 2007). Зв'язку між нервовою анорексією та зловживанням алкоголем не виявлено. У дослідженні європейських спеціалізованих служб лікування розладів харчової поведінки рівень вживання алкоголю був вищим у пацієнтів з EDNOS і нервовою булімією, ніж з нервовою анорексією, але більшої поширеності зловживання алкоголем протягом життя виявлено не було (Krug et al., 2009).

Психоз

Пацієнти з психотичними розладами (включаючи шизофренію та біполярний розлад) є вразливими до впливу алкоголю і мають підвищений ризик зловживання алкоголем (Weaver et al., 2003). Приблизно 50% пацієнтів, які потребують стаціонарного психіатричного лікування цих розладів, також зловживають алкоголем (Barnaby et al., 2003; Sinclair et al., 2008). Однак менша частина пацієнтів не має діагнозу первинного психотичного або афективного розладу, який можна визначити в рамках комплексної оцінки стану пацієнта. Для детальнішого огляду цього питання див. настанову NICE щодо психозів та зловживання психоактивними речовинами (NICE, 2011a).

Самоушкодження та самогубство

Існує значний, але складний зв'язок між зловживанням алкоголем та самоушкодженням і самогубством. Приблизно 50% усіх пацієнтів, які потрапляють до лікарні після епізоду самоушкодження, вживали алкоголь безпосередньо перед актом самоушкодження або вживання було частиною акту самоушкодження (Hawton et al., 2007). Смертність від самогубств у пацієнтів, які звернулися після епізоду самоушкодження, значно підвищується протягом наступних 12 місяців (у 66 разів порівняно із загальною популяцією) (Zahl & Hawton, 2004), і цей ризик залишається високим і через багато років (Owens et

al., 2002). Однак нещодавні дані довгострокового подальшого дослідження свідчать про те, що смертність пацієнтів, які завдають собі шкоди, як видається, спричинена станами, пов'язаними з вживанням алкоголю, так само, як і самогубством (Sinclair et al., 2009). Для людей, які завдають собі шкоди лише у стані алкогольного сп'яніння, ефективним втручанням було визнано відмову від вживання алкоголю (Sinclair & Green, 2005). Доведено, що алкогольна залежність збільшує ризик самогубства в 5-17 разів, причому цей показник є найвищим у жінок (Wilcox et al., 2004).

Когнітивні порушення

Тривалі когнітивні порушення спостерігаються у 50-80% людей з алкогольною залежністю, які пройшли програму медикаментозної підтримки СВ (Bates et al., 2002). Когнітивні порушення часто значно покращуються після досягнення відмови від вживання алкоголю, тому їх слід повторно оцінювати через 2-3 тижні утримання від алкоголю (Loeber et al., 2009).

Існує низка інструментів, які можна використовувати для оцінки когнітивних функцій у людей, які зловживають алкоголем. До них належать Коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE) (Folstein et al., 1975); Скринінговий тест для оцінки когнітивних здібностей (CCSE) (Jacobs et al., 1977); Шкала нейропсихологічних порушень (NIS) (O'Donnell & Reynolds, 1983) та Батарея для оцінки когнітивної латералізації (CLB) (Gordon, 1986).

MMSE (Folstein et al., 1975) – це інструмент скринінгу когнітивних функцій, який широко застосовують у клінічній практиці і який визнано валідним та надійним тестом когнітивних функцій (Folstein et al., 1975). За допомогою цієї шкали оцінюють здатності до орієнтації та фіксації, короткочасну пам'ять, увагу та обчислення, а також мову. Результат 17 балів або менше вважається тяжким когнітивним порушенням, 18-24 бали – легким або помірним порушенням, 25-30 балів – нормальним або пограничним станом. Перевагою цього тесту є те, що він займає небагато часу, не вимагає спеціальної підготовки для проведення та інтерпретації, є безкоштовним для використання й призначений для оцінки конкретних аспектів когнітивних функцій (Small et al., 1997). Встановлено, що MMSE має високу чутливість для виявлення помірних і тяжких когнітивних порушень, а також задовільну надійність і валідність (див. огляд Nelson та колег [1986]). MMSE можна використовувати як короткий скринінговий інструмент, а також для оцінки змін когнітивних функцій з часом (Brayne et al., 1997).

Проте слід зазначити, що було виявлено, що MMSE є чутливим до рівня освіти в популяціях з низьким рівнем освіти (Escobar et al., 1986; Liu et al., 1994). Тому порогові значення, що використовуються для виявлення когнітивних порушень, можуть потребувати коригування для людей, які зловживають алкоголем, але мають лише кілька років формальної освіти (Crum et al., 1993; Cummings, 1993). Крім того, MMSE критикують за недостатню чутливість до представників різних культур, які мають низький рівень освіти і можуть неправильно відповідати на певні питання (Escobar et al., 1986; Iype et

al., 2006; Katzman et al., 1988; Liu et al., 1994). Через це необхідно (і часто практикується) вносити поправки та корективи в окремі аспекти MMSE, щоб підвищити його застосовність у певному культурному середовищі. Наприклад, версія MMSE на мові хінді, Hindi Mental State Examination (Ganguli et al., 1995), була розроблена для подолання певних культурних проблем, пов'язаних із MMSE, і для того, щоб зробити його більш придатним для використання в індійському культурному середовищі.

Більшість досліджень для оцінки точності, надійності та валідності MMSE були присвячені аналізу вікових когнітивних порушень та деменції, тоді як дослідження у сфері зловживання алкоголем та психоактивними речовинами є обмеженими. Однак MMSE використовували в дослідженнях зловживання психоактивними речовинами (Smith et al., 2006). Крім того, було підкреслено, що MMSE переважно оцінює вербальну когнітивну функцію і обмежено оцінює навички недомінантної півкулі та виконавчі функції (Bak & Mioshi, 2007). Це може призвести до того, що лобно-виконавчі та візуально-просторові симптоми залишаться невиявленими.

Тест CCSE (Jacobs et al., 1977) був розроблений для скринінгу дифузних органічних психічних синдромів. CCSE складається з 30 пунктів, які дозволяють отримати інформацію про орієнтацію, здатність до запам'ятовування цифр, концентрацію уваги, здатність до послідовного віднімання сімок, здатність до відтворення, вербального формулювання понять і короткочасної вербальної пам'яті. Вважається, що результат менше ніж 19 балів свідчить про органічну дисфункцію (Haddad & Coffman, 1987; Hershey et al., 1987; Jacobs et al., 1977). Як і більшість скринінгових інструментів для оцінки когнітивних функцій, CCSE широко досліджено в осіб з деменцією (Nelson et al., 1986). Було встановлено, що він має достатню надійність і валідність у виявленні когнітивних порушень (Foreman, 1987; Villardita & Lomeo, 1992). Однак виявилося, що CCSE чутливий до віку та освіти (Luxenberg & Feigenbaum, 1986; Omer et al., 1983), а також має високу частоту хибнонегативних результатів і, отже, низьку чутливість (Nelson et al., 1986; Schwamm et al., 1987). Крім того, Gillen та колеги (1991) і Anderson та Parker (1997) повідомили, що CCSE не дозволяє належно розрізнити людей з когнітивними порушеннями та людей без таких порушень, які зловживають психоактивними речовинами.

NIS – це шкала з 50 пунктів, яка була розроблена для виявлення ушкоджень головного мозку. Раніше повідомлялося про надійність і валідність NIS у здорових осіб та осіб з нервово-психічними розладами (O'Donnell et al., 1984a і 1984b), а також про чутливість від 68 до 91% і специфічність від 43 до 86% (O'Donnell et al., 1984b). Errico та колеги (1990) також повідомили про прогностичну валідність і ретестову надійність у вибірці людей, які проходять медикаментозну підтримку СВ.

Батарею CLB було розроблено для вимірювання візуально-просторового та вербально-семантичного функціонування; тести проводяться на проєкторі зі звуком/синхронізацією, а тривалість оцінки становить 80 хвилин. Однак

повідомлялося, що CLB має обмежену клінічну користь для оцінки когнітивних функцій у осіб з алкогольною залежністю (Errico et al., 1991).

Шкала дослідження когнітивної функції Адденбрука (ACE) (Mathuranath et al., 2000) була розроблена як короткий тест для оцінки основних аспектів когнітивних функцій, який доповнює MMSE, дозволяючи глибше оцінити пам'ять, мовлення та візуально-просторові здібності, а також включає оцінку швидкості мовлення. Шкала ACE розроблена таким чином, щоб забезпечити чутливість до ранніх стадій деменції (Mioshi et al., 2006); було виявлено, що вона виявляє деменцію раніше і дозволяє краще розрізняти різні підтипи деменції, ніж шкала MMSE (Mathuranath, 2000). Для комплексної оцінки когнітивних порушень ACE можна використовувати в батареї когнітивних тестів разом з тестами, які оцінюють інші когнітивні сфери (Lezak, 1995; Spreen & Strauss, 1998), такими як Тест прямування за маршрутом, частина B (Батарея тестів для перевірки одиничної підготовки особового складу збройних сил, 1944) або субтест "Композиції з кубиків" переглянутого Тесту інтелекту Векслера для дорослих (Wechsler, 1981). Mioshi та колеги (2006) розробили переглянуту версію тесту ACE (ACE-R), в якій були усунуті раніше виявлені недоліки оригінального тесту, а сам тест став простішим у застосуванні. Bak та колеги (2007) виявили, що ACE-R має високу специфічність для виявлення деменції (94%) зі специфічністю 89% (при пороговому показнику 88/100). ACE-R проводять як приліжковий тест, він займає приблизно 16 хвилин і складається з п'яти частин, кожна з яких призначена для оцінки певної когнітивної сфери (Mioshi et al., 2006). Хоча проведення ACE-R займає більше часу, ніж деякі інші тести для оцінки когнітивних порушень, такі як MMSE, було виявлено, що він має високий рівень прийнятності для пацієнтів і може проводитися без спеціальної підготовки (Larner, 2007). Тести ACE і ACE-R опубліковані 19 мовами, хоча не було знайдено жодних доказів впливу культурних або освітніх відмінностей на результати тестування.

Тест ACE використовують для скринінгу когнітивної дисфункції в осіб, які зловживають алкоголем (Gilchrist & Morrison, 2004), хоча жодних досліджень у цій галузі з використанням ACE-R не було знайдено. Крім того, досліджень ефективності та чутливості ACE-R в оцінці когнітивних порушень, спричинених вживанням психоактивних речовин, дуже мало. Однак було висловлено припущення, що можна екстраполювати валідність ACE як інструмент для оцінки вікових когнітивних порушень і застосовувати його для оцінки когнітивних порушень у людей, які зловживають алкоголем. Вища чутливість ACE порівняно з MMSE може означати, що він є достатньо ефективним для виявлення людей, які зловживають алкоголем і мають легкі когнітивні порушення, здатні успішно функціонувати в суспільстві, але в минулому не зверталися до служб лікування алкогольної залежності (особисте повідомлення, Ken Wilson, жовтень, 2010).

Насильство в дитинстві

Фізичне та/або сексуальне насильство в анамнезі є поширеним явищем серед пацієнтів, які звертаються за лікуванням від зловживання алкоголем, особливо серед жінок (Moncrieff et al., 1996). Пацієнтів з виявленою дитячою травмою, які бажають подальшого втручання, слід направляти до відповідних служб після того, як вони досягнуть певної стабільності в плані вживання алкоголю (настанова з ПТСР; NCCMH, 2005).

Сім'я та стосунки

Зловживання алкоголем часто впливає на стосунки з партнерами, батьками, дітьми та іншими близькими людьми (Copello et al., 2005). Сім'ї та особи, які здійснюють догляд за пацієнтами, також значно страждають самі, що призводить до збільшення частоти психічних розладів (Dawson et al., 2007). Завдяки залученню партнерів або сім'ї можна визначити потреби людини, яка звертається за допомогою. Поширеність зловживання алкоголем серед жертв домашнього насильства та осіб, які його вчиняють, є важливим обґрунтуванням для вивчення цих питань.

Зайнятість

Статус зайнятості особи є важливим з погляду її здатності залишатися економічно активною. Трудова біографія може свідчити про здатність особи отримати та зберегти роботу. З трудової біографії можна отримати уявлення про фактори, які підтримують статус людини, що вживає алкоголь, і які необхідно вивчити. Оцінюючи працевлаштованих осіб, необхідно враховувати потенційні ризики для самої людини, її колег та громадськості через надмірне вживання алкоголю (наприклад, коли людина несе відповідальність за безпеку інших).

Злочинність та правопорушення

Оцінка злочинності та протиправної поведінки повинна охоплювати низку факторів, зокрема наявність та початок злочинної діяльності, тяжкість протиправної поведінки, зв'язок між правопорушеннями та вживанням алкоголю та/або відмовою від вживання алкоголю, наявність насильства та агресивної поведінки, а отже, ризик для близьких. Зв'язок зі службами кримінального правосуддя необхідний для забезпечення належної координації допомоги, а також ефективних протоколів комунікації та обміну інформацією.

Придатність пацієнта до водіння

Якщо людина зловживає алкоголем і продовжує керувати автомобілем, персонал клініки зобов'язаний повідомити їй, що обов'язком власника водійського посвідчення або заявника на отримання водійського посвідчення є повідомити DVLA про будь-який стан здоров'я, який може вплинути на безпеку водіння автомобіля. Існують обставини, за яких власник посвідчення не може або не хоче повідомляти DVLA. У таких випадках лікарі повинні ознайомитися

з національними медичними настановами щодо придатності до керування транспортними засобами (DVLA, 2010).

5.25.8 Цілі щодо поведінки, пов’язаної з вживанням алкоголю

Інформація, зібрана в результаті комплексної оцінки, дозволить визначити тип і ступінь тяжкості зловживання алкоголем, а також наявність і значущість коморбідностей. Цю інформацію слід розглядати разом із бажаними цілями пацієнта щодо вживання алкоголю як основу для узгодженого плану лікування із зазначенням цілей щодо вживання алкоголю. У попередніх оглядах і дослідженнях (Adamson et al., 2010; Heather et al., 2010; Raistrick et al., 2006) було виявлено, що:

- особи, які прагнуть відмовитися від вживання алкоголю, повинні отримувати підтримку в досягненні цієї мети, незалежно від тяжкості їхніх проблем;
- особам із коморбідностями, яким продовження вживання алкоголю явно протипоказане, слід наполегливо рекомендувати розглянути можливість відмови від нього;
- особи, які прагнуть досягти цілей, не пов'язаних із відмовою від вживання алкоголю (тобто помірне або контрольоване вживання алкоголю), зазвичай мають менш серйозні проблеми, і їх слід підтримувати. Однак, якщо лікар вважає, що необхідно сприяти відмові, але пацієнт прагне не відмовлятися від вживання алкоголю, слід рекомендувати можливість відмови, якщо помірне вживання алкоголю виявиться неефективним.
- якщо пацієнт не впевнений у тому, яку мету переслідувати, слід розглянути подальші мотиваційні втручання для досягнення консенсусного підходу.
- Цілі лікування необхідно регулярно переглядати та змінювати за необхідності. Персонал повинен застосовувати гнучкий підхід до постановки цілей з урахуванням вищезазначених параметрів.

5.25.9 Складання плану медичної допомоги та плану управління ризиками

Метою будь-якої оцінки – сортувальної оцінки, оцінки СВ або комплексної оцінки – є розробка плану медичної допомоги, в якому будуть враховані погляди та уподобання пацієнта, його сім'ї та осіб, які здійснюють догляд, якщо це необхідно, а також будь-які питання безпеки. При розробці плану медичної допомоги необхідно враховувати наявне зловживання алкоголем і вплив лікування на поточні проблеми (МоСАМ; Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). У ньому слід врахувати наявність, тяжкість і складність проблем, що своєю чергою вплине на вибір лікувальних пропонованих втручань, лікарських засобів та/або умов.

План медичної допомоги повинен складатися в ході переговорів з пацієнтом (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006). План медичної допомоги може включати короткострокові, проміжні та довгострокові цілі на додаток до будь-якого планування на випадок непередбачуваних ситуацій, необхідного в разі підвищення ризику. Плани медичної допомоги потрібно розповсюджувати серед тих, хто також залучений до надання допомоги людині, оскільки заплановані лікувальні втручання та лікарські засоби можуть мати значну взаємодію з наявним або запланованим лікуванням інших проблем або станів.

5.25.10 Контроль результатів

Контроль результатів – це важливий елемент оцінки прогресу в лікуванні зловживання алкоголем. Основною метою оцінки результатів має бути визначення того, чи відбулися зміни в цільовій поведінці після лікування. Контроль результатів допомагає вирішити, чи слід продовжувати лікування, чи необхідно провести подальшу оцінку та змінити план лікування. Контроль результатів має три важливі аспекти: визначення того, які результати оцінювати; як оцінювати результати (відповідні інструменти); і коли оцінювати результати. Доведено, що стандартний контроль результатів (включаючи зворотний зв'язок з персоналом і пацієнтами) є ефективним засобом покращення результатів (Lambert et al., 2002). Стандартна оцінка на кожному візиті пацієнта дозволяє точніше визначити загальний стан пацієнта (Clark et al., 2009).

Які результати слід оцінювати?

Оцінка вживання алкоголю (наприклад, інтенсивність і частота вживання) є основним компонентом контролю результатів. Наприклад, Emrick (1974) стверджує, що контроль утримання від вживання алкоголю після лікування є важливим предиктором психосоціального функціонування. Проблеми або шкода, пов'язані з алкоголем, також вважаються важливими елементами контролю результатів лікування. Longabaugh та колеги (1994) стверджують, що оцінка результатів повинна охоплювати цілу низку сфер оцінки і включати життєві функції (такі як фізичне здоров'я та соціальне функціонування).

Проблеми з алкоголем є єдиною сферою оцінки, яка значною мірою пов'язана з оцінками результатів вживання алкоголю (відсоток днів утримання від вживання алкоголю (PDA) та кількість стандартних порцій на день вживання алкоголю (DDD), перша випивка) (Дослідницька група проєкту MATCH, 1997 і 1998). Це свідчить про те, що показники результатів проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, повинні оцінюватися на додаток до показників рівня вживання алкоголю.

Як слід оцінювати результати?

При виборі відповідного інструменту для контролю результатів необхідно враховувати низку факторів, як зазначено в огляді Raistrick та колег (2006). Інструмент контролю результатів повинен:

- бути універсальним і не обмежуватися якоюсь конкретною речовиною або соціальною групою;
- мати доведену валідність і надійність, а також опубліковані психометричні характеристики;
- бути чутливим до змін;
- бути легко читабельним і написаним з використанням нейтральних формулювань;
- заповнюватися спеціалістами-практиками, пацієнтами самостійно або обома;
- бути придатним для клінічної популяції.

Метод оцінки, який можна застосувати на всіх ступенях надання послуг, є визначення рівня вживання алкоголю шляхом опитування пацієнта про обсяг і частоту вживання алкоголю, але за допомогою формальної оцінки можна підвищити її надійність і валідність (Sobell et al., 1979). До найвалідніших і найнадійніших методів оцінки вживання алкоголю належить метод ведення щоденника для отримання даних про вживання алкоголю (Sobell & Sobell, 2003). Однак такі заходи, як опитувальник "Ретроспективна хронологічна шкала" (Sobell & Sobell, 2003), доцільніше застосовувати в умовах дослідження, а не в стандартній клінічній практиці. Деякі клінічні служби у Великій Британії використовують проспективні щотижневі щоденники вживання алкоголю, які самостійно заповнюються пацієнтами, але їхні надійність та валідність не встановлені.

Низка інструментів оцінки була розроблена спеціально для оцінки результатів лікування залежностей. Усі вони дозволяють оцінити кілька сфер функціонування, але їхні повнота, корисність і специфічність для лікування розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, різняться. Найпоширенішими інструментами для оцінки результатів є Індекс тяжкості залежності (ASI), AUDIT, Профіль залежності Модслі (MAP), Перелік наркологічних служб Крісто (CISS), Комплексний профіль особи, що вживає алкоголь (CDP), Рутинна оцінка сходинок лікування залежності від психоактивних речовин (RESULT) та Профіль результатів лікування (TOP). Група з розробки настанови оцінила клінічну користь цих інструментів у лікуванні розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, виходячи з того, наскільки кожен інструмент має достатні валідність і надійність даних у популяції осіб з алкогольною залежністю, а також чи інструмент має високу зручність використання (тобто його легко читати і розуміти, він не вимагає тривалого навчання для використання і є коротким за часом проведення). У таблиці 19 описано характеристики визначених інструментів оцінки результатів.

Група з розробки настанови не включила ASI, оскільки він не був включений у попередній огляд інструментів оцінки первинних результатів, а

також займає надто багато часу для використання в ролі інструменту контролю результатів. CISS, CDP, MAP і RESULT також не були включені, оскільки вони не були належним чином валідовані на клінічній вибірці осіб з алкогольною залежністю у Великій Британії. Насамкінець TOP переважно використовують у групі осіб, які зловживають наркотичними речовинами, а психометричні характеристики для пацієнтів з алкогольною залежністю є лише обмеженими. У протоколі звітування за TOP чітко зазначено, що "звітування за TOP для дорослих осіб, які вживають переважно алкоголь, не є обов'язковим" (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2010), і тому TOP не застосовується в стандартній клінічній практиці.

На підставі цих критеріїв Група з розробки настанови на основі консенсусу прийняла рішення, що опитувальник AUDIT має найбільшу користь як стандартний інструмент контролю результатів для оцінки результатів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Опитувальник AUDIT вже широко використовується. Він містить кілька важливих сфер, пов'язаних із вживанням алкоголю (проблеми та залежність), на додаток до вживання алкоголю. Час, необхідний для заповнення AUDIT (менше ніж 2 хвилини), також дозволяє використовувати його в стандартній клінічній практиці. AUDIT-C (Bush et al., 1998) — це версія тесту AUDIT, що складається з трьох пунктів і дозволяє виміряти лише вживання алкоголю, тобто частоту вживання алкоголю, кількість випитого в типовому випадку і частоту тяжкого епізодичного вживання алкоголю (шість або більше стандартних порцій за один раз). Bush та

Таблиця 19: Характеристики інструменту стандартного контролю результатів

Інструмент контролю результатів	**Чи наявні достатні психометричні характеристики, отримані в групі осіб, залежних від вживання переважно алкоголю?**	**Чи є інструмент зручним у використанні (наприклад, читабельним, не вимагає багато часу для застосування, потребує обмеженого навчання)?**	**Дослідження-джерело**
Індекс тяжкості залежності (ASI)	Так (але валідність та надійність під питанням)	Ні — потребує кваліфікованого інтерв'юера та займає від 50 до 60 хвилин	McLellan та колеги (1980)

Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT)	Так — достатньо даних, що підтверджують валідність та надійність	Так — займає 2 хвилини	Babor та колеги (2001)
Профіль залежності Модслі (MAP)	Ні	Так — займає 20 хвилин	Marsden та колеги (1998)
Перелік Крісто для наркологічних служб (CISS)	Ні	Так — займає 10 хвилин	Christo та колеги (2000)
Комплексний профіль особи, яка вживає алкоголь (CDP)	Ні	Ні — потребує кваліфікованого інтерв'юера і займає 2 години	Miller і Marlatt (1987)
Рутинна оцінка сходинок лікування залежності від психоактивних речовин (RESULT)	Ні	Так — займає 30 хвилин	Raistrick і Tober (2003)
Профіль результатів лікування (TOP)	Ні — в основному для споживачів наркотиків	Так — одна сторінка, 20 пунктів	Marsden та колеги (2007)

колеги (1998) повідомили, що AUDIT-C виявився кращим, ніж повний опитувальник AUDIT, у виявленні зловживання алкоголем і так само ефективним, як і повний опитувальник AUDIT, у виявленні активного зловживання алкоголем або алкогольної залежності. Дослідження також показало, що при використанні порогового значення в 3 бали з 12 можливих опитувальник AUDIT-C правильно виявив 90% випадків активного "зловживання"/"залежності" від алкоголю і 98% пацієнтів, які випивають у великих кількостях. Однак інші дослідження повідомляють, що оптимальними чутливістю та специфічністю для виявлення будь-яких розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, є порогове значення 5 або більше балів для чоловіків і 4 або більше балів для жінок (Dawson et al., 2005b; Gual et al., 2002). Крім того, було встановлено, що опитувальник AUDIT-C однаково ефективний у виявленні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в різних етнічних групах (Frank et al., 2008). Однак слід зазначити, що AUDIT-C має високу

частоту хибнопозитивних результатів при використанні як скринінгового інструменту (Nordqvist et al., 2004).

Проте простота використання та вже встановлений зв'язок між частотою/обсягом вживання алкоголю та зловживанням/залежністю від алкоголю дають підстави вважати AUDIT-C придатним для контролю результатів.

Опитувальник APQ широко використовують у дослідженнях результатів лікування розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, як метод оцінки проблем, пов'язаних із алкоголем, у Великій Британії (наприклад, Drummond, 1990; Drummond et al., 2009; Дослідницька група UKATT, 2005). Крім того, цей опитувальник є швидким і простим у застосуванні. Тому APQ можна використати для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, у поєднанні з інструментом для оцінки результатів, пов'язаних із вживанням алкоголю, таким як AUDIT-C. Однак десятипунктовий опитувальник AUDIT все ще має перевагу в тому, що дозволяє оцінити ширший діапазон сфер за допомогою одного простого валідованого опитувальника, а отже, краще підходить для стандартного клінічного контролю результатів лікування.

Коли слід оцінювати результати?

Більшість змін у поведінці, пов’язаних із вживанням алкоголю, і найбільше зниження тяжкості вживання алкоголю відбувається протягом перших 3 місяців лікування (Babor et al., 2003; Weisner et al., 2003). Початкові переваги в результатах, пов'язаних із вживанням алкоголю, можуть бути більш помітними вже через 3 місяці, але в інших сферах, не пов'язаних із вживанням алкоголю, таких як соціальне функціонування та загальний стан здоров'я, може знадобитися більше часу для досягнення покращень після лікування. Оскільки в багатьох службах лікування алкогольної залежності спостерігається високий рівень вибування пацієнтів, це може призвести до низького рівня відповіді під час стандартного контролю за результатами лікування. Це підкреслює важливість стандартної оцінки на кожному візиті та користь короткого методу оцінки, такого як AUDIT або проспективного щотижневого щоденника вживання алкоголю. Останній вимагає значної співпраці з пацієнтами та має невідомі надійність і достовірність.

5.25.11 Особливі групи пацієнтів

Структура оцінки дітей та молоді з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю

Як і при оцінці дорослих, використання будь-якого інструменту оцінки залежить від обставин. Це означає, що всім дітям, які не підлягають первинній ідентифікації, слід запропонувати пройти оцінку в спеціалізованій Службі психічного здоров'я для дітей і підлітків Великої Британії (CAMHS). Хоча нижче наведено рекомендації щодо використання конкретних методів оцінки характеру і ступеня зловживання алкоголем та пов'язаних із ним проблем,

Група з розробки настанови також вважає, що таку оцінку слід проводити в контексті комплексної загальної оцінки потреб дітей та молоді у психічному здоров'ї, освіті та соціальній допомозі, відповідно до найкращих сучасних практик (Department for Education and Skills, 2007). Як і в належній практиці оцінки в службах CAMHS, залучення батьків, опікунів та інших осіб (наприклад, шкіл) є важливою частиною будь-якої оцінки. Слід також зазначити, що батьки не тільки відіграють основну роль як інформатори, консультанти та учасники процесу оцінки, але й беруть ключову участь у розробці будь-яких майбутніх планів медичної допомоги. Тому за можливості важливо залучати їх до процесу з самого початку.

Загальну структуру оцінки (принаймні для оцінки зловживання алкоголем) забезпечують інструменти оцінки, розглянуті вище. Однак, незалежно від того, який інструмент оцінки використовується в літературі як для дітей, так і для дорослих (Harrington et al., 1999, і див. розділ 5), в межах будь-якої оцінки проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем серед дітей та молоді, необхідно враховувати такі сфери:

- Вживання алкоголю — обсяг і частота вживання, характеристики залежності та пов'язані з цим проблеми;
- Зловживання супутніми психоактивними речовинами — вживання, характер залежності та пов'язані з цим проблеми;
- Мотивація;
- Самоефективність;
- Інші проблемні сфери

– Фізичний анамнез та проблеми
– Психічне здоров'я та проблеми
– Соціальне функціонування
– Успішність та відвідування школи
– Стосунки з однолітками
– Історія насильства та травм в анамнезі
– Функціонування сім'ї та стосунки в ній

- Оцінка ризиків;
- Потреби розвитку молодої людини;
- Цілі лікування;
- Отримання згоди на лікування;
- Складання плану медичної допомоги та плану управління ризиками.

Ще одним моментом, який слід враховувати, є залучення додаткових інформаторів. Наприклад, з погляду оцінки обсягів і частоти вживання алкоголю, залучення інших інформаторів, таких як батьки, опікуни або школи, може допомогти в деталізації анамнезу вживання, а також у з'ясуванні рівня та правдивості вживання.

Як було зазначено у вступі, в дітей і підлітків форма зловживання алкоголем або алкогольної залежності здебільшого не схожа на ту, що спостерігається у дорослих. Частіше простежується запійне вживання алкоголю, яке часто

супроводжується зловживанням наркотиків. Тому важливо детально описати як характер вживання алкоголю, так і коморбідне зловживання наркотиками. Слід також зазначити, що підлітки можуть мати меншу поширеність симптомів СВ, а також нижчу толерантність до наркотиків. Ці обидва фактори можуть сприяти продовженню вживання алкоголю у великих кількостях, особливо запоями, з подальшими серйозними наслідками для психологічного та фізичного здоров'я, але без "тривожних ознак" появи симптомів СВ.

Наявність в анамнезі травми та насильства

Уже зазначалося, що рівень коморбідного зловживання психоактивними речовинами значно вищий у підлітків, які зловживають алкоголем. Важливо також зазначити, що підлітки, які зловживають алкоголем, мають значно вищий рівень фізичного насильства (у 6-12 разів) і значно вищий рівень сексуального насильства (до 20 разів) (Clark et al., 1997a).

Також існує ймовірність того, що наявність травми в анамнезі впливає на ймовірну коморбідність, наприклад на наявність ПТСР (Clark et al., 2003), а також може бути пов'язана з низькою відповіддю на лікування та необхідністю проведення складніших терапевтичних втручань.

5.25.12 Узагальнення доказових даних

Зміст клінічної оцінки

В огляді літератури було визначено низку компонентів структурованого клінічного інтерв'ю. Вони охоплюють оцінку поточного рівня та анамнезу вживання алкоголю, пов'язаного з ним потенціалу абстиненції, ймовірності відмови від вживання, необхідності огляду супутніх проблем фізичного здоров'я, обстеження психічного здоров'я та оцінку впливу алкоголю на соціальне, особисте, професійне та освітнє функціонування. Також було визначено, що вплив алкоголю на сім'ю є важливим питанням, яке також слід розглянути. Значний акцент в оглянутій літературі було зроблено на важливості залучення людей з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, до лікування та узгодження відповідних цілей. З літератури зрозуміло, що для людей, які мають помірну та тяжку залежність від алкоголю, початковою метою має бути відмова від вживання. Для інших людей, які зловживають алкоголем і мають легку залежність, як розумну мету лікування можна розглядати зниження рівня вживання алкоголю. Однак при проведенні таких оцінок слід враховувати минулу історію невдалих спроб помірного вживання алкоголю.

Існує мало доказових даних, що свідчать про методи ідентифікації та оцінки, необхідні для полегшення СВ у дітей та молодих людей. Тому Група з розробки настанови на основі консенсусу прийняла рішення екстраполювати дані з огляду літератури для дорослих і поєднати їх з експертним висновком. Група з розробки настанови дійшла висновку, що комплексну оцінку та оцінку з метою надання медикаментозної підтримки СВ слід пропонувати всім дітям

та підліткам із підтвердженим запоєм, з оцінкою за шкалою AUDIT понад 15 балів, а також тим, хто вживає більше ніж п'ять стандартних порцій алкоголю на день, але при прийнятті такого рішення слід також враховувати інші фактори, такі як вік, вага, попередній анамнез зловживання алкоголем та наявність супутніх розладів.

В огляді формальних заходів оцінки також було розглянуто низку методів оцінки мотивації (готовності до змін). Група з розробки настанови не вважає, що якість цих методів оцінки мотивації (частково через непрактичність цих методів, які були розроблені насамперед для використання в дослідженнях) виправдовує їх використання в стандартній клінічній практиці. Однак критично важливою частиною оцінки є врахування готовності та/або мотивації пацієнта до змін.

Фізикальні обстеження

Дуже важливо усвідомлювати та вивчати природу поширених проблем з фізичним здоров'ям, пов'язаних із зловживанням алкоголем. У цій настанові та інших відповідних настановах NICE (NICE, 2010a і 2010b) розглядається значення біомаркерів, наприклад функціональних проб печінки, як індикаторів для діагностики розладів, пов'язаних із зловживанням алкоголем. На підставі оглядів літератури, проведених для цієї та інших настанов NICE, було зроблено висновок, що ці методи оцінки мають недостатню чутливість і специфічність порівняно з валідованими методами оцінки, такими як тест AUDIT. Однак для людей з особливими проблемами фізичного здоров'я, для тих, для кого регулярний зворотний зв'язок щодо певного біологічного маркера може діяти як мотиваційний інструмент, а також для тих, для кого фармакологічне лікування може вимагати проведення функціональних проб печінки (наприклад, при лікуванні налтрексоном і дисульфірамом), ці заходи можуть відігравати важливу роль у безперервному лікуванні та веденні зловживання алкоголем. У цій та інших настановах NICE (2010a та 2010b) не виявлено доказів на користь використання інших біомаркерів (наприклад, аналіз волосся) для стандартного клінічного застосування в оцінці або контролі результатів зловживання алкоголем.

Оцінка коморбідного зловживання психоактивними речовинами

Визнано, що куріння, вживання алкоголю та наркотиків пов'язані між собою (Farrell et al., 2001) та що особи, які зловживають алкоголем і мають високі показники AUDIT, з більшою ймовірністю вживали наркотики в минулому (Coulthard et al., 2002). Таким чином, доказові дані свідчать про необхідність оцінки коморбідного зловживання психоактивними речовинами. Клінічна оцінка повинна включати тип наркотику та спосіб його вживання, кількість та частоту вживання.

Оцінка коморбідних психічних розладів

Психічні розлади, що супутні зловживанню алкоголем, можуть мати значний вплив як на лікування, так і на довгостроковий результат проблеми, пов'язаної зі зловживанням алкоголем. Однак депресія і тривога часто можуть розвиватися як наслідок зловживання алкоголем. Під час оцінки не існує надійного способу визначити, чи є супутні психічні розлади первинними або вторинними щодо зловживання алкоголем. Це означає, що симптоми супутніх психічних розладів необхідно контролювати протягом усього періоду оцінки та лікування. Суїцидальні думки є поширеним проявом зловживання алкоголем. Їх необхідно оцінювати та активно контролювати в межах загального процесу управління ризиками. Група з розробки настанови вважає, що принаймні через 3-4 тижні після відмови від вживання алкоголю, слід провести повторну оцінку поширених психічних розладів. На цьому етапі можна розглянути можливість лікування. Слід ознайомитися з настановами NICE щодо лікування цих розладів.

Когнітивні порушення

У більшості людей, які зловживають алкоголем і звертаються за лікуванням, спостерігаються когнітивні порушення. Однак ці порушення, які можуть бути тимчасовими, часто не виявляються при первинній оцінці. Розглянуті доказові дані вказують на те, що шкала MMSE має достатню валідність як інструмент первинної ідентифікації та має бути доповнена спеціальними питаннями для виявлення тривалості та ступеня функціональних порушень. Існують також докази того, що тест ACE-R має достатню чутливість для діагностики легких когнітивних порушень. Однак він не дозволяє оцінити всі аспекти когнітивних функцій, тому повинен використовуватися як частина спеціалізованої батареї тестів для комплексної оцінки в поєднанні з тестом на виконавчі здібності, таким як субтест "Композиції з кубиків" Тесту інтелекту Векслера для дорослих (WAIS-III) (Wechsler, 1945/1997) або Тест прямування за маршрутом, частина B (Батарея тестів для перевірки одиничної підготовки особового складу збройних сил, 1944). Неможливо провести ефективну оцінку когнітивних функцій у людей, які зловживають алкоголем і активно п'ють. Якщо немає доказів серйозних когнітивних порушень, які можуть вимагати подальшого та негайного дослідження, Група з розробки настанови вважає, що належну оцінку когнітивних порушень краще відкласти до 3-4 тижнів після відмови від вживання алкоголю. Якщо значні когнітивні порушення зберігаються на цьому етапі, їх слід оцінити формальніше, включно зі збором детальнішого анамнезу та нейропсихологічним тестуванням. Пацієнти з гострою сплутаністю свідомості та значною втратою пам'яті можуть страждати на ЕВ і повинні бути обстеженні та отримати відповідне лікування (див. настанову NICE, 2010b).

Організація та проведення оцінки

Було проаналізовано доказові дані щодо організації та проведення різних видів оцінки. Це охоплювало огляд нині рекомендованих систем оцінки в Англії і, зокрема, структури поетапної допомоги МоСАМ. Цей підхід починається з початкової ідентифікації випадків/діагностичної оцінки. При цьому основна увага приділяється коротким оцінкам, які можуть бути проведені персоналом різних медичних і суміжних служб. Існують переконливі докази того, що розглянуті вище інструменти оцінки, такі як AUDIT і SADQ, дозволяють визначити належний рівень необхідного втручання. Існують також докази того, що людей, які зловживають алкоголем, можна оцінити за допомогою відносно короткої сортувальної оцінки. У цій настанові також розглянуто доказові дані щодо факторів, які слід враховувати при оцінці СВ. Насамкінець було переглянуто показання до проведення та зміст комплексної оцінки. Підсумовуючи, Група з розробки настанови дійшла висновку, що доцільно використовувати поетапний підхід до оцінки відповідно до підходу, викладеного в МоСАМ (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006а).

Контроль за результатами

Група з розробки настанови проаналізувала докази щодо використання стандартного контролю за результатами. У рамках загального огляду інструментів оцінки було розглянуто низку інструментів оцінки. Хоча ці методи оцінки є ефективними для виявлення наявності або ступеня розладу, більшість з них були визнані непридатними або непрактичними для стандартної оцінки результатів. Доказові дані вказують на те, що опитувальник AUDIT є валідним, надійним і здійсненним методом для контролю результатів у стандартній клінічній практиці. Проспективні щотижневі щоденники вживання алкоголю, хоча і широко використовуються в клінічній практиці, мають невідомі надійність і валідність. Стандартне вимірювання концентрації алкоголю у видихуваному повітрі не було підтверджено доказами ні для первинної оцінки, ні для стандартного контролю результатів, хоча цей метод може бути корисним для контролю утримання від вживання алкоголю в контексті програми підтримки стану відміни. Тому Група з розробки настанови віддає перевагу використанню тесту AUDIT (зокрема, перших трьох запитань з опитувальника, а наступні запитання використовуються лише для 6-місячного подальшого спостереження) як стандартного заходу, але визнає, що в деяких службах, особливо спеціалізованих службах 3 і 4 ступенів, може також використовуватися додатковий, детальніший метод оцінювання. Група з розробки настанови також підтримала використання опитувальника APQ як інструменту контролю результатів при оцінці проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю.

5.26 ВІД ДОКАЗОВИХ ДАНИХ ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ

Інструменти оцінки

Під час огляду інструментів оцінки було виявлено низку методів оцінки, які мають достатньо надійні психометричні характеристики для використання в стандартній клінічній практиці. На додаток до цих факторів, Група з розробки настанови також використала свої експертні знання для оцінки користі та доцільності їх використання в стандартній клінічній практиці. Як інструмент ідентифікації випадків (тобто такий, що вказує на необхідність подальшого лікування), опитувальник AUDIT є оптимальним інструментом. Якщо опитувальник AUDIT не є доступним та/або практичним, як індикатор потенційної потреби в лікуванні можна використовувати простий показник типового щоденного вживання алкоголю.

Для осіб з підозрою на алкогольну залежність Група з розробки настанови підтримала використання опитувальників SADQ або LDQ як ефективних інструментів для вимірювання ступеня тяжкості алкогольної залежності, з метою визначення подальшого лікування. Було визначено, що APQ відповідає всім необхідним критеріям для оцінки ступеня проблем, пов'язаних зі зловживанням алкоголем. Крім того, на основі огляду настанов NICE щодо лікування фізичних ускладнень, пов'язаних із алкоголем (NICE, 2010b), шкалу CIWA-Ar було визнано найвідповіднішим інструментом для оцінки симптомів алкогольного СВ.

Зміст клінічної оцінки, а також організація та проведення систем оцінки

Важливо визнати, що використання лише окремих інструментів оцінки, таких як зазначені вище, не забезпечує комплексної оцінки. Докази вказують на те, що на додаток до вивчення минулого та недавнього анамнезу вживання алкоголю, слід також оцінювати пов'язані з ним проблеми фізичного та психічного здоров'я, а також вплив на здоров'я, соціальні та економічні проблеми. У цьому розділі також визначено важливість впливу на сім'ю (включаючи, що важливо, дітей). Важливо також визнати, що одним із основних аспектів ефективної оцінки є процес залучення пацієнтів та визначення цілей лікування. Наприклад, визначення того, чи бажаною метою є відмова від вживання алкоголю, що становить початкову мету для людей з помірною та сильною залежністю, або помірне вживання алкоголю. Тому Група з розробки настанови вирішила надати детальну інформацію про зміст низки сфер оцінювання. Група з розробки настанови також проаналізувала докази щодо організації та проведення систем оцінки і підтримала наявну систему, рекомендовану в рамках МоСАМ (Міністерство охорони здоров'я Великої Британії, 2006a). Для цього можуть знадобитися додаткові спеціалізовані ресурси та системи оцінки, щоб гарантувати, що окремі працівники мають можливість і компетентність для проведення таких оцінок.

Фізикальні обстеження

Огляд, проведений для цієї настанови (значною мірою на основі паралельної роботи над іншими настановами NICE; NICE, 2010b), показав, що фізикальні обстеження (зокрема, аналізи крові, включаючи функціональні проби печінки) не є достатньо чутливими або специфічними заходами для стандартного використання в спеціалізованих службах лікування алкогольної залежності. Однак біомаркери можуть мати додаткову перевагу як мотиваційні інструменти, що забезпечують зворотній зв'язок щодо успіху та дозволяють оцінити придатність пацієнтів до деяких фармакологічних втручань (наприклад, налтрексону та дисульфіраму). Група з розробки настанови також вважає, що вимірювання рівня алкоголю у видихуваному повітрі є корисною об'єктивною частиною клінічного контролю при проведенні медикаментозної підтримки СВ.

Оцінка коморбідного зловживання психоактивними речовинами

Наявність коморбідного зловживання психоактивними речовинами асоціюється з гіршими результатами для осіб, які зловживають алкоголем, і тому Група з розробки настанови проаналізувала докази щодо цієї проблеми, а також рекомендації настанови NICE (2007a) щодо психосоціального супроводу зловживання психоактивними речовинами. Було вирішено, що оцінка коморбідного зловживання наркотиками повинна бути частиною стандартної оцінки зловживання алкоголем. Слід розглянути можливість використання біологічних аналізів (наприклад, зразків сечі або слини) як частини комплексної оцінки зловживання наркотиками, але клініцисти не повинні покладатися на них, як на єдиний метод діагностики та оцінки.

Оцінка коморбідних психічних розладів

У людей, які зловживають алкоголем, часто спостерігаються коморбідні психічні розлади. Важливо, щоб їх було оцінено при первинному зверненні. Однак слід зазначити, що у багатьох людей симптоми, наприклад, депресії та тривоги можуть зникнути через 3-4 тижні після відмови від вживання алкоголю. Тому часто недоцільно або не потрібно починати лікування розладу під час первинної оцінки. Ретельний контроль і повторна оцінка симптомів психічного здоров'я після відмови від вживання алкоголю є важливою частиною процедури оцінки. У разі психічних розладів, які зберігаються після 3-4 тижнів після відмови від вживання алкоголю, слід розглянути питання про лікування.

Стандартний контроль результатів

Стандартний контроль результатів є невіддільною частиною будь-якої ефективної системи охорони здоров'я. Було встановлено, що опитувальник AUDIT є найнадійнішим і найдоступнішим інструментом для стандартного контролю за результатами лікування. Проспективні щоденники вживання алкоголю мають невідомі надійність і валідність. Опитувальник APQ також був

визнаний корисним для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, під час контролю результатів лікування.

Компетентність персоналу

Важливо, щоб лікарі, які проводять оцінку пацієнтів, що зловживають алкоголем, мали відповідну компетентність.

Діти та молодь

Через відсутність достатньої кількості доказових даних спеціально для дітей та молоді, Група з розробки настанови вирішила прийняти модифіковану версію системи оцінки, яка використовується для дорослих. Як і в огляді для дорослих, Група з розробки настанови віддала перевагу використанню опитувальника AUDIT як інструменту ідентифікації випадків/скринінгу, що відповідає підходу, прийнятому в настанові NICE щодо профілактики та короткострокового втручання (NICE, 2010a). Однак Група з розробки настанови вирішила скоригувати порогове значення опитувальника AUDIT у світлі доказів того, що це підвищує чутливість до зловживання алкоголем серед підлітків. Для проведення більш комплексної оцінки Група з розробки настанови рекомендувала використовувати два можливі інструменти оцінки та включати будь-яку оцінку зловживання алкоголем у комплексну оцінку потреб дитини або підлітка.

В даному розділі містяться клінічні рекомендації настанови щодо ролі скринінгу на раннє виявлення проблеми, пов’язаної з алкоголем, та алкогольну залежність.

The Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of Addiction Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021

Скринінг та оцінка

Раннє виявлення та скринінг

Метою раннього виявлення є визначення того, чи має людина одну з форм шкідливого вживання алкоголю, що включає в себе шкідливе або ризиковане вживання алкоголю, проблеми, пов'язані з алкоголем, та алкогольну залежність. Термін «скринінг» означає проактивний та/або систематичний підхід до раннього виявлення, який має на меті виявити тих, хто, найімовірніше, вживає алкоголь у нездоровий спосіб і може отримати вигоду від інтервенцій. Метою раннього виявлення є забезпечення застосування відповідної початкової інтервенції та виявлення осіб, які можуть потребувати більш комплексної оцінки та більш детального лікування або направлення на таке лікування. Скринінг часто поєднується з початковими короткими, обмеженими у часі інтервенціями, спрямованими на зниження споживання, особливо серед осіб зі шкідливими або ризикованими моделями вживання

алкоголю. Методи скринінгу оцінювалися в широкому діапазоні закладів його проведення.

Місце скринінгу

Заклади, в яких проводяться скринінг та оцінка, можуть бути різними. Скринінг слід проводити в закладах, де поширеність ризикованого вживання алкоголю є найвищою, і де його виявлення матиме найбільше значення як для медичного працівника, так і для людини, яка вживає алкоголь. Різноманітні заклади, в яких можна проводити скринінг, включають:

- амбулаторії загальної практики та інші заклади первинної медичної допомоги;
- відділення невідкладної допомоги; і
- лікарняні заклади, включаючи відділення та клініки.

Крім того, можна розглянути можливість проведення скринінгу в:

- громадських службах охорони здоров'я, соціального захисту та загальних консультативних службах; та
- на робочих місцях підвищеного ризику.

Місця та заклади відображені в порядку ймовірної результативності; медичні заклади, найімовірніше, покажуть високий рівень виявлення.

Амбулаторії загальної практики та інші заклади первинної медичної допомоги

На рівні первинної медичної допомоги спостерігається значна недооцінка вживання алкоголю в нездоровий спосіб.

На глобальному рівні до 60% пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, не виявляються, якщо лікарі покладаються виключно на власні клінічні судження. Дані австралійського та глобального контекстів свідчать про те, що скринінг та застосування інтервенцій на ранньому етапі в умовах первинної медичної допомоги є ефективними для зниження рівня вживання алкоголю та економічно вигідними. Тому заходи з виявлення та застосування коротких інтервенцій слід заохочувати в загальній та відповідній спеціалізованій медичній практиці. Через свою роль у первинній медико-санітарній допомозі та високий рівень контакту з населенням лікарі загальної практики мають ідеальні можливості для виявлення та надання допомоги пацієнтам з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю та наркотиків.

Існує кілька ініціатив, спрямованих на заохочення скринінгу в австралійських закладах загальної практики. Вони включають програму «Куріння, харчування, алкоголь і фізична активність» (SNAP) для лікарів загальної практики (Університет Нового Південного Уельсу) і пакет «Менше пити» (Університет Сіднея).

Дані, отримані від австралійських та світових провайдерів первинної медичної допомоги, виявили низку бар'єрів, що перешкоджають впровадженню раннього виявлення та скринінгу. Ключовими серед них є (і) брак інституційної

підтримки або часу, (ii) стигма і стереотипи «проблемного вживання алкоголю», (iii) сприйняття загрози для відносин між пацієнтом і лікарем.

Відділення невідкладної допомоги

Відділення невідкладної допомоги, як правило, розглядаються як інша форма первинної медичної допомоги, оскільки не потребують попереднього направлення. Однак діяльність відділень невідкладної допомоги суттєво відрізняється від інших закладів надання первинної медичної допомоги, оскільки основна увага приділяється сортуванню пацієнтів, реанімації та стабілізації стану, а також направленню на подальше лікування.

Споживання алкоголю значно знижується після скринінгу та короткої інтервенції у відділеннях невідкладної допомоги, хоча цей вплив виявляється нетривалим. У низці досліджень також відзначено зниження вторинних наслідків, таких як кількість днів вживання алкоголю. З огляду на високу поширеність шкоди, пов'язаної з алкоголем, у відділеннях невідкладної допомоги, слід заохочувати виявлення та впровадження коротких інтервенцій.

Відділення лікарень та клініки

Особи, які вживають алкоголь у нездоровий спосіб, становлять значну частку пацієнтів лікарень, яка в цілому складає близько 20%, а в деяких місцях – до 80%. Однак приблизно половина пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, не виявляються персоналом лікарні.

Тим не менш, існують вагомі підстави для того, щоб у багатопрофільних лікарнях запровадили систематичні процедури скринінгу на вживання алкоголю у нездоровий спосіб серед стаціонарних та амбулаторних пацієнтів, а також процедури для відповідних інтервенцій. Переваги таких процедур включають раннє розпізнавання, профілактику та лікування стану відміни алкоголю та пов'язаних із алкоголем медичних розладів, а також скорочення тривалості перебування в стаціонарі та рівня захворюваності. У всіх лікарнях повинні бути впроваджені рутинні процедури для полегшення спостереження за пацієнтами в громаді після виписки.

Підсумовуючи, впровадження інтервенцій на базі лікарні можуть включати:

- короткі інтервенції, що надаються лікарями, медсестрами та суміжними медичними працівниками в багатопрофільних лікарнях;
- лікування синдрому відміни алкоголю, інтоксикації та інших медичних станів, пов'язаних із вживанням алкоголю; та
- перенаправлення до лікаря загальної практики та інших служб перенаправлення, надання зворотного зв'язку про рівень ризикованого споживання та рекомендацій щодо необхідності постійного моніторингу та подальших інтервенцій.

Стратегії, спрямовані на підвищення рівня виявлення в лікарнях, включають:

- мультидисциплінарну підготовку на бакалаврському та магістерському рівнях;
- реорганізацію системи, що включає систематичну електронну реєстрацію даних про споживання алкоголю; та
- спеціалізовані консультаційні служби з питань залежностей від наркотиків та алкоголю в усіх лікарнях.

Служби соціального захисту та загальні консультаційні служби

Окрім загальної медичної практики, існує низка соціальних та загальних консультативних служб, куди люди можуть звертатися самостійно. До них належать, зокрема, притулки для безхатченків, установи кримінальної юстиції та служби захисту сім'ї. Скринінг у цих контекстах дає можливість виявити проблему та перенаправити для отримання інтервенцій. Ймовірно, у значній частині випадків надмірне вживання алкоголю сприяло виникненню наявної проблеми (стосунки, фінанси, виховання дітей, психічне здоров'я, працевлаштування, насильство, житлові умови). Однак через широту доступних послуг і брак даних важко зробити висновки щодо ефективності скринінгу в цих службах. Інші дані свідчать про неоднозначні результати скринінгу в контексті служб соціального захисту, що, можливо, пов'язано з дуже гетерогенним характером таких служб.

Робоче місце

Докази високого рівня проблемного вживання алкоголю на деяких робочих місцях свідчать про те, що це відповідне місце для виявлення ризикованого вживання алкоголю та впровадження інтервенцій. Такий скринінг та інтервенції мають потенціал для покращення здоров'я та безпеки працівників, а також обмеження небезпек і нещасних випадків на робочому місці.

Виявлення моделі небезпечного вживання алкоголю має бути частиною будь-якої рутинної оцінки стану здоров'я на критично важливих для безпеки робочих місцях. Процедури охорони здоров'я та безпеки на робочому місці повинні визначати відповідні стратегії та варіанти перенаправлення працівників, у яких виявлено проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю. Особам, виявленим під час скринінгу, слід запропонувати направлення на обстеження до лікаря, який має досвід у діагностиці та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Особам, які мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, слід запропонувати лікування, згідно з цими настановами.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.1	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій повинні бути широко впроваджені в **загальну практику**	A

4.2	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій повинні бути широко впроваджені **в відділеннях невідкладної допомоги**	C
4.3	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій повинні бути широко впроваджені **в лікарнях**	B
4.4	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій повинні бути широко впроваджені в **громадських службах охорони здоров'я та соціального захисту**	C
4.5	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій є доречними в **спеціалізованих установах** у разі надмірного вживання алкоголю. Наразі немає достатніх доказів, щоб рекомендувати ширше впровадження	C
4.6	Скринінг щодо нездорового вживання алкоголю та відповідні системи інтервенцій повинні бути пріоритетом на **робочих місцях, пов'язаних із високим ризиком**	D

Скринінг

До методів виявлення людей, які вживають алкоголь на ризикованому рівні, належать:

- опитування особи про її модель вживання алкоголю (оцінка «кількість-частота»);
  використання скринінгових опитувальників;
- фізичний огляд особи на предмет сп'яніння або ознак шкідливого вживання алкоголю;
- спостереження за біологічними маркерами надмірного вживання алкоголю.

Підходи, що використовуються для виявлення людей з ризикованими моделями вживання алкоголю, суттєво відрізняються в різних умовах. В одних умовах рекомендується рутинний скринінг усіх пацієнтів, в інших - це може бути неможливо. За таких обставин важливо виявити нездорове вживання алкоголю, якщо воно має відношення до наявної проблеми.

Опитування особи про її модель вживання алкоголю (оцінка «Кількість-частота»)

Оцінка кількості алкоголю, що вживається може бути надійним методом виявлення ризикованих моделей вживання алкоголю. Така оцінка включає в себе:

- середньодобове споживання (грамів на день або стандартних порцій в день) алкоголю;
- кількість днів вживання алкоголю на тиждень (або місяць).

Якщо вживання перевищує рекомендоване в настановах NHMRC, показана більш ретельна оцінка, щоб виключити шкідливе вживання та/або залежність.

Кількісно-частотний підхід для скринінгу був прийнятий у США. Він також є основою для застосування перших трьох запитань в опитувальнику AUDIT (AUDIT-C).

Стиль проведення опитування медичним працівником є важливим і включає в себе:

- застосування неупередженого підходу, який нормалізує вживання алкоголю (наприклад, розпитування про низку факторів способу життя, включаючи харчування, тютюнопаління, вживання кофеїну, вживання алкоголю);
- підхід «зверху вниз» (наприклад, запитати про рівень вживання алкоголю, вищий за очікуваний, щоб пацієнт, швидше за все, відчував себе комфортно, визнавши реальний рівень вживання алкоголю, знизивши оцінку до правильного рівня).

Важливо ретельно інтерпретувати мову. Наприклад, якщо пацієнт повідомляє про епізод споживання алкоголю, це може означати споживання однієї стандартної порції алкоголю або ж ніч пиятики. Кількісні показники повинні замінити неконкретні терміни, такі як «товариська випивка».

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.7	Проводити оцінку кількості та частоти вживання алкоголю з акцентом на виявлення осіб, які вживають більші кількості або частіше ніж визначено в рекомендаціях NHMRC 2020, серед загального населення	B

Використання скринінгового опитувальника

Одним з визнаних методів виявлення людей з ризикованим вживанням алкоголю є використання стандартного опитувальника. Багато опитувальників було розроблено для скринінгу алкогольної залежності, але лише деякі з них були розроблені спеціально для виявлення людей, які вживають алкоголь у ризикованих кількостях, але можуть не бути залежними від нього.

Опубліковано вичерпний перелік доступних інструментів для використання в дослідженнях (див. **Огляд доказової бази** та **Додаток**).

Хоча жоден з них не був оцінений щодо відповідності чинним настановам NHMRC, рекомендованими інструментами є тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT), або пов'язані з ним версії, такі як AUDIT-C та AUDIT-3.

Тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT)

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила опитувальник AUDIT, який призначений для виявлення людей з ризикованою моделлю вживання алкоголю (див. **Додаток**). AUDIT складається з десяти запитань, які представляють три основні концептуальні сфери: вживання (запитання 1-3), залежність (запитання 4-6) та проблеми (запитання 7-10). Тест ефективно розрізняє людей з ризикованою і не ризикованою моделлю вживання алкоголю, ідентифікує залежних від алкоголю людей, і має крос-культурну валідність. Опитувальник є коротким (10 запитань), його можна заповнювати самостійно, і він підходить для закладів первинної медичної допомоги. AUDIT продемонстрував свою валідність серед широкого кола пацієнтів, включаючи тих, хто відвідує заклади первинної медичної допомоги, підлітків, наркозалежних пацієнтів, крос-культурних груп, водіїв, пацієнтів відділень невідкладної допомоги, психіатричних відділень та вагітних жінок. AUDIT працює так само, як Мічиганський скринінговий тест на алкоголь (MAST) і CAGE для виявлення алкогольної залежності, але є більш чутливим і специфічним для виявлення шкідливих і небезпечних моделей вживання алкоголю. Оцінка 8 або більше балів вказує на ймовірне шкідливе або небезпечне вживання алкоголю, а оцінка 15 або більше балів свідчить про необхідність обстеження на алкогольну залежність.

Скорочена версія AUDIT - AUDIT-C - складається лише з питань 1-3 щодо вживання алкоголю (Таблиця 3.1). Він був успішно використаний для виявлення розладів вживання алкоголю за DSM-5 у вибірках студентів коледжів США та дорослого населення Німеччини. Оцінка 5 або більше балів вказує на необхідність подальшого обстеження.

Третє питання опитувальника AUDIT, взяте окремо (AUDIT-3), має майже таку саму чутливість та специфічність, як і довші форми опитувальників.

Рисунок 4.1

AUDIT-C

1. Як часто ви вживаєте напої, що містять алкоголь?				
Ніколи	**Щомісяця або рідше**	**2-4 рази на місяць**	**2-3 рази на тиждень**	**4 і більше разів на тиждень**

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Скільки стандартних порцій алкоголю, ви випиваєте в звичайний день, коли п'єте?				
1 або 2	**3 або 4**	**5 або 6**	**Від 7 до 9**	**10 і більше**
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Як часто ви випиваєте шість або більше стандартних порцій алкоголю за один раз?				
Ніколи	**Менше, ніж щомісяця**	**Щомісяця**	**Щотижня**	**Щодня або майже щодня**
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Рекомендований скринінг від NIAAA

Національний інститут зловживання алкоголем та залежності від алкоголю (NIAAA) США розробив двоетапний скринінг на першому етапі якого з'ясовується, чи вживає пацієнт алкоголь, а на другому запитується, скільки разів за останній рік людина перевищувала національні рекомендації. Цей інструмент часто скорочують, відкидаючи перший етап, створюючи інструмент з одним запитанням, який не потребує підрахунку балів.

Рекомендований NIAAA скринінг був широко прийнятий у США, мета-аналітичні дослідження показали високу успішність у виявленні широкого спектру нездорових моделей вживання алкоголю, будучи в цілому порівнянним з AUDIT-C.

Опитувальники MAST та CAGE

Такі інструменти, як опитувальники MAST і CAGE (див. Додаток), були розроблені з огляду на їхню здатність відрізняти хронічно залежних від алкоголю людей від людей, які не мають алкогольної залежності. Хоча ці опитувальники мають хороші показники, оскільки виявляють 95% або більше хронічно залежних від алкоголю людей, вони набагато менш ефективні у виявленні людей з менш серйозними проблемами із вживанням спиртних напоїв. Через це обмеження їх не рекомендують використовувати для скринінгу в закладах первинної медичної допомоги.

Інші опитувальники

Скринінговий тест на виявлення вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин (ASSIST) є корисним скринінговим опитувальником, рекомендованим ВООЗ, питання в якому стосуються алкоголю та інших речовин (див. Розділ 20).

Крім того, для подолання обмежень існуючих підходів було розроблено низку інших інструментів скринінгу. Вони є найбільш корисними для досліджень, а не для клінічних умов, і не розглядаються надалі в цих настановах.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
4.8	AUDIT є найефективнішим доступним інструментом скринінгу і рекомендується для використання в закладах первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ. Для скринінгу серед загального населення AUDIT-C є альтернативою і може використовуватися як інструмент першого етапу скринінгу	A

Скринінг на вживання алкоголю вагітними жінками

Поради NHMRC 2020 року полягають у тому, що найбезпечніше не вживати алкоголь під час вагітності, що відповідає міжнародним рекомендаціям. Низький рівень споживання алкоголю, що викликає занепокоєння в останніх настановах, не може бути визначений за допомогою поточних опитувальників. Найкращим методом оцінки кількості та частоти вживання алкоголю є клінічний анамнез.

З огляду на потенційний несприятливий вплив на плід, скринінг на вживання алкоголю повинен бути включений до звичайного антенатального анамнезу. Усіх вагітних жінок слід опитувати про рівень вживання алкоголю в контексті клінічного обстеження.

Усіх вагітних жінок слід ознайомити з чинними рекомендаціями щодо вживання алкоголю під час вагітності. Якщо вживання алкоголю продовжується, слід делікатно провести повну оцінку споживання алкоголю та будь-яких несприятливих наслідків і надати відповідні направлення. Вагітних жінок, які вживають мінімальну кількість алкоголю (наприклад, 1-2 стандартні порції на тиждень без збільшення кількості), слід запевнити, що немає жодних доказів того, що це шкідливо для здоров'я.

Опитувальник ASSIST для скринінгу на вживання алкоголю та інших психоактивних речовин був скорочений для скринінгу в цій групі населення, але не рекомендується через низьку чутливість у виявленні вживання алкоголю вагітними жінками.

Див. Розділ 14 *«Вагітні та жінки, що годують груддю»* для отримання більш детальної інформації.

Фізичний огляд на визначення стану алкогольного сп'яніння або на наявність ознак шкідливого вживання алкоголю

Певні фізичні розлади або ознаки можуть свідчити про шкідливе вживання алкоголю або інтоксикацію. Такі захворювання, як цироз печінки та панкреатит, часто є результатом вживання алкоголю. Деякі фізичні ознаки, які

можуть свідчити про інтоксикацію, зловживання алкоголем або синдром відміни, наведені нижче.

Хоча деякі фізичні ознаки можуть свідчити про зловживання алкоголем, слід зазначити, що вони не є остаточними, а їхня відсутність не виключає існування небезпечного вживання алкоголю.

Загальні ознаки, помітні під час фізичного обстеження:

запах алкоголю в диханні;

почервоніння обличчя, капілярна сітка, набряк навколо очей, привушний набряк;

недостатнє самообслуговування, недоїдання, авітаміноз;

блідість, лихоманка, почервоніння;

гіпертензія;

синці різної давнини;

почервоніння очей;

потовиділення (синдром відміни);

тремор (синдром відміни);

жовтяниця (захворювання печінки, пов'язане з алкоголем).

Джерело: Сондерс та інш. (2016). Медицина залежності. Розділ 5.

Пацієнти з такими проблемами повинні пройти скринінг на вживання алкоголю і, за необхідності, перейти до більш комплексного обстеження.

Біологічні маркери надмірного вживання алкоголю

Біологічні маркери надмірного вживання алкоголю включають безпосередні показники вживання алкоголю (наприклад, вміст алкоголю в диханні або крові), а також показники різних метаболітів алкоголю. Існує кілька безпосередніх показників, таких як активність печінкових ферментів, рівень дефіцитного вуглеводного трансферину, середній об'єм еритроцитів та інші.

Вимірювання рівня алкоголю

Вимірювання концентрації алкоголю (у диханні та крові) є важливим при скринінгу на вживання алкоголю на робочому місці та в інших місцях. Це корисні показники у відділеннях невідкладної допомоги та в амбулаторних клініках для підтвердження нещодавнього вживання алкоголю та оцінки підозри на інтоксикацію. Тести на вміст алкоголю в диханні є менш інвазивними і широко застосовуються при тестуванні на дорогах. На кореляцію між концентрацією алкоголю та інтоксикацією може впливати низка факторів, включаючи толерантність, і вона може потребувати ретельної клінічної інтерпретації.

Опосередковані маркери

Для виявлення вживання алкоголю використовується низка опосередкованих біологічних маркерів, а саме:

- печінкові проби:
  аланінамінотрансфераза (АЛТ);
  аспартат амінотрансфераза (АСТ);
  гамма-глутамілтрансфераза (ГГТ);
- карбогідрат-дефіцитний трансферин (CDT);
- середній корпускулярний об'єм (MCV);
- сечова кислота;
- 5-гідрокситриптофол (5-HTOL);
- фосфатидилетанол (PEth);
- етилові ефіри жирних кислот (FAEE);
- етилглюкуронід (EtG);
- етилсульфат (EtS).

Визначення рівня сироваткового ГГТ, печінкового ферменту, є найкориснішим з наявних на сьогодні тестів, але має лише помірну чутливість і специфічність. Його рівень підвищений у 30% пацієнтів з алкогольною залежністю на первинній ланці і, залежно від клінічних обставин, у 50-70% госпіталізованих пацієнтів з алкогольною залежністю. Однак він рідше підвищується у жінок і молодих людей. Він є частиною багатоканального біохімічного аналізу, пропонованого в рамках програми Medicare, як і рівні АСТ та АЛТ.

Підвищений рівень ГГТ не є специфічним для вживання алкоголю і може виникати при інших станах, в тому числі при:

- ожирінні (наразі найпоширеніша причина підвищеного рівня ГГТ у деяких групах населення),
- обструктивному захворюванню печінки,
- прийомі ЛЗ, які індукують печінкові цитохроми (наприклад, протисудомні препарати).

Карбогідрат-дефіцитний трансферин є чутливим і високо специфічним маркером шкідливого вживання алкоголю, оскільки існує дуже мало причин підвищення такого дефіциту, окрім алкоголю. Однак, аналіз на дефіцит вуглеводного дефіциту не покривається програмою Medicare і рідко використовується поза межами судово-медичної експертизи та юриспруденції.

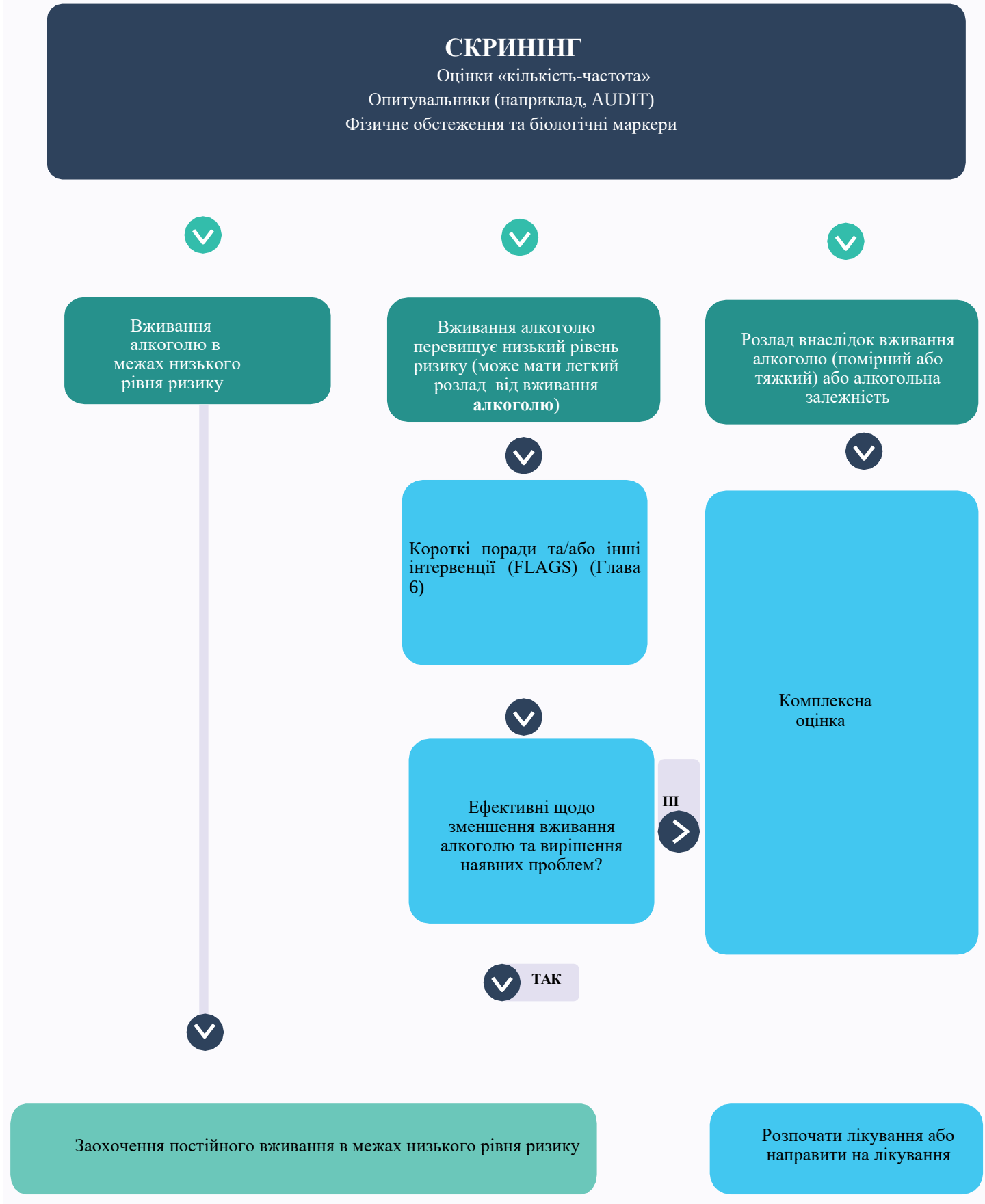
Нещодавно відкриті біомаркери, такі як 5-HTOL, PEth, FAEE та EtG, відносно не залежать від стану захворювання, але їхня вартість та виключення зі списку покриття Medicare обмежує їхню корисність у повсякденній клінічній практиці.

Через більшу чутливість і специфічність застосування опитувальників (таких як AUDIT) їм надається перевага перед біологічними маркерами. Біологічні маркери слід використовувати лише як доповнення до інших заходів скринінгу.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
4.9	Прямі вимірювання алкоголю в диханні (за допомогою високоякісних та відкаліброваних алкотестерів) та/або крові можуть бути корисними маркерами нещодавнього вживання та при оцінці інтоксикації	B
4.10	Опосередковані біологічні маркери (функціональні печінкові проби або дефіцит вуглеводного трансферину) слід використовувати як доповнення до інших заходів скринінгу, оскільки вони мають нижчу чутливість і специфічність у виявленні осіб з груп ризику, ніж структуровані опитувальники (такі як AUDIT). Біологічні маркери можуть бути корисними, якщо немає можливості отримати дані від пацієнта або анкетування	A
4.11	Багато з нещодавно визначених біологічних маркерів, які не покриваються медичними знижками (висока вартість в приватних закладах) та/або доступні лише у спеціалізованих лабораторіях (обмежена доступність), можуть розглядатися в медико-правових оцінках, якщо немає можливості отримати дані від пацієнта або анкетування, а наслідки вживання алкоголю є серйозними: наприклад, оцінка перед трансплантацією печінки	GPP

Рисунок 4.2

Скринінг



Раннє виявлення та скринінг для підготовки до застосування інтервенцій

Пацієнтам, які вживають алкоголь на рівні, що є вищим за рівень низького ризику (див. рекомендації NHMRC), слід запропонувати короткі інтервенції. Пацієнти з помірними та тяжкими проблемами, пов'язаними з алкоголем, включаючи залежність, потребують більш комплексного обстеження та інтенсивних підходів до лікування (Рис. 4.1)

Комплексна клінічна оцінка

Багато людей, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, виявлених за допомогою підходу раннього виявлення (скринінгу), реагують на короткі інтервенції. Якщо очевидно, що людині завдано значної шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю, або вона не реагує на короткі інтервенції, показана комплексна клінічна оцінка, яка допоможе лікарю у подальшому веденні пацієнта. Таким чином, подальше обстеження показане тим, хто:

- не відреагували на пораду зменшити вживання алкоголю;
- мають більш суттєві проблеми, пов'язані з алкоголем;
- просили або потребували допомоги, щоб впоратися зі своїм вживанням алкоголю.

Оцінка повинна включати діагностичні інтерв'ю, фізичне обстеження, дослідження клінічних і біологічних маркерів, а також збір супутньої інформації про пацієнта. Інтенсивність і деталізація обстеження варіюється в залежності від умов і місця проведення; обсяг обстеження залежить від рівня спеціалізації в галузі проблем з алкоголем. Сфери оцінки включають:

- характер вживання алкоголю;
- тяжкість залежності;
- шкода, пов'язана з алкоголем (наприклад, проблеми з фізичним та психологічним здоров'ям, проблеми у стосунках, професійні та юридичні проблеми);
- мотивація до змін;
- сімейні фактори;
- когнітивні функції.

Потреба у всебічному обстеженні повинна бути збалансована з бажанням залучити пацієнта до лікування та утримати його на лікуванні. Якщо пацієнт відчуває, що на перших сеансах не спостерігається значного прогресу або він взагалі відсутній, його мотивація залишатися в лікуванні може зменшитися. Оцінка може бути розподілена на кілька сеансів, приділяючи певний час на кожному сеансі для визначення попередніх цілей лікування і роботи над їхнім досягненням. Під час більш поглибленої оцінки ці цілі та стратегії лікування можуть потребувати коригування. Оцінка триває протягом усього лікування, оскільки прогрес пацієнта вимірюється відповідно до цілей лікування.

З першого контакту з пацієнтом важливо вселити в нього почуття надії та віри в те, що зміни можливі. Це особливо важливо для пацієнтів, які неодноразово намагалися змінити свої алкогольні звички, але зазнали невдачі.

Самоефективність (тобто віра пацієнта в те, що вони можуть щось зробити зі своєю проблемою) є важливим фактором успіху лікування. На самоефективність, у свою чергу, можуть впливати терапевтичні стосунки (див. Розділ 6).

Мета оцінки

Оцінка виконує три важливі функції, а саме:

Допомога пацієнту та лікарю у визначенні спільних цілей лікування та розробці плану лікування

Різні пацієнти потребують різних підходів, оскільки особи з шкідливим вживанням алкоголю мають різноманітні проблеми, які не можна віднести до однієї певної групи розладів. Будь-які основні або супутні проблеми повинні бути виявлені та вирішені, навіть якщо причинно-наслідковий зв'язок незрозумілий. План лікування повинен ґрунтуватися на найбільш ефективних для пацієнта інтервенціях, а не лише на тих, що зазвичай надаються установою. Пацієнта слід поінформувати про різноманітні варіанти інтервенцій, доступні на місцевому рівні, та допомогти їм прийняти обґрунтоване рішення щодо того, яка інтервенція найбільше відповідає їхнім потребам (див. розділ «Планування лікування» нижче).

Залучення пацієнта до процесу оцінки та лікування

Це можливість для лікаря і пацієнта налагодити взаєморозуміння. Якщо лікар демонструє пацієнтові емпатію, ввічливість і вселяє відчуття надії та оптимізму, пацієнт менш схильний займати оборонну позицію під час інтерв'ю і чинити опір змінам. Зворотній зв'язок від лікаря може заохотити пацієнта оцінити свою ситуацію з нової точки зору. Оцінка може бути визначена як початок терапії; вона часто вперше розкриває повний обсяг проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, як для пацієнта, так і для лікаря.

Мотивування пацієнта до зміни моделей вживання алкоголю та пов’язаної з цим поведінки

Усвідомлення пацієнтом розриву між його цілями та теперішнім станом може підвищити мотивацію до змін. Важливо підкреслити сприйняття пацієнтом можливості змін; це вимагає від лікаря позитивного і реалістичного підходу і співчутливого розуміння наслідків змін для людини, яка вживає алкоголь, та її сім'ї.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.12	Оцінка повинна включати інтерв'ю з пацієнтом, фізичний огляд (за наявності медичних працівників), клінічні дослідження та супутній анамнез. Вона може включати структуровані опитувальники. Тривалість оцінки повинна бути	C

	узгодженою з необхідністю продовження лікування пацієнта та вирішенням нагальних проблем.	

Діагностичні інтерв’ю

В ідеалі первинна оцінка має відбуватися у формі відкритого напівструктурованого інтерв'ю, під час якого пацієнт і лікар складають наративний анамнез, за бажанням використовуючи відповідні опитувальники (див. Таблицю 4.1). Перевага цього методу полягає в тому, що ставлення лікаря є особистим і чуйним до людини, яка вживає алкоголь, а не механічним і безособовим. Водночас, опитування повинно мати цілеспрямовану структуру, щоб уникнути нечіткого, безсистемного обговорення історії хвороби або роздумів над окремими аспектами. Стандартизовані опитувальники не часто використовуються на цьому етапі, але в окремих випадках можуть виявитися корисними деякі валідовані інструменти.

Таблиця 4.1

Питання, які повинні бути охоплені комплексною оцінкою

Пояснення проблеми	**Пояснення проблем**
	Роль вживання алкоголю/наркотичних речовин у поясненні проблем
	Мотивація щодо розуміння проблеми
	Інші проблеми
Медичні та психіатричні коморбідні стани	Проблеми з фізичним здоров'ям (включаючи захворювання печінки, шлунково-кишкового тракту, травми, серцево-судинні, неврологічні, когнітивні, ендокринні захворювання)
	Проблеми з психічним здоров'ям (депресія, тривога, психоз, ризик суїциду)
Соціальні обставини	Соціальне функціонування (включаючи стосунки, працевлаштування, фінансові, житлові, юридичні аспекти)
Обстеження (досвідченим медичним працівником)	Фізикальне обстеження (загальний огляд, ознаки інтоксикації або синдрому відміни алкоголю, оцінка харчування, неврологічна, шлунково-кишкова, серцево-судинна оцінка)
	Обстеження психічного стану (ознаки інтоксикації або

	синдрому відміни алкоголю, когнітивні функції, настрій, мотивація та усвідомлення)
Мотивація та цілі лікування	Цілі лікування (утримання або зменшення вживання алкоголю, інші проблеми зі здоров'ям)
	Залучення інших медичних та/або соціальних працівників
	Клінічні ризики та план управління ризиками (заподіяння шкоди собі/іншим, серйозні фізичні або психічні захворювання, керування автомобілем, захист дітей, домашнє насильство, проблеми на роботі)
	План лікування (потреба в коротких інтервенціях, стратегії контрольованого вживання алкоголю, детоксикації, стратегії профілактики рецидивів, управління супутніми захворюваннями

Примітка: *Комплексна оцінка може вимагати більше однієї консультації та включати збір додаткової інформації з клінічних досліджень та супутнього анамнезу.*

Повна оцінка відбувається впродовж двох або більше сеансів і є постійною частиною лікування. Її не слід розглядати як щось, що має бути завершено під час першого візиту і більше не повертатися до нього. Конкретні сфери, які потребують оцінки, включають:

- рівень та анамнез вживання алкоголю;
- залежність;
- шкода, спричинена вживанням алкоголю, включаючи:
  фізичний стан;
  психологічний та психіатричний стан;
- когнітивна функція;
- мотивація.

Хоча кожна сфера має бути охоплена для забезпечення всебічної оцінки, не кожному пацієнту потрібно проводити детальне обстеження в кожній з них. У деяких випадках така детальна оцінка не потрібна, оскільки стан пацієнта буде очевидним. В інших випадках надана інформація дозволить лікарю провести ретельну оцінку важливих станів.

Лікарі, психологи, медсестри та інші медичні працівники проводять різні за структурою клінічні оцінки з цілого ряду причин, а також оцінка може потребувати адаптації до умов, в яких вона проводиться. Існуючі структуровані діагностичні інтерв'ю часто є занадто громіздкими для клінічної практики через їхню тривалість; їхнє використання, як правило, обмежується дослідницькими

та судово-медичними установами, а також навчанням (див. також «Огляд доказової бази»).

Оцінка рівня та анамнезу вживання алкоголю

Під час оцінки слід зібрати інформацію про історію вживання алкоголю пацієнтом, у тому числі про те, як змінювався, коливався та/або прогресував характер вживання алкоголю з плином часу. Кількісний алкогольний анамнез повинен бути записаний у кожному випадку. Він включає в себе:

- середнє денне споживання (грамів або стандартних порцій на день) алкоголю; та
- кількість днів вживання алкоголю за тиждень (або місяць).

Ряд досліджень показав, що загалом відтворювану і відносно точну інформацію можна отримати з добре зібраного алкогольного анамнезу. На основі кумулятивних самостійних повідомлень від населення, загальний рівень вживання алкоголю часто занижується, але на точність таких самостійних повідомлень може впливати стиль проведення інтерв'ю.

Розпитуйте пацієнта про вживання алкоголю в неупередженому тоні. Клініцисту корисно використовувати підхід «зверху вниз», питаючи про рівень вживання алкоголю, вищий за очікуваний, щоб пацієнту було легше визнати реальний рівень вживання алкоголю, знизивши оцінку до правильного рівня.

Слід ретельно тлумачити формулювання; фраза «випити після роботи» може означати будь-яку кількість алкоголю, що вживається за день і будь-яку частоту вживання – від одного разу на два тижні до кожного дня. Визначення стандартної порції алкоголю слід роз'яснювати в кожному випадку, використовуючи відповідні наочні посібники, такі як наведені в Додатку.

Оцінка повинна включати реконструкцію пацієнтом типового дня і тижня, коли вони вживають алкоголь, починаючи з моменту пробудження і закінчуючи всіма видами діяльності впродовж дня. Наприклад, лікар може запитати о котрій годині було прийнято першу порцію алкоголю, де і з ким. Час, витрачений на випивку, або гроші, витрачені на алкоголь, можна порівняти з оцінкою пацієнта щодо кількості спожитого алкоголю, щоб перевірити точність цієї оцінки. Споживання може бути пов'язане з певними подіями, поведінкою та часом. Оцінка типового дня також дає інформацію про передумови та наслідки вживання алкоголю. Ця інформація може бути включена в рекомендації щодо профілактики рецидивів. Лікарю необхідно розрізняти щоденне вживання алкоголю і запої, коли тижневе або місячне споживання відбувається протягом декількох днів, а в інший час пацієнт утримується або п'є небагато. Використання щоденників або календарів вживання алкоголю може допомогти висвітлити закономірності.

Існує кілька структурованих методів для проведення такої оцінки, хоча вони не використовуються в клінічній практиці (наприклад, індекс «кількість-частота» та ретроспективний щоденник є надійними способами виявлення високих рівнів ризику та моделей вживання). Метод «ретроспективного спостереження» допомагає отримати точний ретроспективний звіт про

вживання алкоголю протягом певного періоду, як правило, 3 місяців. Це трудомісткі, але корисні підходи до отримання детальної клінічної інформації.

Слід також оцінити інші види вживання речовин, включаючи куріння, заспокійливі препарати та заборонені наркотики.

Оцінка залежності

Оцінюючи залежність пацієнта від алкоголю та пов'язану з цим шкоду, що може бути заподіяна внаслідок цього, лікарі повинні з’ясувати:

- ступінь залежності
- наслідки вживання алкоголю
- попередній досвід утримання та лікування.

Вимірювання ступеня залежності людини від алкоголю дозволяє лікарю планувати цілі лікування та інтервенції. Тяжкість залежності вказує на ризик синдрому відміни алкоголю, а також може дати початкове уявлення про те, наскільки інтенсивною має бути програма лікування. Наприклад, людина з більш вираженою алкогольною залежністю може бути менш здатною досягти контрольованого вживання алкоголю. Крім того, ліки для профілактики рецидивів («антиалкогольна фармакотерапія») призначені для людей з алкогольною залежністю і були випробувані на таких пацієнтах; вони можуть не підходити (і, швидше за все, не будуть випробувані) для людей, які не страждають на залежність від алкоголю.

Рисунок 4.3

Діагностичні критерії алкогольної залежності та розладу вживання алкоголю згідно з DSM-5 та МКХ-11

DSM5 розлад вживання алкоголю	**МКХ-11 алкогольна залежність**
Проблемне вживання алкоголю, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу, що проявляється принаймні двома з наведених нижче симптомів, які виникають протягом 12-місячного періоду:	Порушення регуляції вживання алкоголю, що виникає внаслідок повторного або безперервного вживання алкоголю. Характерною ознакою є сильний внутрішній потяг до вживання алкоголю. Для постановки діагнозу необхідно, щоб дві або більше з трьох центральних ознак були очевидними протягом щонайменше 12 місяців, але діагноз може бути поставлений, якщо вживання алкоголю є безперервним протягом щонайменше трьох місяців
Потяг, або сильне бажання чи потяг до вживання алкоголю.	**Порушення контролю** над вживанням алкоголю – з точки зору

Спостерігається **постійне бажання** або безуспішні спроби скоротити або контролювати вживання алкоголю	початку, рівня, обставин або припинення вживання, що часто, але не обов'язково, супроводжується суб'єктивним відчуттям бажання або потягу до вживання алкоголю
Алкоголь часто приймається у **більших кількостях** або протягом більш тривалого періоду, ніж планувалося	
Регулярне вживання алкоголю призводить до **нездатності виконувати** основні службові обов'язки на роботі, в школі чи вдома	Вживання алкоголю стає все **більшим пріоритетом** у житті, так що його вживання переважає над іншими інтересами або задоволеннями, повсякденною діяльністю, обов'язками, здоров'ям або особистим доглядом. Вживання алкоголю займає все більш центральне місце в житті людини, відсуваючи інші сфери життя на периферію, і часто продовжується, незважаючи на появу проблем
Вживання алкоголю **продовжується, незважаючи** на знання про наявність стійких або рецидивуючих **фізичних чи психологічних проблем**, які, ймовірно, були спричинені або загострені алкоголем	
Продовження вживання алкоголю, незважаючи на наявність стійких або рецидивуючих соціальних або міжособистісних проблем, спричинених або загострених впливом алкоголю	Фізіологічні особливості (що свідчать про нейроадаптацію до алкоголю), які проявляються (i) **толерантністю**, (ii) симптомами **синдрому відміни алкоголю** після припинення або зменшення вживання алкоголю, або (iii) повторним вживанням алкоголю (або фармакологічно подібної речовини) для запобігання або полегшення симптомів синдрому відміни алкоголю. Симптоми синдрому відміни алкоголю мають бути характерними для синдрому синдрому відміни алкоголю від алкоголю, а не просто відображати похмільний синдром
Толерантність, яка визначається одним з наведених нижче варіантів: **A.** Потреба в значно більшій кількості алкоголю для досягнення сп'яніння або бажаного ефекту. **B.** Помітне зниження ефекту за умови продовження вживання тієї ж самої кількості алкоголю	
Стан відміни , що проявляється	

будь-яким з наведених нижче симптомів: **A.** Характерний для алкоголю стан відміни. **B.** Алкоголь (або близька до нього речовина) приймається для полегшення або уникнення симптомів синдрому відміни алкоголю	

Повторне вживання алкоголю в ситуаціях, коли це є фізично небезпечним.	Немає еквівалентного критерія

Адаптовано та оновлено з Сондерс Дж.Б., Дегенхардт Л., Рід Г.М., Позняк В. Розлади вживання алкоголю в МКХ-11: минуле, теперішнє та майбутнє. Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю: Клінічні та експериментальні дослідження 2019; 43: 1617-1631.

DSM – Діагностичний і статистичний посібник Американської психіатричної асоціації (APA). МКХ – Міжнародна статистична класифікація хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Примітка: *Слова, виділені **жирним** шрифтом, позначають ключові моменти кожного критерію. У DSM-5 діагноз розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин, додатково класифікується за ступенем тяжкості: Наявність 2-3 симптомів – легкий; наявність 4-5 симптомів – помірний; наявність 6 і більше симптомів – тяжкий.*

Дослідіть досвід пацієнта щодо залежності, толерантності та синдрому відміни алкоголю (відміни), попросивши пацієнта описати останні два-три випадки, коли вони досягали стану сп'яніння, та останні два-три випадки, коли вони не впадали в стан сп'яніння. (Оцінка синдрому відміни алкоголю обговорюється в Розділі 8).

Три з декількох валідованих опитувальників, які вимірюють ступінь алкогольної залежності, включені в Додаток, такі як скорочена версія опитувальника тяжкості алкогольної залежності (SADQ-C), короткий опитувальник щодо даних про алкогольну залежність (SADD), шкала тяжкості залежності (SDS) і шкала алкогольної залежності (ADS) (див. також «Огляд доказової бази»). Ці опитувальники можуть слугувати як контрольний список, що допомагає впорядкувати запитання лікаря, або ж пацієнт може заповнити їх під час обстеження.

Попередній досвід утримання та лікування

Важливо охарактеризувати попередні періоди утримання або зменшення вживання алкоголю, незалежно від того, чи були вони добровільними або примусовими, чи були вони самостійною ініціативою або результатом лікування, чи відчував пацієнт себе краще в результаті, і як ці періоди закінчилися.

Водночас важливо розуміти попередній вплив лікування, оскільки це допомагає планувати майбутнє лікування, як з точки зору того, що спрацювало, а що ні, так і для з'ясування досвіду пацієнта та його толерантності.

Шкода, спричинена вживанням алкоголю

Лікар повинен оцінити спектр проблем, з якими зіткнувся пацієнт внаслідок вживання алкоголю. Окрім фізичного та психічного здоров'я, вживання алкоголю могло призвести до сімейних проблем, негативно вплинути на продуктивність праці, соціальні відносини або фінансову стабільність пацієнта. Пов'язані з алкоголем правопорушення, такі як керування автомобілем у нетверезому стані, також мають значення. Оскільки конкретна криза в одній з цих сфер могла стати поштовхом до звернення за допомогою, це слід з'ясувати.

Обговорення «менш хороших речей», пов'язаних із вживанням алкоголю, може підвищити готовність пацієнта до змін (див. Розділ 6 Короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров’я щодо вживання алкоголю та пов’язаних із ним проблем). Шкоду від алкоголю зазвичай оцінюють за допомогою неструктурованого клінічного інтерв'ю. Опитувальник щодо проблем з алкоголем (APQ) є надійним інструментом, який охоплює вісім сфер - друзі, гроші, поліція, фізичні, афективні, подружні стосунки, діти та робота.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.13	Оцінка проблем пацієнта, пов'язаних із алкоголем, діагноз і ступінь тяжкості залежності повинні бути зафіксовані	GPP

Оцінка фізичного самопочуття

Відповідно до професійного досвіду та навичок медичного працівника, слід оцінити відомі або підозрювані фізичні розлади, пов'язані з вживанням алкоголем, що можуть включати в себе:

- з'ясування історії фізичних розладів, які, як відомо, пов'язані з вживанням алкоголю,
- виявлення нещасних випадків та інших причин травм,
- поточні фізичні симптоми,
- ліки, що приймаються для лікування фізичних розладів
- інші попередні або поточні проблеми зі здоров'ям, пов'язані з вживанням алкоголю.

Якщо існують якість гострі медичні проблеми, доречно порадити пацієнту звернутися до терапевта або іншого лікаря.

Медичні працівники повинні провести ретельне медичне обстеження, включаючи збір анамнезу, огляд та клінічні дослідження. Фізичне обстеження повинно включати оцінку ознак інтоксикації або синдрому відміни алкоголю, ознак захворювання печінки, вимірювання життєво важливих показників (температура, артеріальний тиск, пульс) та скринінг на органічне ураження мозку.

Неможливо переоцінити важливість інформування пацієнта про результати його медичного обстеження та будь-яких клінічних досліджень. Доведено, що обговорення наслідків відхилень у показниках печінкових проб зменшує подальше вживання алкоголю. Переваги зворотного зв'язку менш зрозумілі, якщо результати аналізів у нормі. Однак оцінка повинна дозволити пацієнтам точно оцінити ступінь їхніх проблем, пов'язаних із алкоголем, і нормальні результати аналізів не повинні відволікати від цієї мети. Нормальні результати аналізів можна розглядати в контексті клінічної взаємодії.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.14	Слід регулярно проводити обстеження на наявність пов'язаних із алкоголем проблем з фізичним здоров'ям. Лікар повинен оцінювати пацієнтів, які наражаються на ризик виникнення проблем з фізичним здоров'ям	GPP

Оцінка розладів психічного здоров'я

Психологічні проблеми та психіатрична коморбідність - найчастіше депресія і тривога - більш поширені серед людей з алкогольною залежністю, ніж серед загального населення. Важливо з'ясувати, чи є у пацієнтів з алкогольною залежністю психіатрична коморбідність та/або психологічні проблеми. Такі проблеми можуть включати:

- тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад, психоз,
- суїцидальні думки та спроби самогубства в минулому,
- проблеми в дитинстві, включаючи сексуальне та фізичне насильство.

Наявність психологічних проблем вимагає обстеження психічного стану відповідно підготовленими клініцистами та клінічної оцінки психічних симптомів. Необхідно провести цілеспрямовану оцінку ризиків щодо можливості заподіяння шкоди собі та/або оточуючим, включаючи дітей. Важливо, щоб усі лікарі, які працюють у цій сфері, розвивали базові навички охорони психічного здоров'я та налагоджували зв'язки з іншими відповідними службами, щоб допомогти в лікуванні цих розладів.

Пацієнти повинні проходити повторну оцінку через регулярні проміжки часу, наприклад, через 3 або 4 тижні лікування, щоб зменшилася кількість споживання алкоголю, і остаточний психіатричний діагноз має бути

відкладений до цього часу. Цілком ймовірно, що багато психічних симптомів є реакцією на хаос і безлад у житті пацієнта, пов'язані з проблемою вживання алкоголю, або на неврологічні ефекти алкоголю. Деякі з цих симптомів зникають без лікування, коли припиняється або зменшується вживання алкоголю. Проблема вживання алкоголю також може бути причиною тривоги, а не навпаки, але можуть бути присутніми серйозні тривожні розлади, що можуть прискорити рецидив.

Високий відсоток залежних від алкоголю жінок, які проходять лікування, мали певний досвід фізичного та/або сексуального насильства. Питання про сексуальне насильство повинні бути сформульовані в незагрозливій формі, щоб пацієнтка могла сама вирішити, чи обговорювати цю проблему. Жінки з історією сексуального насильства в дитинстві, на яких чиниться тиск, щоб вони обговорювали цю проблему з неспеціалізованими консультантами, можуть мати негативні результати лікування. Враховуючи ці тенденції та спираючись на клінічний досвід, ми стверджуємо, що якщо йдеться про сексуальне насильство над дітьми, пацієнтці слід запропонувати перенаправлення для отримання спеціалізованої допомоги. Багато пацієнтів не воліють вирішувати цю проблему.

Хоча слід бути обачним при розгляді питань сексуального насильства над дітьми, лікарі повинні обговорювати це питання без невпевненості чи страху. У деяких юрисдикціях консультанти з питань алкогольної та наркотичної залежності проходять тренінги з протидії сексуальному насильству над дітьми. У ряді юрисдикцій створені служби для лікування жертв сексуального насильства над дітьми, але їхні ресурси обмежені.

У клінічних і дослідницьких умовах для оцінки стану психічного здоров'я використовують різноманітні шкали (див. Таблицю 4.2). Вони по-різному застосовуються залежно від уподобань клініциста, умов лікування та популяції пацієнтів. Наприклад, шкала 10 симптомів Кесслера досить широко використовується в державному секторі. Загалом, ці інструменти не були валідовані для застосування в групах населення, залежних від алкоголю.

Таблиця 4.2

Відповідні шкали оцінки психічного здоров'я

Інструмент	Опис
Шкала депресії Бека (BDI)	Вимірює депресію та її симптоми
Шкала безнадійності Бека	Вимірює безнадійність і негативні погляди на майбутнє, а також є індикатором спроб самогубства
Шкала депресії,	Вимірює симптоми депресії, тривоги та стресу.

тривоги та стресу (DASS)*	Опубліковані дані австралійської популяції
Опитувальник загального стану здоров'я (GHQ)	Розроблений як скринінговий інструмент для виявлення ймовірних непсихотичних психіатричних випадків у закладах охорони здоров'я загального профілю
Шкала 10 симптомів Кесслера*	Шкала психологічного дистресу, придатна для вимірювання результатів у людей з тривожними та депресивними розладами. Вона стала стандартною шкалою для використання австралійськими лікарями загальної практики та працівниками сфери психічного здоров'я
Модифікована шкала симптомів ПТСР*	Короткий (17 пунктів) опитувальник симптомів посттравматичного стресового розладу
Коротка форма 12 (SF-12) *	Оцінює можливі обмеження як фізичного, так і психічного здоров'я, з урахуванням вікових та гендерних норм населення.
Шкала оцінки соціальної фобії та тривожності взаємодії*	Вимірює поточну тривожність (стан тривожності) та більш стійку особистісну характеристику (риса тривожності)

Примітка: **всі у відкритому доступі, інші потрібно купувати.*

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.15	Обстеження на наявність проблем з психічним здоров'ям, таких як тривога, депресивні симптоми та суїцидальний ризик, повинно бути рутинним, включаючи обстеження психічного стану. При підозрі на серйозні психіатричні проблеми може знадобитися направлення на подальше обстеження до спеціаліста	GPP

Оцінка мотивації

Мотивація до змін є важливим предиктором результату лікування, тому важливо оцінити рівень мотивації людини, яка вживає алкоголь. Планування лікування має враховувати мотиваційний стан, щоб підтримувати та посилювати мотивацію до контролю надмірного вживання алкоголю.

Транстеоретична модель зміни поведінки є найбільш поширеною моделлю мотивації до змін. Вона концептуалізує готовність до змін як таку, що включає наступні етапи:

- Етап перед роздумами, на якому людина ще не розглядає можливість змін
- Етап споглядання, під час якого людина починає більше усвідомлювати переваги змін, але ставиться до них неоднозначно і не діє
- Підготовчий етап, на якому людина формулює плани змін, може робити кроки для моніторингу своєї проблемної поведінки та ініціювати зміну поведінки
- Етап дії, на якому людина активно намагається змінити або припинити свою поведінку
- Етап підтримки, який настає після того, як поведінка була змінена або припинена, але під час якого можливий рецидив і повернення до попередньої стадії
- Етап рецидиву, коли людина відновлює або навіть збільшує інтенсивність чи частоту попередньої поведінки
- За низького рівня мотивації до змін може бути корисними мотиваційні інтервенції, а інтенсивне втручання, швидше за все, не допоможе (див. Розділ 9 «Психосоціальні інтервенції»).

Пряме опитування

Мабуть, найпростішим способом оцінити готовність до змін людини, яка п'є, є пряме опитування під час оціночного інтерв'ю. Це слід робити після того, як ризиковане вживання алкоголю було обговорено, і пацієнт отримав зворотній зв'язок щодо рівня вживання алкоголю. Запитання не повинні здаватися осудливими або ворожими. Ось деякі питання, які можуть стати в пригоді:

- Наскільки ви зацікавлені в тому, щоб змінити своє вживання алкоголю зараз?
- Чи відчуваєте ви, що повинні припинити вживати алкоголь? або Чи хочете ви припинити вживати алкоголь зараз?
- Що ви готові зробити, щоб вирішити проблему вживання алкоголю?
- Наскільки ви впевнені, що зможете цього досягти?

Пацієнта можна заохотити до вивчення різних варіантів лікування з точки зору мотивації до участі в ньому. Або ж пацієнта можна просто запитати: «Як ви ставитеся до свого вживання алкоголю в даний момент?». Відповіді можуть бути різними:

Відповіді на стадії перед роздумами: «Мені подобається пити», «Я не зацікавлений у тому, щоб припинити пити».

Відповіді на споглядальній стадії: «Я думаю про те, щоб кинути», «Я не впевнений, чи готовий я зараз».

Відповіді на етапі дій: «Я хочу кинути зараз», «Мені може знадобитися допомога» або «Недоліки вживання алкоголю переважають над перевагами для мене».

Для оцінки готовності до змін людини, яка вживає алкоголь, було валідовано кілька опитувальників: шкала оцінки змін Університету Род-Айленда (URICA), опитувальник готовності до змін (RTCQ) та 32-пунктова шкала готовності до змін та готовності до лікування (SOCRATES). Ці опитувальники, як правило, призначені для використання в дослідженнях (див. Додаток).

Було б контрпродуктивно надавати надмірного значення оцінці мотивації, оскільки виражений рівень мотивації не передбачає результат у кожному конкретному випадку. Етапи мотивації не є взаємовиключними і можуть швидко змінюватися. Існує мало доказів послідовного проходження дискретних стадій. Багато пацієнтів демонструють дуже вибіркову мотивацію; наприклад, вони можуть хотіти кинути пити, але не звертатися до лікаря.

Нарешті, амбівалентність є ключовою характеристикою ризикованого вживання алкоголю, що характеризується одночасною мотивацією в протилежних напрямках. Наприклад, пацієнт може стверджувати, що йому все ще подобається пити, але визнає, що йому рекомендували утриматися. Тому не дивно, що існують докази того, що більш виражена готовність до змін не завжди пророкує зниження споживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.16	Мотивацію до змін слід оцінювати шляхом прямого опитування, оскільки вона може вплинути на стратегію залучення, хоча виражена мотивація має лише помірний вплив на результат лікування.	C

Оцінка когнітивних функцій

Медичні працівники повинні знати про можливість ураження мозку внаслідок вживання алкоголю і бути уважними до його ознак під час клінічного інтерв'ю. Оскільки серед людей з алкогольною залежністю спостерігається висока поширеність когнітивної дисфункції (див. Огляд доказової бази), працівники наркологічних служб повинні проводити скринінг на наявність порушень когнітивних функцій (див. Розділ 19 – Когнітивні порушення).

У людей, які зловживають алкоголем, частіше, ніж будь-які інші зустрічаються наступні дві форми когнітивних порушень:

- Порушення короткострокової пам'яті, що офіційно називається амнестичним розладом; і
- Дисфункція лобової (виконавчої) частки мозку.

Існує ціла низка ступенів тяжкості обох цих розладів. Амнестичний розлад може варіюватися від легких порушень (які можуть бути повністю

зворотніми) до найважчих, які називаються синдромом Верніке-Корсакова, і, як правило, є незворотними. Амнестичний розлад має високу поширеність серед людей, залежних від алкоголю. Він спричинений дефіцитом тіаміну (вітаміну B1) у поєднанні з нейротоксичною дією алкоголю і може призвести до летальних наслідків (див. Розділ 8 Стан відміни алкоголю).

Інші медичні причини когнітивних порушень включають:

- цереброваскулярні захворювання
- деменція
- хвороба Альцгеймера
- хронічна субдуральна гематома
- церебральне новоутворення
- сифіліс
- ВІЛ/СНІД.

Якщо є підозра на когнітивні порушення, пацієнта повинен обстежити відповідний лікар. У більшості випадків, якщо вдається досягти утримання від вживання алкоголю, когнітивні функції значно покращуються протягом наступних 2-4 тижнів. Офіційну оцінку когнітивних функцій бажано відкласти до закінчення чотирьох тижнів після зупинки вживання алкоголю, але попередня оцінка має цінність навіть одразу після періоду детоксикації.

Інструменти для скринінгу когнітивних порушень

Найпоширенішим скринінговим методом у клінічній практиці є клінічна оцінка орієнтації, короткотривалої та довготривалої пам'яті в рамках обстеження психічного стану.

Існують інструменти для скринінгу та короткої оцінки когнітивних функцій. Найбільш придатними є ті, що включають оцінку дисфункції лобової (виконавчої) частки, такі як Монреальський когнітивний тест (MOCA) та Адденбрукська когнітивна оцінка (ACD, версія III). Слід уникати проведення Міні-тесту психічного стану (MMSE), оскільки він не дає адекватної оцінки функцій лобних долей і може давати завищені оцінки когнітивних функцій. MMSE захищений авторським правом.

Тест на малювання годинника (див. Додаток) є ще одним широко використовуваним скринінговим тестом на когнітивну дисфункцію, який можна рекомендувати. Як і у випадку з усіма подібними тестами, для досягнення оптимальних результатів найкраще утримуватися від вживання алкоголю, а також слід бути обачним, щоб не проводити тестування, коли пацієнт перебуває в стані алкогольного сп'яніння або на стадії детоксикації, або під впливом бензодіазепінів чи інших седативних препаратів. Крім того, при інтерпретації тестів на когнітивну дисфункцію лікар повинен враховувати інші фактори, такі як супутня тривога або депресія.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.17	Скринінг на когнітивну дисфункцію слід	GPP

	проводити, якщо медичний працівник підозрює, що пацієнт має когнітивні порушення. Може бути доцільним скерування до клінічного психолога або нейропсихолога для подальшого тестування. Потреба у формальній когнітивній оцінці зазвичай переглядається після того, як пацієнт утримуватиметься від алкоголю кілька тижнів	

Необхідно переконатися, що будь-яке тестування не проводиться, коли пацієнт перебуває у стані алкогольного сп'яніння або під час активної детоксикації.

Збір додаткової інформації

Багато пацієнтів можуть неохоче визнавати своє надмірне вживання алкоголю та його наслідки через стигму, пов'язану з такою поведінкою. Тому додаткові інтерв'ю можуть відігравати основну роль, якщо пацієнт не повідомляє про свою проблему з алкоголем самостійно. Додаткова інформація особливо необхідна, коли існує ймовірність розбіжностей; наприклад, пацієнт може стверджувати, що він зменшив вживання алкоголю, але його печінкові проби залишаються підвищеними. Дружина/чоловік пацієнта або інші близькі члени сім'ї часто знають про вживання алкоголю і можуть знати більше про проблеми, пов'язані з алкоголем, ніж пацієнт. Колеги по роботі можуть надати докази порушень або перебування в стані інтоксикації під час виконання службових обов'язків. Звіти інших лікарів або лікарняні записи також можуть бути показовими.

Значні бар'єри обмежують доступ до додаткової інформації. Законодавство про конфіденційність обмежує поширення особистої інформації без згоди пацієнта. Також може бути неетично здійснювати такі запити без згоди пацієнта. Навіть якщо це юридично правомірно, етично і клінічно доцільно, пацієнт може заперечувати проти таких запитів. У таких випадках терапевтичні відносини можуть бути порушені.

Багато людей вільно визнають, що вживають алкоголь та його наслідки; в такому випадку опитування інших людей може бути мало корисним. Насправді, непотрібні супутні інтерв'ю в цій ситуації можуть підірвати терапевтичні відносини, що розвиваються.

Супутня інформація може також включати інформацію, записану в інших джерелах, наприклад, у листі направлення, виписці з лікарні або в записах з попередніх візитів до лікаря загальної практики або лікарні. Такі джерела часто є цінним джерелом діагностичної інформації.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
4.18	Додаткова інформація повинна бути включеною в оцінку, якщо є ймовірність невідповідностей, з дозволу пацієнта, якщо це можливо, і з дотриманням правових та етичних норм	GPP

Сімейна ситуація

Під час оцінювання слід заохочувати пацієнтів до обговорення відповідних сімейних проблем. Такі питання можуть включати стосунки з чоловіком/дружиною або партнером, батьками, дітьми та іншими важливими людьми в їхньому житті, а також пояснення наслідків вживання алкоголю пацієнтом.

Домашнє та сексуальне насильство, як з боку кривдника, так і з боку жертви, є поширеними і серйозними проблемами, пов'язаними зі зловживанням алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Через делікатність цих питань може бути недоречно піднімати їх під час першого контакту, якщо лікар не вважає, що існує загроза безпеці пацієнта. Важливо визначити, чи бажає пацієнт обговорювати ці питання. Зазвичай необхідна оцінка та втручання спеціаліста.

Поцікавтеся роллю сім'ї в переконанні пацієнта звернутися по допомогу. Пацієнт, який звернувся до лікаря самостійно, може реагувати на тиск сім'ї, і це важлива інформація для оцінки мотивації та амбівалентності пацієнта. За можливості, лікар повинен поговорити також з чоловіком/дружиною та/або членами сім'ї. Таке інтерв'ю має надати членам сім'ї можливість обговорення наступного:

- Спостереження за поведінкою людини, яка вживає алкоголь.
- Проблеми, з якими вони стикалися, намагаючись впоратися з поведінкою людини, яка вживає алкоголь. Лікар повинен оцінити рівень дистресу в сім'ї, відчуття ізоляції та розгубленості, конкретні кризи, що передували зверненню за допомогою, а також те, хто відчуває себе відповідальним за вирішення сімейних проблем.
- Очікування членів сім'ї щодо лікування. Якщо в лікуванні алкогольної залежності буде брати участь чоловік/дружина або партнер/партнерка, лікар повинен оцінити, чи є в парі адекватна комунікація, що дозволяє спільно вирішувати проблеми (див. Розділ 9 Психосоціальні інтервенції).
- Що відбувається до і після епізодів вживання алкоголю, щоб можна було виявити особливу динаміку, пов'язану з вживанням алкоголю. Якщо роль чоловіка/дружини в терапії спрямована на вибіркове посилення певної поведінки партнера, лікар повинен бути впевненим, що це не загрожує благополуччю чоловіка/дружини, посилюючи уявлення про те, що він/вона несе відповідальність за вживання алкоголю партнером/партнеркою.

Інтерв'ю з членом родини - це можливість для них поставити запитання та висловити свої побоювання. Це також хороша можливість допомогти родині поглянути на проблему вживання алкоголю в перспективі. Наприклад, членам сім'ї слід пояснити, що досягнення утримання або помірного вживання алкоголю не обов'язково вирішить сімейні проблеми, і що їхнє особисте здоров'я і благополуччя не обов'язково залежать від вирішення проблеми членів сім'ї з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю. Позиція лікаря повинна дозволяти партнеру/партнерці допомогти собі самостійно, а не відчувати себе зобов'язаним допомагати члену сім'ї.

Хоча таку комплексну інформацію найкраще отримувати під час клінічного інтерв'ю, опитувальник для виявлення проблем з алкоголем має підшкалу для оцінки сімейних проблем та підшкалу для оцінки проблем у шлюбі/стосунках (див. Додаток).

Захист дітей

Лікарі повинні з'ясувати, чи опікується пацієнт дітьми віком до 16 років. Дитина або молода людина може наражатися на ризик заподіяння шкоди через те, що:

- їхні основні фізичні або психологічні потреби не задовольняються або перебувають під загрозою незадоволення
- батьки або особи, які їх замінюють, не забезпечили, не можуть або не бажають забезпечити дитині чи молодій людині необхідну медичну допомогу
- вони зазнали або ризикують зазнати фізичного чи сексуального насильства або жорстокого поводження
- вони проживають у сім'ї, де мали місце випадки домашнього насильства і, як наслідок, дитина або молода особа перебуває під загрозою серйозної фізичної або психологічної шкоди, та/або
- один з батьків або піклувальників поводилися з дитиною або молодою людиною таким чином, що дитина або молода людина зазнала або ризикує зазнати серйозної психологічної шкоди.

У багатьох юрисдикціях поліція, вчителі, медичні працівники та інші особи, які працюють з дітьми, зобов'язані повідомляти відповідним органам, якщо вони вважають, що дитина зазнає жорстокого поводження або занедбана. Клініцисти повинні діяти згідно з юрисдикційними настановами, якщо вони занепокоєні благополуччям дитини.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.19	Необхідно оцінити соціальну підтримку пацієнта і включити цю інформацію в план лікування	GPP
4.20	Медичні працівники повинні з'ясувати, чи	GPP

	опікується пацієнт дітьми віком до 16 років, і діяти згідно з юрисдикційними настановами, якщо є якісь побоювання щодо благополуччя дитини	

Оцінка ризику

Повна оцінка ризиків передбачає оцінку низки аспектів безпеки пацієнта або інших осіб, включаючи ризик суїциду, ризик насильства, фізичну безпеку (наприклад, самообслуговування, ризик випадкової травми), догляд за дітьми, безпеку водіння та безпеку на робочому місці. Детальний розгляд повної оцінки ризиків виходить за рамки цих настанов. У багатьох випадках інтервенції, спрямовані на те, щоб допомогти пацієнтові утриматися від вживання алкоголю, суттєво знижують багато ризиків. Однак, якщо занепокоєння щодо безпеки пацієнта або оточуючих залишається, слід звернутися за консультацією до відповідного спеціаліста або установи.

Хоча самогубства трапляються рідко, суїцидальні думки та спроби самогубства не такі вже й рідкісні. Дані зі Сполучених Штатів свідчать, що 38% дорослих, які закінчують життя самогубством, контактували з лікарем первинної медичної допомоги протягом попереднього місяця. Мета-аналіз існуючих даних показав, що скринінг на рівні первинної медичної допомоги може виявити дорослих з підвищеним ризиком самогубства. Тому бажано проводити скринінг на суїцид як частину стандартної оцінки ризику. Клінічна оцінка щодо думок про самоушкодження є цінною при скеруванні до психіатра, якщо відповіді викликають занепокоєння. Для цього існує велика кількість стандартизованих скринінгів, включаючи Опитувальник суїцидальних думок у дорослих, Шкала Бека для виявлення суїцидальних думок, Шкала оцінки депресії Гамільтона та Опитувальник позитивних і негативних суїцидальних думок (Див. **Додаток**). Ці тести були опробовані на різних групах населення і мають сприятливі психометричні характеристики.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.21	У разі підозри або існуючого занепокоєння щодо безпеки пацієнта або інших осіб рекомендується консультація спеціаліста	D

План лікування

При розробці плану лікування важливо визначити відповідні інтервенції, поставити цілі та спланувати довгострокове подальше спостереження для запобігання рецидивам.

Визначення відповідних інтервенцій і розробка плану лікування та догляду

Лікування – це лише один із факторів, що сприяє змінам у людей, але

воно може допомогти пацієнтам змінитися, навчивши їх діяти і думати по-іншому про вживання алкоголю. Іноді звернення за допомогою до медичного працівника може стати першим важливим кроком, який допоможе людині почати змінювати свої звички щодо вживання алкоголю.

Сукупні дані великомасштабних досліджень лікування, таких як проект MATCH (Project MATCH Research Group 1993) і дослідження лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у Великій Британії (UKATT Research Team 2005), свідчать про те, що:

- існує низка ефективних інтервенцій та підходів до лікування алкогольних розладів
- не існує однієї інтервенція що є ефективною для всіх людей з проблемами внаслідок вживання алкоголю
- можуть існувати методи лікування, які зменшують ймовірність виявлення значних відмінностей між емпірично підтвердженими інтервенціями.

Ці дослідження лікування забезпечують основу для клінічного реагування на проблеми, пов'язані з алкоголем.

Оцінка та зворотний зв'язок

Комплексна оцінка має фундаментальне значення для планування лікування (див. «Комплексна клінічна оцінка» вище).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.22	Оцінка повинна привести до чіткого, взаємоприйнятного комплексного плану лікування, який структурує конкретні інтервенції для задоволення потреб пацієнта	D

Обмін інформацією щодо результатів оцінки з пацієнтами простою, неупередженою мовою має бути стандартною практикою в рамках спільного та мотиваційно-орієнтованого підходу до лікування, і може підвищити мотивацію пацієнта до змін, а також їхнє розуміння та залучення до лікування.

Залученість пацієнта до лікування

Залученість пацієнта до лікування можна розглядати з точки зору інтенсивності та тривалості участі в лікуванні. Високий рівень залученості сприяє досягненню позитивних результатів лікування, але залежить від характеристик пацієнта, лікаря та клініки, а саме:

- Характеристики пацієнта включають: мотивацію до лікування, тяжкість розладу, попередній досвід лікування, міцність терапевтичних стосунків і сприйняття корисності лікувальних послуг.
- Характеристики лікаря включають: ступінь емпатії, терапевтичні

стосунки, достатній час і зацікавленість, а також навички консультування. Базові мікронавички консультування, включаючи теплоту та оптимізм, а також сильні міжособистісні навички, пов'язані з кращим утриманням у лікуванні та опосередковано з кращими результатами лікування.

- Характеристики клініки включають: усунення практичних бар'єрів доступу, таких як транспорт, оплата, години роботи, фізичне оточення та сприйняття інших пацієнтів служби.

Прихильність до лікування та його завершення є важливими питаннями в лікуванні алкогольної та інших видів залежності, а фактори, які її покращують, ще недостатньо вивчені. На ранніх етапах взаємодії з пацієнтами слід зосередитися на максимальній взаємодії з фахівцем і службою, а також на формуванні почуття співпраці. Центральним елементом будь-якої інтервенції є міцний зв'язок і терапевтичний альянс між пацієнтом і лікарем.

Окрім визначення клінічних розладів та ефективних інтервенцій, обговорення цілей лікування вимагає з'ясування розуміння, цінностей та очікувань пацієнта. Докази показують, що надання пацієнту вибору варіантів лікування покращує його прихильність до лікування.

Постановка цілей: утримання, поміркованість та зменшення вживання алкоголю

Визначення та узгодження цілей лікування щодо вживання алкоголю є важливим кроком для багатьох пацієнтів.

Пацієнти без залежності або з низьким рівнем залежності, які не відчувають значної або незворотної шкоди, пов'язаної з алкоголем, можуть досягти цілі помірного вживання. Можна рекомендувати споживання в межах рекомендацій NHMRC, оскільки воно пов'язане з ризиком серйозної шкоди, пов'язаної з алкоголем, менше 1%. Пацієнти, які самостійно обирають утримання як ціль лікування, демонструють більш сприятливі результати при подальшому спостереженні, ніж ті, які обирають помірне вживання і не ставлять перед собою конкретної цілі. Таким чином, утримання слід пропонувати як результат лікування пацієнтам, які не мають визначеної цілі лікування.

Найбільш реалістичною ціллю для пацієнтів з тяжкою алкогольною залежністю та/або з супутніми проблемами (такими як пошкодження органів, когнітивні порушення та супутні психічні розлади), ймовірно, є утримання від вживання алкоголю. Для багатьох таких пацієнтів досягнення утримання супроводжуватиметься ризиком виникнення алкогольного стану відміни алкоголю. Якщо це так, то його слід лікувати до того, як можна буде досягти довготривалої синдрому відміни алкоголю або зменшення вживання алкоголю (див. Розділ 8 «Стан відміни алкоголю»).

У клінічній практиці пацієнти часто мають чітке уявлення про свою ціль щодо вживання алкоголю. Вони можуть бажати вживати алкоголь на рівнях, які можуть продовжувати завдавати шкоди, або не можуть бути реально

підтримуваними. Можна розглянути кілька варіантів, коли висловлене пацієнтом бажання бути поміркованим суперечить порадам лікаря. Якщо існує висока ймовірність серйозних наслідків від продовження вживання алкоголю, варіанти включають:

- відмова від допомоги та пояснення, що з вашого боку було б неетично підтримувати таку ціль; такий підхід навряд чи зможе залучити або утримати пацієнта в лікуванні
- прийняття цілі тимчасово і на певний період
- домовленість про період утримання (наприклад, від 1 до 3 місяців), щоб дозволити пацієнту пройти через стан відміни (якщо це доречно), забезпечити повне відновлення від впливу алкоголю та надати час для набуття нових навичок, наприклад, стратегій контрольованого вживання алкоголю
- домовленість про поступове зменшення вживання алкоголю для досягнення утримання, встановлення реалістичних, проміжних цілей та моніторинг кількості щоденно спожитих напоїв
- домовленість про період пробної поміркованості, що включає щоденний моніторинг вживання алкоголю та стратегії контрольованого вживання алкоголю (тренування навичок подолання труднощів).

Постійний перегляд і моніторинг вживання алкоголю відповідно до визначених цілей є ключовим для успішності інтервенцій. Якщо поставлені цілі є надто складними для досягнення, утримання від вживання алкоголю може здатися більш прийнятною ціллю; це має бути чітко визначено та узгоджено з пацієнтом з самого початку.

Деякі інтервенції вимагають тривалих, але важливих переговорів для постановки цілей. Для отримання інформації про стратегії ведення пацієнтів, які продовжують вживати алкоголь у шкідливих для здоров'я кількостях, див. Розділи 9 та 10.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
4.23	Пацієнти повинні бути залучені до постановки цілей та планування лікування	A
4.24	Для більшості пацієнтів з алкогольною залежністю оптимальним результатом є стійке утримання від вживання алкоголю. Для тих, хто має менший ступінь нездорового вживання алкоголю, може бути доцільним зменшення споживання	C

Розділ 5. МОДЕЛІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Автор: Керрін Батлер

У цьому розділі представлено короткий огляд підходів до координації та надання медичної допомоги при лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

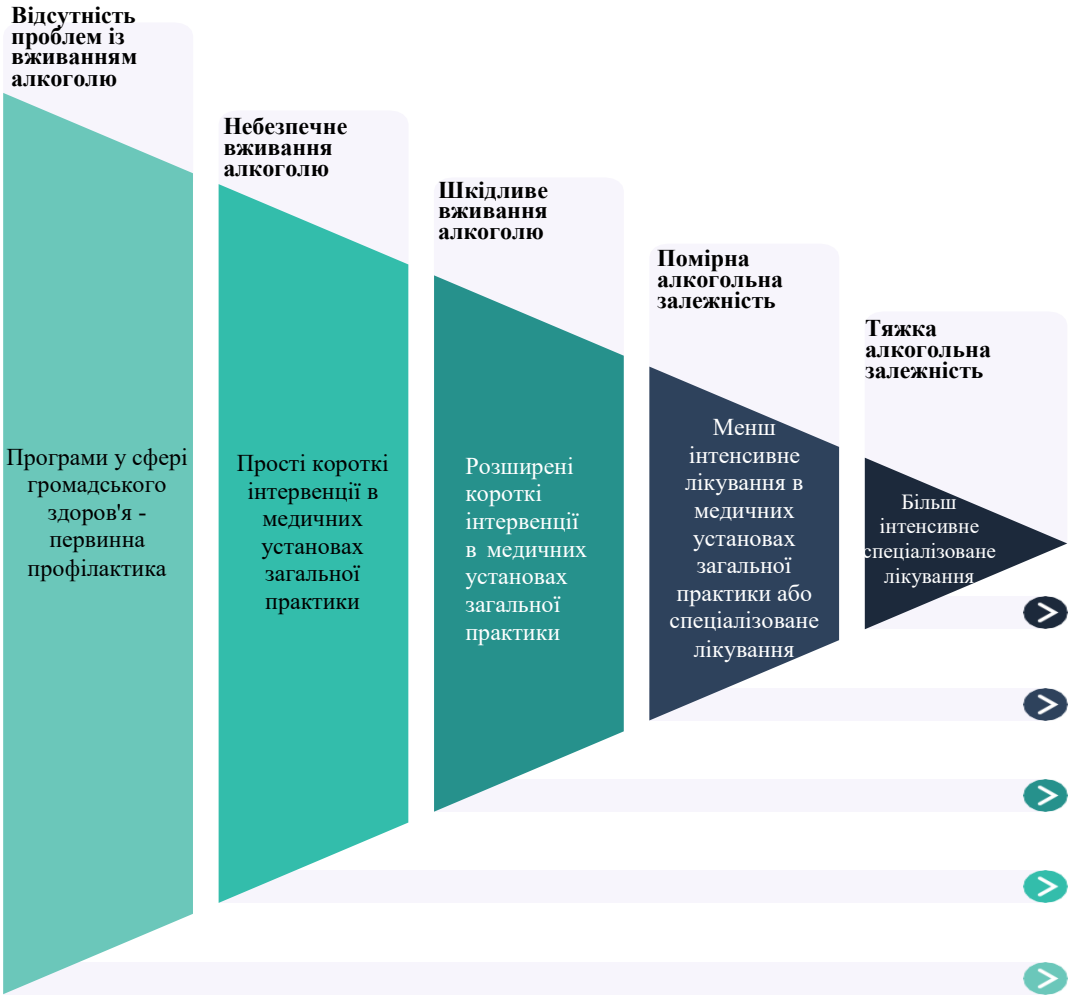
Моделі надання допомоги

Послуги з лікування алкогольної залежності надаються в широкому спектрі – від простих, коротких інтервенцій до інтенсивного спеціалізованого лікування. Приклади таких послуг можна знайти в громаді, на рівні первинної медичної допомоги та в закладах спеціалізованої медичної допомоги. Доступність і надання цих послуг різняться, а в деяких випадках вони недостатньо інтегровані. Тому доступ до послуг з лікування алкогольної залежності та ступінь їхньої відповідності потребам людей з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, в Австралії варіює.

Корисним може бути візуалізація цього спектру реагування на проблеми, пов’язані з вживанням алкоголю, наступним чином:

Рисунок 5.1

Спектр реагування на проблеми, пов’язані з вживанням алкоголю



Джерело: Райстрік та ін., 2006. Огляд ефективності лікування алкогольної залежності. Лондон: Національне агентство з лікування зловживання психоактивними речовинами.

Принципи надання допомоги

Пацієнтоорієнтоване лікування

Принципи пацієнтоорієнтованої допомоги та спільного прийняття рішень сьогодні вважаються важливими для ефективного лікування алкогольної залежності. Це передбачає надання допомоги, під час якої поважаються та враховуються індивідуальні вподобання, потреби та цінності пацієнта, а також гарантується, що усі клінічні рішення ґрунтуються на цінностях пацієнта. Клінічна «зустріч» часто є найсприятливішим моментом для пацієнтів, коли вони беруть участь у власному лікуванні, і дає можливість розвинути відносини співпраці, на яких ґрунтується спільне прийняття рішень. Термін «пацієнтоорієнтована допомога» використовується для того, щоб підкреслити важливість кращого розуміння досвіду захворювання та задоволення потреб пацієнта. Це завдання стає дедалі складнішим, якщо системи охорони здоров'я є складною і фрагментованою. Цей підхід використовує досвід клініциста для належного пояснення пацієнтові особливостей захворювання, його можливих наслідків, а також переваг і ризиків, пов'язаних із різними підходами до лікування.

Забезпечення сприятливого середовища, в якому пацієнт може обговорити свої цінності та вподобання щодо варіантів лікування (або взагалі відмовитися від лікування), підвищує цінність терапевтичних стосунків між лікарем і пацієнтом. План лікування, цілі, включаючи часові рамки – все це, за можливості, повинно бути індивідуалізованим відповідно до потреб пацієнта. Якщо пацієнт має порушення здатності до прийняття рішень, ефективною заміною можуть бути консультації з родиною пацієнта, особами, які здійснюють догляд, або іншими особами, які надають йому підтримку.

Інтегрована допомога

Проблеми з вживанням алкоголю, як правило, пов'язані з більш ніж однією медичною або соціальною проблемою, що створює потребу в різноплановій підтримці. Координувати їх може бути складно або дорого, що призводить до неповного лікування та поганих клінічних результатів. Інтегрована допомога - це підхід, спрямований на надання безперебійної допомоги в рамках системи охорони здоров'я, незалежно від місця та провайдерів з надання послуг. В лікувальному центрі пацієнтам з комплексними потребами надають комплексні послуги. Успішна інтеграція допомоги відповідає потребам пацієнтів і надає їм більший вибір та більше можливостей для взаємодії з системою охорони здоров'я. Інтегровану допомогу краще розглядати як континуум, а не абсолют. Суміжні послуги можуть надаватися в одному місці відповідно до потреб, забезпечуючи доступ до необхідних навичок спеціалістів в одному лікувальному центрі. Сучасний

центр первинної медико-санітарної допомоги є ключовим прикладом. Окремий лікар може бути підготовлений у кількох сферах, щоб надавати більш комплексну допомогу пацієнтам, наприклад, вирішувати загальні медичні проблеми пацієнта з розладом, пов'язаним із вживанням алкоголю. Це може призвести до ефективної та економічно вигідної допомоги пацієнтам. Дуже важливо забезпечити, щоб фахівці визначали і підтримували професійні межі своєї підготовки і навичок, щоб підтримувати якість надання медичної допомоги.

Скринінг, оцінка та планування лікування, що детально обговорюються в Розділі 4, є першим кроком до визначення необхідної допомоги. Найпоширенішими підходами до координації та надання допомоги людям з алкогольною залежністю є поетапна допомога, кейс-менеджмент, реабілітація в стаціонарі та примусове лікування. У цьому розділі не обговорюється зміст інтервенцій, що застосовуються в рамках цих систем надання допомоги, натомість основна увага приділяється типам координації та надання допомоги, які наразі існують. Додаткову інформацію про психосоціальні інтервенції та підходи до фармакотерапії можна знайти в Розділах 9 та 10.

Поетапний підхід до надання допомоги

Пропонується застосування поетапного підходу до надання допомоги (Рис. 5.2), який слугує керівництвом для прийняття клінічних рішень та планування лікування. Поетапне надання допомоги передбачає, що спочатку пацієнтам слід запропонувати інтервенцію, яка найбільше відповідає їхньому стану; якщо цього виявляється недостатньо для досягнення узгоджених цілей лікування, слід запропонувати наступний рівень інтенсивності лікування, доки не будуть досягнуті бажані цілі лікування. Визначення рівня інтервенцій, якого потребує пацієнт, ґрунтується на ретельній оцінці та обґрунтованому клінічному судженні (див. Розділ 4). Спочатку розпочинається відповідний рівень інтенсивності лікування, а прогрес пацієнта відстежується і переглядається. Реакція пацієнта на лікування визначає наступний крок, який може полягати або в продовженні моніторингу прогресу, або, за відсутності явної користі, у підвищенні інтенсивності лікування. Наприклад, спочатку слід розглянути можливість амбулаторного лікування синдрому відміни алкоголю, залишаючи стаціонарне лікування для складних випадків або невдалого лікування.

Рисунок 5.2

Важкий рецидив вимагає подальшого лікування з відповідною інтенсивністю

Поетапний підхід до надання медичних послуг

Джерело: *Собелл М.Б. та Собелл Л.К. 2000. Поетапна допомога як евристичний підхід до лікування проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Журнал консультативної та клінічної психології, том 68, № 4, стор. 573-79*

Попри обмеженість доказів на користь застосування підходу поетапної допомоги, він має надійну доказову базу при виборі підходів до лікування і є ефективним способом використання ресурсів. Підхід поетапного надання допомоги пропонується тут як доповнення до процесу прийняття рішень і не замінює клінічне судження та поради експертів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
5.1	Поетапне надання допомоги може бути корисним доповненням до процесу прийняття рішень, але не замінює клінічне судження та поради експертів	GPP

5.2	Поетапне надання допомоги може бути економічно ефективним підходом до початку лікування	GPP

Кейс-менеджмент

Кейс-менеджмент, або іншими словами ведення випадку, є практичною галуззю, яка застосовується в різних спеціалізаціях та умовах, придатних для лікування розладів пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків, забезпечуючи централізований процес координації індивідуального догляду за клієнтом і сприяючи подоланню перешкод у доступі до послуг.

Існує безліч стилів або моделей кейс-менеджменту, кожна з яких має різну спрямованість і часто орієнтована на різні групи населення або рівні потреб. Три моделі кейс-менеджменту, розглянуті в цьому розділі, включають брокерську/універсальну модель кейс-менеджменту, клінічну модель кейс-менеджменту та асертивну модель кейс-менеджменту/лікування на рівні громади.

Брокерський/Універсальний кейс-менеджмент є традиційним стилем кейс-менеджменту. Цей тип кейс-менеджменту широко використовується у сфері нарко- та алкозалежності та передбачає оцінку потреб клієнта, перенаправлення до інших служб, а також координацію та моніторинг лікування. Встановлено, що кейс-менеджмент покращує та посилює зв'язок з послугами серед людей з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, у тому числі алкоголю.

Хоча існує помірна кількість наукової літератури, що вивчає кейс-менеджмент, можливості висновків обмежені. У дослідженнях часто бракує адекватних описів, або ж інтервенція нечітко визначена, а непослідовність у застосуванні інтервенцій або їхня недостатня достовірність є поширеним явищем. Ці обмеження ускладнюють належний контроль за неекспериментальними змінними. Однак, наразі існують докази того, що кейс-менеджмент може посилити зв'язок з іншими службами та покращити утримання в лікуванні. Хоча докази того, що кейс-менеджмент зменшує проблеми з алкоголем або призводить до інших позитивних результатів, не є остаточними, довше утримання в лікуванні пов'язане з покращенням результатів.

Клінічний кейс-менеджмент передбачає, що лікар бере на себе відповідальність за лікування клієнта, застосовуючи такі інтервенції, як консультування, психотерапія та/або фармакотерапія, надаючи при цьому брокерські послуги, за необхідності. Існує небагато доказів ефективності такого типу кейс-менеджменту, і було лише одне дослідження, що включало переважно людей, які вживають психоактивні речовини, включаючи алкоголь.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
5.3	Розгляньте можливість кейс-менеджменту для людей з помірними та тяжкими проблемами внаслідок вживання алкоголю, яким може знадобитися додаткова підтримка у доступі до допоміжних послуг та підтримці участі в лікуванні	GPP

Асертивний кейс-менеджмент або лікування на рівні громади є інтенсивним мультидисциплінарним командним підходом на рівні громади. Цей тип послуг орієнтований на людей зі складними медичними, соціальними, юридичними, фінансовими та сімейними проблемами, яким важко проходити традиційне лікування. Ці послуги застосовують підхід до лікування хронічних захворювань, коли час лікування подовжується, щоб замінити розрізнені епізоди невідкладної допомоги ефективним кейс-менеджментом. Ключові елементи асертивного кейс-менеджменту на рівні громади включають швидкий, низькопороговий доступ до послуг, високе співвідношення призначень у громаді до призначень у службі, асертивне залучення та спільний підхід до надання допомоги в рамках мультидисциплінарної команди. Асертивна модель надання допомоги залишається добровільною, що дозволяє поважати автономію пацієнта та отримувати його згоду на всі інтервенції. Цей підхід також передбачає залучення сім'ї або опікунів, за можливості.

Асертивний кейс-менеджмент на рівні громади широко застосовується у сфері психічного здоров'я. Проведено багато досліджень, які вивчають його переваги та результати для пацієнтів із супутніми психічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин. Однак користь такого типу послуг не була широко оцінена для людей з первинними проблемами вживання алкоголю. Існує дуже мало рандомізованих контрольованих досліджень, і багато з них включають важкі психічні розлади як частину критеріїв придатності.

Дослідження, що вивчають ефективність асертивного кейс-менеджменту на рівні громади серед осіб з проблемами з вживанням алкоголю, без фокусу на супутньому тяжкому психічному стані, є обмеженими.

Було виявлено лише одне рандомізоване контрольоване дослідження (РКД), але воно не було статистично достовірним для остаточної перевірки ефективності інтервенції. На основі цього одного дослідження недостатньо доказів для підтримки будь-яких клінічних рекомендацій.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
5.4	Асертивний кейс-менеджмент може допомогти людям із серйозними проблемами з вживанням алкоголю отримати доступ до послуг та покращити залучення до лікування	GPP

Стаціонарне лікування

Під час реабілітаційного лікування в стаціонарі застосовуються інтенсивні, структуровані інтервенції після синдрому відміни алкоголю від наркотичних речовин, у тому числі алкоголю. Короткострокові програми стаціонарного лікування зазвичай проводяться в поєднанні з програмою синдрому відміни алкоголю під медичним наглядом і включають розвиток навичок з акцентом на когнітивних/поведінкових інтервенціях та профілактиці рецидивів. Існують певні докази того, що люди з більш серйозними проблемами з вживанням алкоголю можуть отримати більше користі від стаціонарного лікування, а люди з низьким рівнем проблем з алкоголем можуть отримати більше користі від амбулаторного лікування.

Терапевтичні спільноти - це вид стаціонарної реабілітації, який підкреслює цілісний підхід до лікування і спрямований на вирішення психосоціальних та інших проблем, пов'язаних із розладами, спричиненими вживанням алкоголю та/або інших психоактивних речовин. Терапевтичні спільноти, як правило, є довгостроковими програмами тривалістю від 12 до 52 тижнів. Огляд на основі 16 досліджень показав, що існують певні докази ефективності лікування в терапевтичних спільнотах. Однак існує мало доказів того, що терапевтичні спільноти пропонують значні переваги порівняно з іншими видами стаціонарного лікування, або що один тип терапевтичних спільнот кращий за інший. Існують докази того, що більш тривалий час лікування пов'язаний з покращенням результатів.

В Австралії послуги стаціонарного лікування пропонуються цілою низкою провайдерів, включаючи державні установи (районні служби охорони здоров'я), приватних комерційних провайдерів (приватні лікарні та клініки) та некомерційні організації.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
5.5	Стаціонарне лікування може розглядатися для людей з серйозними проблемами внаслідок вживання алкоголю, для яких амбулаторні варіанти лікування не змогли задовольнити їхні потреби в лікуванні	GPP

Примусове лікування

Недобровільне, примусове або обов'язкове лікування призначене для лікування людей з найтяжчими розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин. В Австралії, в Новому Південному Уельсі[37], Вікторії[38], Тасманії[39] та на Північній території[40] існують закони, які дозволяють затримання на певний період з метою лікування. Придатність для участі у цих програмах залежить від законодавства, на якому вони ґрунтуються. Загалом, особа повинна мати серйозну залежність від психоактивних речовин, втратити здатність приймати рішення в своїх інтересах, а догляд, лікування або контроль за нею є необхідними для захисту від серйозної шкоди. Повинна існувати обґрунтовані переваги отримання користі від запропонованого лікування, яке не є просто утриманням під вартою як таким. Також повинні бути дотримані інші критерії відповідно до чинного законодавства.

В рамках програм примусового лікування в Австралії, як правило, надається короткострокова допомога з компонентом примусової синдрому відміни алкоголю під наглядом (до 28 днів) і добровільним компонентом подальшого догляду. Можна отримати направлення на оцінку, яка повинна проводитися акредитованим лікарем. Рішення щодо подальшої госпіталізації приймається на основі рішення суду. Примусове лікування, як правило, вважається крайнім заходом. Оцінки виявили деякі позитивні результати, але офіційних досліджень, які б демонстрували ефективність або економічну доцільність такого підходу до лікування, немає. Ключовою практичною проблемою є оцінка відповідності послуг з лікування вимогам щодо їх надання.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
5.6	Дані наразі не підтверджують покращення результатів, пов'язаних із примусовим лікуванням після закінчення терміну утримання під вартою	D

Програма контрольованого вживання алкоголю

Програми контрольованого вживання алкоголю є новітньою інтервенцією зі зменшення шкоди для людей, які тривалий час є безхатченками та мають важку довготривалу алкогольну залежність. Такі програми передбачають вживання регульованої кількості алкоголю на місці під наглядом. Попередні міжнародні дані свідчать про те, що програми асоціюються з деяким зниженням

[37] Закон про примусове лікування нарко- та алкозалежності 2007 року.

[38] Закон про лікування важких форм залежності від психоактивних речовин 2010 року (SSDTA).

[39] Закон про нарко- та алкозалежність 1968 року.

[40] Закон про обов’язкове лікування алкозалежності 2013 року.

споживання, хоча воно все ще залишається на рівні високого ризику за класифікацією ВООЗ. Споживання алкоголю не у вигляді напоїв (денатурат) зменшується разом з деякими пов'язаними з алкоголем шкідливими наслідками. Наразі в Австралії немає програм контрольованого вживання алкоголю, але проводиться подальша оцінка цієї моделі. Ці зміни можуть відіграти певну роль у зменшенні шкоди, пов'язаної з тяжкою алкогольною залежністю, але наразі не можна дати жодних рекомендацій щодо ефективності або економічності таких програм в Австралії.

Розділ 6. КОРОТКІ ІНТЕРВЕНЦІЇ З ПИТАНЬ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Автори: Ліанн Хайдс та Кетрін Квін

У цьому розділі міститься опис коротких інтервенцій та їхньої ролі у вирішенні проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. У ньому описані загальні компоненти коротких інтервенцій, а також представлена сучасна доказова база щодо того, як найефективнішим чином застосовувати короткі інтервенції до певних груп населення та за певних умов.

Короткі інтервенції з питань вживання алкоголю та пов’язаних із ним проблем

Короткострокові інтервенції є важливим компонентом лікування алкогольної залежності. Це короткі психосоціальні інтервенції, які включають скринінг і зворотний зв'язок, а також надання консультацій та інформації для досягнення зниження рівня вживання алкоголю та/або проблем, пов'язаних із алкоголем. У більшості останніх визначень коротких інтервенцій для досягнення цих цілей використовуються методи мотиваційного інтерв'ювання (МІ) (див. також Розділ 9). Короткі інтервенції проводяться в обмежений період часу, від однієї до чотирьох сесій тривалістю від 5 до 30 хвилин.

Короткі інтервенції пропонуються людям, які не зверталися за лікуванням щодо вживання алкоголю, але з'являються в інших установах (наприклад, у відділеннях невідкладної допомоги, лікарнях загальної практики) з хворобами, травмами та/або проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю. У цих закладах іноді використовують рутинний скринінг для виявлення людей, які вживають алкоголь у ризикованих кількостях і можуть мати або не мати проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Такі інтервенції мають на меті підвищити обізнаність людей про те, що вони вживають алкоголь у ризикованих кількостях, і заохотити їх зменшити вживання алкоголю, щоб запобігти або зменшити ризик шкоди, пов'язаної з алкоголем.

Короткі інтервенції також пропонуються людям, які шукають допомоги у вирішенні проблем, пов'язаних із алкоголем. Вони можуть проводитися як самостійне лікування або як мотиваційна вступна частина до фармакологічної терапії (див. Розділ 10) та/або більш інтенсивного психосоціального лікування залежності від алкоголю (див. Розділ 9). Вони також пропонуються як початковий етап у моделях поетапної медичної допомоги, в яких тих, хто не реагує на короткі інтервенції, переводять на більш інтенсивне лікування. Короткі інтервенції у формі МІ також проводяться як частина інтегрованих інтервенції, в яких вони поєднуються з більш інтенсивними психосоціальними методами лікування, такими як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Ключові компоненти коротких інтервенцій

Короткі інтервенції дуже різняться за змістом та тривалістю. Більшість коротких інтервенцій включають скринінг, зворотний зв'язок, інформування та

стратегії MI. Існує низка концепцій зі схожою структурою, які можуть бути використані в якості керівництва при проведенні коротких інтервенцій, в тому числі FLAGS (зворотний зв'язок, слухання, порада, цілі, стратегії; див. Таблицю 6.1), FRAMES (зворотний зв'язок, відповідальність, порада, варіанти рішень, емпатія, самоефективність; див. Таблицю 6.2). Контекст лікування та клінічні навички працівників є ключовими факторами, що визначають, які компоненти будуть реалізовані.

Таблиця 6.1

FLAGS

Зворотний зв’язок	Надати індивідуальний зворотний зв'язок про ризики, пов'язані з продовженням вживання алкоголю, на основі поточних моделей вживання алкоголю, індикаторів проблем та стану здоров'я. Обговорити потенційні проблеми зі здоров'ям, які можуть виникнути внаслідок ризикованого вживання алкоголю
Слухання	Вислуховувати відповіді пацієнта. Це повинно стати приводом для обговорення рівня споживання пацієнта і того, як він співвідноситься зі споживанням населення в цілому, а також будь-яких хибних переконань, які має пацієнт
Порада	Надати чіткі поради щодо важливості зміни поточних моделей споживання алкоголю та рекомендованого рівня споживання. Типова коротка інтервенція тривалістю 5-10 хвилин має включати поради щодо зменшення споживання у переконливій, але неупередженій формі. Консультації можна підкріпити матеріалами для самодопомоги, в яких надається інформація про потенційну шкоду ризикованого вживання алкоголю та які можуть забезпечити додаткову мотивацію до змін
Цілі	Обговорити безпечні межі вживання алкоголю та допомогти пацієнту поставити конкретні цілі для зміни моделей споживання. Вселити в пацієнта оптимізм, що обрані ним цілі можуть бути досягнуті. Саме на цьому етапі, зокрема, застосовуються методи підвищення мотивації, які заохочують пацієнтів розробляти, впроваджувати та дотримуватися планів щодо припинення вживання алкоголю

Стратегії	Попросити пацієнта запропонувати кілька стратегій для досягнення цілей. Цей підхід підкреслює вибір пацієнта зменшити вживання алкоголю і дозволяє йому обрати підхід, який найкраще підходить для його власної ситуації. Пацієнт може розглянути можливість встановлення певного ліміту на вживання алкоголю, навчитися розпізнавати передумови до вживання алкоголю та розвивати навички уникнення вживання алкоголю в ситуаціях підвищеного ризику, дозувати вживання алкоголю та навчитися справлятися з повсякденними проблемами, які призводять до вживання алкоголю

Таблиця 6.2

FRAMES

Зворотний зв’язок	Надати зворотній зв'язок щодо вживання пацієнтом алкоголю та інших наркотичних речовин і пов'язаних із цим проблем, ризиків, пов'язаних з ними, а також загальну інформацію про шкоду, пов'язану зі зловживанням алкоголем та іншими наркотичними речовинами. Зворотний зв'язок може включати порівняння вживання алкоголю та інших наркотичних речовин пацієнтом зі встановленими для загального населення нормами
Відповідальність	Визнання пацієнтом відповідальності за власну поведінку і що вони можуть робити вибір щодо вживання алкоголю та інших наркотиків
Порада	Надання чітких порад щодо поточної та майбутньої потенційної шкоди, пов'язаної з продовженням вживання алкоголю та інших наркотичних речовин
Варіанти рішень	Надати пацієнту низку альтернативних стратегій на вибір, щоб допомогти їм скоротити або припинити вживання алкоголю та інших наркотичних речовин. Приклади включають моніторинг вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, залучення до альтернативних видів діяльності замість вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, виявлення ситуацій високого ризику та стратегії їх уникнення, надання інших ресурсів самодопомоги.
Емпатія	Проведення коротких інтервенцій, використовуючи теплий, співчутливий і розуміючий підхід

Самоефективність	Зміцнення впевненість пацієнта у своїй здатності досягти позитивних змін щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин

Мотиваційне інтерв'ювання (МІ)

Більшість коротких інтервенцій проводяться в формі МІ. Цей орієнтований на клієнта, директивний терапевтичний підхід підвищує готовність до змін, допомагаючи клієнтам дослідити та вирішити амбівалентність щодо змін. Для посилення мотивації та прихильності клієнта до змін використовуються наступні чотири основні принципи МІ: (і) вираження емпатії, (іі) висвітлення розбіжностей, (ііі) підтримка самоефективності та (іv) протистояння «рефлексу виправдання». Короткий опис ключових компонентів коротких інтервенцій МІ наведено в Таблиці 6.3.

Коментар робочої групи: *детальні рекомендації щодо проведення мотиваційного інтерв'ю сімейними лікарями та іншими медичними працівниками, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я описано в керівництві mhGAP (стор.123), яке в свою чергу доступне за посиланням:* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1…..

Скринінг, зворотний зв'язок та інформування

Інструменти короткого скринінгу використовуються для виявлення людей, які можуть отримати користь від коротких інтервенцій (див. Розділ 4). Вони також можуть надати цінну інформацію про частоту та наслідки вживання алкоголю. Надання персоналізованого, неформального зворотного зв'язку щодо інструментів скринінгу є ключовим компонентом коротких інтервенцій (КІ). Це може включати інформацію про частоту/кількість або тяжкість вживання алкоголю та пов'язаних із цим проблем, а також про те, як вони порівнюються зі встановленими клінічними нормами або нормами для загального населення щодо вживання. Процес зворотного зв'язку надає важливу можливість надати інформацію про психологічні, соціальні та фізичні наслідки вживання алкоголю. Також зазвичай надається інформація про стратегії зменшення шкоди (наприклад, встановлення лімітів, вживання води) для зниження ризику шкоди, пов'язаної з алкоголем. Зворотний зв'язок та інформація щодо оцінки зазвичай надаються у співпраці з використанням підходу «з'ясувати - надати - з'ясувати» (тобто спочатку запитати дозволу, запропонувати інформацію, а потім запитати відповідь клієнта). Це дає важливу можливість підвищити обізнаність пацієнта про вживання ним алкоголю, а також почати вивчати і розуміти пов'язані з цим ризики та наслідки.

Постановка цілей

Постановка цілей є ключовим компонентом коротких інтервенцій. Люди, які визнають, що, можливо, п'ють занадто багато, можуть бути готові поставити собі за мету змінити свою поведінку щодо вживання алкоголю. Важливо, щоб ці цілі були конкретними, реалістичними та досяжними, слід також допомогти їм розробити план, як вони можуть досягти цих змін. Деякі люди можуть не сприймати зміни за необхідні; надання таким пацієнтам порад та інформації про потенційні наслідки продовження вживання алкоголю може допомогти їм усвідомити, що їхнє споживання алкоголю є надмірним. Якщо пацієнт не бажає змінювати свою поведінку щодо вживання алкоголю, натомість може бути корисним зосередитися на використанні стратегій мінімізації шкоди (наприклад, пити воду, спочатку їсти), щоб змінити свою поведінку, пов'язану з вживанням алкоголю.

Направлення на лікування

Додатковий етап перенаправлення на лікування було додано до нещодавніх програм коротких інтервенцій (наприклад, скринінг, коротка інтервенція та перенаправлення на лікування (програма SBIRT)). Це дозволяє пропонувати короткі інтервенції людям з серйозними проблемами або залежністю від алкоголю, таким чином, що пацієнти, які, за оцінкою, потребують більш тривалого лікування або не реагують на короткі інтервенції, направляються на більш інтенсивне лікування від розладів пов’язаних із вживанням алкоголю.

Таблиця 6.3

КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ КОРОТКИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

Залучення

Зворотний зв’язок щодо скринінгу та оцінки

Надання інформації

Загальні принципи

Вираження емпатії

Висвітлення розбіжності між поточною поведінкою та цілями і цінностями клієнта

Протистояння «рефлексу виправдання» (не казати клієнту, що робити)

Підтримка самоефективності

Розвиток мотивації щодо вирішення проблем, пов’язаних із алкоголем

Навички

Питання відкритого типу

Рефлексивне слухання

Афірмація
Підсумовування
Оцінка важливості змін та впевненості в тому, що вони відбудуться

Формування прихильності до змін та розробка плану змін

Навички
Підбиття підсумків
Розробка цілей
Розробка плану змін
Оцінка вірогідності впровадження пацієнтом свого плану змін

Направлення на подальше лікування від розладу пов'язаного з вживанням алкоголю (за необхідності)

Ефективність коротких інтервенцій при впровадженні за різних умов

Результати семи мета-аналізів постійно демонструють, що короткі інтервенції ефективно знижують рівень споживання алкоголю серед підлітків, молоді та дорослих порівняно з відсутністю таких інтервенцій. Однак розмір впливу може бути невеликим і має тенденцію до зменшення з плином часу. Короткі інтервенції так само ефективні для зниження рівня вживання алкоголю, як і альтернативні протиалкогольні інтервенції та стандартна медична допомога, і можуть бути більш економічно ефективними.

Хоча тривають дебати про те, чи ефективні короткі інтервенції серед людей з надмірним вживанням алкоголю, сучасні дані свідчать, що МІ є ефективним. Також немає послідовних доказів того, що більш інтенсивне лікування розладів пов'язаних із вживанням алкоголю є більш ефективним, ніж МІ, при надмірному вживанні алкоголю або алкогольній залежності. Разом ці дані свідчать про те, що відповідно до моделей надання поетапної допомоги (див. **Розділ 5**), спочатку слід запропонувати МІ, а потім більш комплексне лікування алкогольної та інших видів залежності, якщо пацієнт не реагує, або якщо є клінічні показання (наприклад, наявність симптомів синдрому відміни алкоголю).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.1	Короткі мотиваційні інтерв'ю зменшують вживання алкоголю серед підлітків, молоді та старших людей з ризикованими/небезпечними моделями вживання алкоголю порівняно з відсутністю лікування, але ефект є незначним	A
6.2	Короткі мотиваційні інтерв'ю не є більш ефективними, ніж стандартна медична допомога	B

	або альтернативні методи лікування розладів пов'язаних із вживанням алкоголю для зменшення вживання алкоголю у дорослих з ризикованими моделями вживання	
6.3	Короткі мотиваційні інтерв'ю є більш ефективними, ніж альтернативні методи лікування серед молодих людей, але ефект від них дуже незначний	А

Як впроваджувати короткі інтервенції?

Короткострокові інтервенції можна проводити в різних умовах, включаючи заклади первинної медичної допомоги (заклади загальної практики, відділення невідкладної допомоги, стаціонарні відділення лікарень та амбулаторії), середні школи та вищі навчальні заклади (університети/коледжі), служби лікування алкогольної та інших видів залежності, громадські консультації та соціальні служби, заклади правосуддя та робочі місця.

Заклади первинної медико-санітарної допомоги

Під час рутинного скринінгу в загальній практиці можна виявити людей, які вживають алкоголь на ризикованих рівнях, що підходять для проведення коротких інтервенцій, оскільки близько 85% населення відвідує свого лікаря загальної практики принаймні один раз на рік. Лікарі загальної практики також мають ресурси та навички для проведення коротких інтервенцій, а отже, мають можливість і потенціал для суттєвого зниження ризикованого рівня вживання алкоголю.

Нещодавній огляд показав, що короткі інтервенції в умовах надання первинної медико-санітарної допомоги зменшують кількість спожитого алкоголю серед підлітків, молодих людей і дорослих з небезпечними та шкідливими моделями вживання алкоголю, порівняно з відсутністю інтервенцій, наданням стандартної медичної допомоги або мінімальним лікуванням. Це еквівалентно зменшенню кількості алкоголю на 20 грамів (2 стандартні порції) на тиждень у дорослих протягом 12 місяців. Короткі інтервенції також можуть бути економічно ефективним варіантом зменшення вживання алкоголю в закладах первинної медичної допомоги, але мають незначний вплив на подальше використання послуг первинної медичної допомоги або послуг з лікування алкогольної та наркотичної залежності.

Рівень доказовості ефективності коротких інтервенцій у закладах первинної медичної допомоги є високим. Рутинний скринінг на надмірне вживання алкоголю та короткі інтервенції рекомендовані для закладів загальної практики.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.4	Короткі інтервенції знижують споживання алкоголю серед людей з ризикованими моделями вживання алкоголю, які звертаються до закладів первинної медико-санітарної допомоги, і повинні регулярно пропонуватися в цих закладах	А
6.5	Короткі інтервенції, що надаються в умовах первинної медичної допомоги є ймовірно економічно ефективними, порівняно зі звичайним лікуванням	А
6.6	Короткі інтервенції, що проводяться в закладах первинної медичної допомоги, відділеннях невідкладної допомоги та стаціонарах загальної лікарняної мережі, мають незначний вплив на подальше використання медичних або послуг щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин	А

Відділення невідкладної допомоги та травмпункти

Серед людей, які звертаються до відділень невідкладної допомоги, спостерігається високий рівень травм і станів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Одне австралійське дослідження, проведене в дев'яти лікарнях, показало, що третина звернень була пов'язана з вживанням алкоголю. Дані свідчать про те, що нещодавня госпіталізація у зв'язку з вживанням алкоголем підвищує сприйнятливість пацієнта до інтервенцій («навчальний момент»), що вказує на те, що відділення невідкладної допомоги надають безцінну можливість для проведення коротких інтервенцій спрямованих на скорочення/зупинку вживання алкоголю.

Два останні мета-аналізи досліджень, що вивчали вплив коротких інтервенцій у відділеннях невідкладної допомоги, показали, що вони знизили споживання алкоголю серед людей з алкогольними розладами як у короткостроковій перспективі, так і через 12 місяців, але цей вплив був дуже незначним. В одному з досліджень результати були обмежені випадками, не пов'язаними з травмами. Більш ранній мета-аналіз показав, що короткі інтервенції були пов'язані зі зменшенням кількості травм, пов'язаних із алкоголем, порівняно зі стандартним лікуванням, але не виявив жодних відмінностей у споживанні алкоголю через 12 місяців спостереження. Існує мало доказів ефективності коротких інтервенцій для підлітків і молодих людей, які потрапляють у відділення невідкладної допомоги у зв'язку з алкогольним

сп'янінням. Єдиний мета-аналіз, проведений у цій віковій групі, дійшов висновку, що МІ не є більш ефективним для зменшення вживання алкоголю, ніж відсутність або мінімальний контроль лікування. Подібні результати були виявлені в трьох систематичних оглядах коротких інтервенцій (переважно МІ) для підлітків і молодих людей з госпіталізацією у зв'язку з вживанням алкоголю у відділеннях невідкладної допомоги.

Отже, короткі інтервенції в цих умовах призводять до зниження споживання алкоголю серед дорослих, які звернулися до відділень невідкладної допомоги у зв'язку з алкогольним сп'янінням, як у короткостроковій перспективі, так і через 12 місяців, але ці ефекти є дуже незначними. Існує мало доказів того, що короткі інтервенції є більш ефективними, ніж відсутність лікування, стандартне лікування або мінімальне лікування алкогольної залежності (наприклад, просвітницька брошура, зворотний зв'язок) для молодих людей.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.7	Короткі інтервенції є корисними у відділеннях невідкладної допомоги для зменшення вживання алкоголю серед дорослих з алкогольними розладами, порівняно з відсутністю лікування, стандартним лікуванням або мінімальним лікуванням розладів пов’язаних із вживанням алкоголю (наприклад, просвітницька брошура, зворотний зв'язок з пацієнтом)	B
6.8	Короткі інтервенції не є більш ефективними, ніж відсутність лікування, стандартне лікування або мінімальне лікування (наприклад, просвітницька брошура, зворотний зв'язок) для зменшення вживання алкоголю серед підлітків або молодих людей, які звертаються до відділень невідкладної допомоги	A

Відділення багатопрофільних лікарень та амбулаторії

Виявлено чіткий зв'язок між госпіталізацією у зв'язку з травматичними випадками або медичними проблемами та вживанням алкоголю. Поширені причини госпіталізації, пов'язані з алкоголем, включають алкогольну залежність/зловживання алкоголем, онкологію, серцево-судинні захворювання та захворювання органів травлення. Позитивний результат скринінгу на ризиковане вживання алкоголю за рік до операції прогнозує більшу кількість днів в інтенсивній терапії та післяопераційному стаціонарі, а також вищу ймовірність повернення на наступну операцію протягом 30 днів. Лікарняні

палати можуть бути особливо ефективним місцем для проведення коротких інтервенцій для людей, які вживають алкоголь на ризикованих рівнях, які вже мають або можуть мати ризик розвитку алкогольних проблем. Після госпіталізації пацієнти часто мають більшу мотивацію та бажання змінити свою поведінку щодо вживання алкоголю, а зменшення вживання алкоголю також може мати переваги для їхнього медичного стану.

Мета-аналіз коротких інтервенцій у стаціонарних відділеннях багатопрофільних лікарень для осіб, які зловживають алкоголем, показав, що вони мають переваги в плані зниження рівня споживання алкоголю та смертності через 12 місяців. На сьогодні проведено обмежену кількість досліджень ефективності коротких інтервенцій, що проводяться в амбулаторіях загальної практики. Існують попередні дані, що короткі мотиваційні інтерв'ю можуть бути ефективними для зменшення вживання алкоголю в стоматологічних та щелепно-лицевих амбулаторіях, але вони не є ефективними в амбулаторіях загального профілю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.9	Скринінг та короткі інтервенції можуть зменшити вживання алкоголю серед споживачів алкоголю з не пов'язаними з алкоголем захворюваннями, госпіталізованих до стаціонару багатопрофільних лікарень	B
6.10	Короткі MI можуть бути корисними для споживачів алкоголю, але виявляються неефективними в інших лікарняних амбулаторіях серед дорослих з не пов'язаними з алкоголем симптомами	D

Аптеки

Аптеки були визначені як ще один потенційний майданчик для проведення коротких інтервенцій щодо алкоголю, оскільки фармацевти мають регулярний контакт зі споживачами, відпускаючи ліки та допомагаючи споживачам у лікуванні незначних нездужань.

Однак, попри те, що існують докази того, що реалізація коротких інтервенцій в аптечних закладах може бути доцільною, наразі немає доказів, які б підтверджували ефективність цих інтервенцій у даному контексті.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.11	Немає доказів того, що скринінг та короткі інтервенції є ефективними для споживачів алкоголю, які звертаються до аптек на рівні громади	B

Спеціалізовані амбулаторні служби з лікування залежності

В Австралії існує високий попит на спеціалізовані послуги з лікування залежності, однак значна частина цього попиту залишається незадоволеною. Амбулаторне консультування є найпоширенішою формою лікування, але клієнти відвідують в середньому лише 1,6 сеансів лікування. Нещодавній мета-аналіз 48 рандомізованих контрольованих досліджень психосоціального лікування в амбулаторних умовах виявив, що тривалість відвідування лікування не впливає на довгострокові результати лікування алкогольної залежності.

У сукупності ці дані свідчать про те, що не всі клієнти, які звертаються до наркологічних служб, потребують інтенсивного психосоціального або фармакологічного лікування, а деякі з них можуть отримати користь від коротких інтервенцій. Моделі поетапної допомоги, які пропонують спочатку низькоінтенсивні короткі інтервенції, а потім більш інтенсивне лікування для клієнтів, які потребують більшого (наприклад, наявність симптомів синдрому відміни алкоголю) або не реагують на лікування, були рекомендовані як спосіб задовольнити незадоволений попит і максимізувати економічну ефективність амбулаторного лікування залежності в Австралії. Однак досліджень, які вивчають моделі поетапної допомоги або ефективність коротких інтервенцій у спеціалізованих установах, все ще мало.

Лише один мета-аналіз вивчав ефективність коротких інтервенцій для людей, які звертаються до спеціалізованих наркологічних служб. Двадцять досліджень порівнювали короткі інтервенції з більш тривалим лікуванням внаслідок вживання психоактивних речовин і не виявили жодних відмінностей у результатах лікування щодо алкоголю. Нещодавнє високоякісне рандомізоване контрольоване дослідження також не виявило різниці в результатах лікування щодо алкоголю після трьох сесій мотиваційного інтерв'ю зі зворотним зв'язком порівняно з 12 сесіями психосоціальних інтервенцій. Хоча результати свідчать про те, що короткі інтервенції були не менш ефективними у зниженні рівня вживання алкоголю в умовах спеціалізованого амбулаторного лікування залежності, ніж більш тривалі інтервенції, для встановлення еквівалентності необхідні подальші дослідження.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.12	Існують попередні дані, що три сеанси мотиваційного інтерв'ю зі зворотним зв'язком призводять до більшого короткострокового скорочення вживання алкоголю серед дорослих, які отримують амбулаторне лікування від залежності, ніж стандартне консультування	B

Навчальні заклади

У всьому світі вік початку вживання алкоголю підлітками поступово підвищується. Попри це, більше половини австралійських підлітків вживали алкоголь протягом свого життя.

Рівень вживання алкоголю все ще залишається високим серед молоді (18-24 роки): 42% з них за один раз випивають більше, ніж національні рекомендації (4 стандартні порції). Чим раніше молодь починає вживати алкоголь, тим більший ризик розвитку довготривалої алкогольної залежності та шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю. Проведення коротких інтервенцій щодо вживання алкоголю в навчальних закладах може зменшити цей ризик.

Лише один мета-аналіз вивчав вплив коротких інтервенцій у середніх школах і дійшов висновку, що, попри те, що були виявлені деякі позитивні короткострокові та середньострокові переваги, не можна зробити остаточних висновків щодо ефективності інформаційно-просвітницьких програм для зменшення вживання алкоголю серед підлітків у школах.

Чотири мета-аналізи вивчали вплив коротких інтервенцій на студентів університетів. Три з них показали, що короткі інтервенції значно зменшують вживання алкоголю та пов'язані з ним проблеми серед студентів університетів порівняно з відсутністю лікування або альтернативними методами лікування розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, але повідомлялося лише про незначний ефект. Отже, існують докази ефективності коротких інтервенцій щодо зменшення вживання алкоголю та пов'язаних із ним проблем серед студентів університетів порівняно з відсутністю лікування або мінімальним лікуванням алкогольної залежності. Існують також попередні докази їхньої економічної ефективності серед студентів університетів.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.13	Коротке мотиваційне інтерв'ю може використовуватися у старших класах, але не повинно бути єдиною стратегією.	C

6.14	Існують докази того, що короткі мотиваційні інтерв'ю можуть призвести до невеликого зниження споживання алкоголю серед молодих людей, які навчаються у вищих навчальних закладах, порівняно з відсутністю або мінімальним лікуванням алкогольної залежності (наприклад, інформаційна брошура, зворотний зв'язок). Існують також попередні докази їхньої економічної ефективності	B

Консультування на рівні громади та служби соціального захисту населення

Пацієнти можуть звертатися до громадських служб консультування з різноманітними скаргами, які можуть бути пов'язані з вживанням алкоголю або інших речовин, включаючи фінансові проблеми, проблеми у стосунках, працевлаштуванні або вихованні дітей. Короткі інтервенції можуть бути доречними для тих, хто вживає алкоголь на ризикованих рівнях; однак поки що існує мало доказів їхньої ефективності в цих умовах.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.15	Короткі інтервенції в закладах охорони здоров'я та соціального захисту на рівні громади можуть використовуватися, але не повинні бути єдиною стратегією	D

Робочі місця

Надмірне споживання алкоголю пов'язане з численними негативними наслідками на робочому місці, включаючи збільшення кількості прогулів, зниження продуктивності та зменшення прибутку. Враховуючи, що 28,4% австралійських працівників протягом життя стикалися з алкогольними розладами, а багато дорослих проводять приблизно третину свого робочого дня на робочому місці, існує потенціал для впровадження коротких інтервенцій щодо алкогольної залежності на робочому місці, які можуть бути реалізовані за сприятливих обставин.

Було проведено три систематичні огляди впровадження коротких інтервенцій на робочих місцях. Більшість включених досліджень показали, що короткі інтервенції не були більш ефективними у зниженні споживання алкоголю, ніж скринінг та інформування. Низький рівень участі та погані

показники подальшого спостереження за працівниками, про які повідомлялося в багатьох з цих досліджень, ставлять під сумнів доцільність впровадження коротких інтервенцій на робочому місці.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.16	Короткі інтервенції на робочому місці навряд чи будуть ефективними для споживачів алкоголю	B

Установи кримінального судочинства

За оцінками, алкоголь коштує системі кримінального правосуддя $2,958 млрд на рік, причому більша частина цих витрат припадає на поліцію (38%) і в'язниці (21%). Проблеми вживання алкоголю дуже поширені в місцях позбавлення волі: 58% австралійських ув'язнених повідомляють про високий ризик вживання алкоголю.

Розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю, дуже поширені, їх мають приблизно 24% ув'язнених у всьому світі.

Більшість досліджень коротких інтервенцій, проведених у системі кримінального судочинства, були зосереджені на в'язницях, з невеликою кількістю досліджень у місцях попереднього ув'язнення та в установах пробації. У тих випадках, коли короткі інтервенції виявилися більш ефективними, ніж контрольні умови, вони проводилися у в'язницях лише на жіночих вибірках і мали помірні докази короткострокового скорочення вживання алкоголю. Інших відмінностей у результатах коротких інтервенцій щодо вживання алкоголю порівняно з контрольованими умовами виявлено не було; однак вони можуть знизити рівень рецидиву.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.17	Короткі інтервенції у в'язницях можуть призвести до короткострокового зниження рівня вживання алкоголю серед жінок	B

Цільова аудиторія коротких інтервенцій

Вплив КІ на наслідки вживання алкоголю, ймовірно, буде різним у різних цільових групах.

Чи залежить вплив КІ на зменшення споживання алкоголю та пов'язаних із ним проблем від віку, статі чи етнічної приналежності?

Мета-аналізи показують, що вік і стать не впливають на наслідки вживання алкоголю в підлітковому, молодому та дорослому віці. Однак у кількох мета-аналізах було виявлено, що жінки в університетах та в'язницях мають значно кращі результати лікування від розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю. Дослідження виявили диференційовані ефекти КІ в деяких етнічних групах, але більшість досліджень були проведені серед представників європеоїдної раси в країнах першого світу.

Чи відрізняється вплив КІ залежно від статусу звернення за допомогою?

Лише в одному мета-аналізі було досліджено, чи залежать ефекти КІ, реалізованих в різних умовах, від статусу звернення за допомогою. Не було виявлено жодних відмінностей у впливі КІ порівняно з відсутністю лікування. В одному дослідженні серед тих, хто звертався за допомогою, КІ виявилися більш ефективним, ніж активне лікування, порівняно з шістьма дослідженнями серед тих, хто не звертався за допомогою. У пізніших дослідженнях не вивчався вплив статусу звернення за допомогою на результати КІ, оскільки статус звернення за допомогою, як правило, відрізняється залежно від того, в яких умовах впроваджуються КІ.

Чи змінюється вплив КІ залежно від тяжкості вживання алкоголю?

Триває дискусія щодо того, чи ефективні КІ серед людей з більш тяжким ступенем вживанням алкоголю та залежністю від нього. У той час як деякі ранні дослідження виключали людей із залежністю, більш пізні дослідження, як правило, не вимірювали залежність і використовували лише мінімальний поріг включення щодо вживання алкоголю без верхньої межі для виключення. Це означає, що люди з алкогольною залежністю, ймовірно, були включені в ці дослідження. Як наслідок, залишається незрозумілим, чи відрізняється вплив КІ між людьми з високим рівнем ризикованого вживання алкоголю та/або залежністю від нього. Тим не менш, існуючі дослідження свідчать про те, що КІ можуть бути більш ефективними, ніж відсутність лікування, для зменшення вживання алкоголю серед молоді та дорослих, незалежно від ступеня тяжкості вживання ними алкоголю. Відповідно до моделей поетапної допомоги, більш інтенсивне лікування слід пропонувати, якщо це клінічно обґрунтовано (наприклад, наявність симптомів синдрому відміни алкоголю) або якщо пацієнт не реагує на лікування.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
6.18	Коротке мотиваційне інтерв'ю може бути більш ефективним, ніж відсутність лікування для молодих людей і дорослих, незалежно від ступеню тяжкості вживання ними алкоголю, але більш інтенсивне лікування слід пропонувати, якщо це клінічно обґрунтовано (наприклад, наявність симптомів синдрому відміни алкоголю) або якщо вони не реагують на лікування	B

Характеристики ефективних коротких інтервенцій

Характеристики коротких інтервенцій, включаючи компоненти, тривалість і спосіб реалізації, можуть впливати на результати лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Найефективніший тип коротких інтервенцій

У низці мета-аналізів порівнювалися результати МІ зі зворотним зв'язком порівняно з МІ без зворотного зв'язку. Наявні дані свідчать про те, що короткі інтервенції, які складаються з персоналізованого зворотного зв'язку з оцінкою та МІ, мають дещо кращі результати, ніж лише МІ.

Механізми змін при впровадженні коротких інтервенцій

Зростає кількість досліджень, в яких намагаються визначити активні компоненти коротких інтервенцій щодо алкоголю. Короткі інтервенції, спрямовані на ці механізми змін для зменшення вживання алкоголю, можуть підвищити їхню ефективність. Огляд 61 дослідження коротких інтервенцій щодо вживання алкоголю показав, що описові норми (уявлення про вживання алкоголю однолітками) опосередковують ефективність інтервенцій через нормативний зворотний зв'язок, а мотивація до змін не змогла зрештою вплинути на ефективність МІ. Серед медіаторів з неоднозначною, але багатообіцяючою підтримкою були захисні поведінкові стратегії, очікування результатів, самоефективність, зміни в емоційних конструктах і мотиви подолання. Нещодавнє дослідження виявило відмінності в медіаторах змін у вживанні алкоголю при короткостроковому та довгостроковому спостереженні. Разом ці результати вказують на те, що ми маємо обмежене розуміння механізмів змін, які відбуваються в результаті коротких інтервенцій щодо алкогольної залежності, що потребує подальших досліджень.

Чи відрізняється вплив коротких інтервенцій залежно від тривалості лікування або способу надання послуг?

Сучасні дані свідчать про те, що тривалість коротких інтервенцій не впливає на результати лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у підлітків, молодих та старших людей за будь-яких умов лікування. Індивідуальне МІ є більш ефективним, ніж групове МІ, порівняно з відсутністю або альтернативним лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Хто може проводити короткі інтервенції?

Будь-який медичний працівник або провайдер лікування, який має відповідну підготовку, може впроваджувати короткі інтервенції, зокрема: працівники з питань алкоголю та наркотиків і психічного здоров'я, психологи, соціальні працівники, медсестри, консультанти, психіатри, лікарі, дієтологи, фармацевти, працівники служби пробації, однолітки та фахівці з питань поведінкового здоров'я.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.19	Провайдери послуг (включаючи консультантів, лікарів, медсестер, учасників груп рівний-рівному), які пройшли відповідну підготовку, можуть ефективно реалізовувати короткі інтервенції	B

Найефективніші методи впровадження коротких інтервенцій для тренерів

Мета-аналіз 21 дослідження показав, що 1-2-денні (12-15 годин) тренінги, які складалися з особистих діадних інструктажів та інтерактивних вправ, призвели до значного покращення навичок МІ. Удосконалені семінари (контекстно-орієнтований підхід, зворотний зв'язок щодо аудіозаписів, аудіозаписи практичних прикладів, комп'ютерні технології та/або моделі для навчання тренерів) не дали кращих результатів. Надання 3-4 сесій зворотного зв'язку після семінару та коучинг сприяли збереженню навичок МІ через 6 місяців, тоді як за відсутності зворотного зв'язку після семінару спостерігалося помірне зниження рівня навичок МІ.

Вплив прихильності до МІ на наслідки вживання алкоголю

Мета-аналіз досліджень показав, що терапевти, які демонстрували вищій рівень навичок, сумісних з МІ (т.зв. МІ-сумісні навички), сприяли більшій частці змін у поведінці клієнтів, більшому скороченню вживання алкоголю та інших ризикованих моделей поведінки. Друге дослідження, присвячене вивченню предикторів прихильності до МІ, виявило, що найбільші відмінності (57-94%) спостерігаються серед провайдерів послуг. Це підкреслює важливість

забезпечення належної підготовки терапевтів з МІ, а також доступу до постійного нагляду та моніторингу прихильності для підтримки навичок МІ та уникнення дрейфу терапевта.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
6.20	Комплексні 1-2+ денні навчальні семінари, які включають індивідуальні діадні інструктажі та інтерактивні вправи, а також 3-4 сесії зворотного зв'язку/коучингу після семінару, найімовірніше, будуть ефективним засобом навчання та підтримки навичок з МІ. Також рекомендується постійний нагляд	В

Реалізація коротких інтервенцій у клінічній практиці

Історично склалося так, що з моменту отримання доказової бази щодо психологічних інтервенцій до їхнього впровадження в клінічну практику проходить 17-25 років. Навіть коли інтервенції у сфері психічного здоров'я впроваджуються на практиці, забезпечення сталості програми є складним завданням: за даними одного дослідження, лише 47% служб підтримували впровадження доказових інтервенцій впродовж 6 років. Отже, навіть якщо короткі інтервенції виявляються ефективними методами лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, необхідно також розглянути, чи можна їх впроваджувати в рамках рутинної медичної допомоги.

Хоча короткі інтервенції впроваджуються в різних умовах, а різні країни приймають національні стратегії для підтримки їхнього впровадження, було виявлено низку проблем. До загальних бар'єрів, які впливають на показники скринінгу та ефективне проведення коротких інтервенцій, належать брак часу, конкуруючі зобов'язання та недостатній простір.

До факторів, що сприяють впровадженню, належать: наявність міждисциплінарних груп, які проводять скринінг; наявність інструменту для короткого скринінгу, інтегрованого в рутинну допомогу та існуючі електронні системи; наявність спеціалістів на місцях, які інтегровані в існуючі команди та реалізують короткі інтервенції на місцях або по телефону для підвищення залученості клієнтів, а також забезпечення зворотного зв'язку після інтервенцій з особами, які направили їх до спеціалістів. Наявність початкового етапу впровадження та прийняття декількох типів інтервенційних стратегій, які зосереджені на фахівцях, організаціях та клієнтах/пацієнтах. Нарешті, наявність чіткої системи моніторингу, чітких цілей і «чемпіона» на керівній посаді, який забезпечує матеріально-технічну підтримку та вирішення проблем, а також має харизму і здійснює потужну послідовну комунікацію. Ці бар'єри і фактори необхідно враховувати і активно вирішувати, щоб сприяти ефективному і результативному впровадженню КІ.

Підсумок та обмеження коротких інтервенцій

Більшість шкоди, пов'язаної з алкоголем у громаді, спричиняють люди, які вживають надмірну кількість алкоголю і перевищують рекомендовані норми, а не люди, які мають алкогольну залежність. Один із способів знизити рівень споживання алкоголю в громаді – забезпечити доступ до коротких інтервенцій. Короткі інтервенції, що містять компонент МІ, є кращими, ніж відсутність лікування, для зниження рівня споживання алкоголю серед підлітків, молодих і старших дорослих у різних умовах, але їхній вплив є незначним.

Короткі МІ не є більш ефективними, ніж стандартне лікування або альтернативні методи лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, для зниження рівня вживання алкоголю у дорослих з ризикованими моделями вживання алкоголю. МІ є більш ефективними, ніж альтернативні методи лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю у молодих людей, але їхній вплив є дуже незначним. Однак слід зазначити, що узагальненість рекомендацій, які містяться в цьому розділі, обмежена неєвропейськими країнами першого світу (наприклад, переважно Північною Америкою), де було проведено більшість досліджень.

Докази ефективності коротких інтервенцій при розладах, пов'язаних із вживанням алкоголю є найбільш переконливими в закладах первинної медичної допомоги, включаючи лікарів загальної практики, стаціонарні відділення та відділення невідкладної допомоги. Найбільш переконливі докази виявлено в умовах загальної практики, а найслабші - у відділеннях невідкладної допомоги, особливо серед молодих людей. Короткі інтервенції (3-4 сеанси) виявилися не менш ефективними, ніж більш тривале лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в спеціалізованих наркологічних установах; однак необхідні додаткові дослідження щодо коротких інтервенцій у спеціалізованих службах. Існують також докази того, що МІ є корисними у вищих навчальних закладах, але їхній вплив є дуже незначним. Немає або недостатньо доказів щодо коротких інтервенцій стосовно розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в лікарняних амбулаторіях, серед учнів середніх шкіл, в установах соціального захисту, аптеках або на робочому місці. Нарешті, існують попередні докази ефективності КІ для жінок-ув'язнених.

Впровадження коротких інтервенцій у клінічну практику залишається складним завданням. Мало відомо про те, як найкраще навчати, контролювати та відстежувати прихильність терапевтів, які проводять лікування, щодо стратегії МІ; однак 1-2+-денні семінари з подальшим коучингом та постійним наглядом, ймовірно, будуть корисними.

Попри певний прогрес, досягнутий у визначенні загальних бар'єрів та факторів, що сприяють впровадженню, це дослідження знаходиться на початковій стадії. До загальних факторів сприяння впровадженню, які заслуговують на увагу, належать технологічні допоміжні засоби, ролі

спеціалістів для проведення коротких інтервенцій, прихильність та залучення до реалізації керівництва, впровадження скринінгу та коротких інтервенцій у звичайну практику на робочому місці, а також використання послуг телемедицини для збільшення охоплення населення.

Результати цього огляду можуть сприйматися як досить помірні і не спонукати клініцистів до рутинного використання коротких інтервенцій. Одним з ключових обмежень коротких інтервенцій є їхні незначні впливи. Наприклад, було виявлено середнє зниження вживання алкоголю на 20 грамів на тиждень (2 стандартних порції) при проведенні коротких інтервенцій у закладах первинної медичної допомоги. Ще менший вплив було виявлено у молодих людей, переважно студентів. Це означає, що багато учасників продовжують вживати алкоголь на рівні, який вважається небезпечним згідно з рекомендаціями більшості країн.

Однак будь-яке скорочення, ймовірно, буде корисним на індивідуальному рівні, враховуючи негативний вплив алкоголю на здоров'я. На популяційному рівні будь-яке скорочення, ймовірно, матиме значний вплив на здоров'я, якість життя та використання ресурсів охорони здоров'я, враховуючи, що від 5 до 12% тягаря хвороб в Австралії пов'язано з алкоголем.

Слід зазначити, що новіші дослідження коротких інтервенцій, як правило, демонструють менший вплив на споживання алкоголю, ніж старіші дослідження. Як наслідок, мета-аналіз коротких інтервенцій щодо алкоголю виявив менші розміри впливу з плином часу. Існує кілька потенційних причин для цього. По-перше, визначення надмірного вживання алкоголю, яке використовується в національних настановах, з часом зменшилося, що знизило поріг критеріїв включення осіб, які перебувають у групі ризику, в новіші дослідження. Отже, для досягнення нижчого рівня ризику вживання алкоголю потрібно менше змін, що зменшує розмір впливу.

По-друге і по-третє, реактивність оцінки на інструменти скринінгу, а також надання інформації, пов'язаної з алкоголем, в умовах мінімального або відсутнього контролю лікування в більш пізніх дослідженнях, можливо, підвищило обізнаність контрольної групи про проблеми з алкоголем і призвело до зниження рівня вживання алкоголю. Для подальшого вивчення цих питань необхідні майбутні дослідження, що оцінюють КІ з використанням ультракоротких оцінок і маскованих дослідницьких дизайнів (наприклад, опитування про спосіб життя, що містить питання про алкоголь).

Ці обмеження підкреслюють необхідність подальших досліджень щодо того, як посилити вплив коротких інтервенцій. Дослідження, що вивчають активні компоненти коротких інтервенцій та характеристики осіб, які, найімовірніше, отримають від них користь, можуть допомогти підвищити їхню ефективність. Існує нагальна потреба в консенсусному узгодженні основного набору заходів щодо вживання алкоголю та проблем, пов'язаних із алкоголем, щоб підвищити порівнянність випробувань коротких інтервенцій і полегшити проведення майбутніх мета-аналізів. Для кращого розуміння тривалості впливу також необхідний більш тривалий час спостереження.

Висновок

Існують переконливі докази переваги коротких інтервенцій для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, порівняно з відсутністю лікування в різних ситуаціях. Докази ефективності коротких інтервенцій порівняно зі стандартним лікуванням або активним лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, обмежені. Хоча існують докази економічної ефективності коротких інтервенцій щодо розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в деяких умовах, їх впровадження залишається напрочуд низьким. Реалізація коротких інтервенцій у різних умовах має потенціал для забезпечення великої кількості людей доступом до короткострокового, економічно ефективного лікування алкогольної залежності. Хоча вплив є незначним, на рівні популяції короткі інтервенції можуть зробити значний внесок у зменшення впливу алкоголю на тягар хвороб і травматизму в Австралії.

Розділ 7. КОРОТКІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СФЕРІ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НИМ ПРОБЛЕМ

Автори: Бенджамін Ріордан, Джон Каннінгем та Френсіс Кей-Лембкін

У цьому розділі представлено короткий опис інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я та їхньої ролі у вирішенні проблем вживання алкоголю та пов'язаних з ним проблем. У розділі описані загальні компоненти інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я та сучасна доказова база, а також наведені посилання на поточні інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я.

Короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я щодо вживання алкоголю та пов'язаних з ним проблем

Згідно з Розділом 6, короткі особисті інтервенції є ефективним та економічно вигідним способом зменшення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Попри це, більшість австралійців, які стикаються з розладом вживання алкоголю, ніколи не отримують лікування, а для тих, хто його отримує, середній проміжок часу від появи розладів до першого звернення за допомогою становить 18 років. Впровадженню коротких інтервенцій для вирішення проблем вживання алкоголю може перешкоджати кілька бар'єрів, таких як: час, доступ до медичних працівників, які пройшли підготовку з проведення коротких інтервенцій, брак ресурсів, вартість і стигма, пов'язана зі зверненням за лікуванням проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Але короткі інтервенції в системі електронної системи охорони здоров'я (інтервенції, що реалізуються через мережу Інтернет, мобільний телефон або комп'ютер) зменшують кілька бар'єрів на шляху до лікування. Зокрема, короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я щодо проблем з вживанням алкоголю, як правило, складаються з одного сеансу, можуть бути доступні на розсуд користувача, їх легко впроваджувати без спеціальної підготовки, вони дешевші, ніж реалізація інтервенцій віч-на-віч, продемонстрували хорошу прийнятність серед людей з проблемами з вживанням алкоголю і можуть зменшити певну стигму, пов'язану з пошуком лікування. Дійсно, серед австралійців, які вживали алкоголь протягом останнього року, безкоштовні онлайн-інтервенції є найпопулярнішою формою лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. В Австралії короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я щодо вживання алкоголю є особливо перспективним варіантом лікування, оскільки доступ до Інтернету (89%) та володіння смартфонами (83%) є майже повсюдним. Таким чином, інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я можуть бути розширені і стати важливим інструментом для охоплення тих, хто не звертається за допомогою, важкодоступних спільнот і молодих людей, які

вживають алкоголь (які, найімовірніше, мають доступ до мобільних телефонів та Інтернету).

Онлайн-інтервенції для вирішення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю

Для реалізації матеріалів онлайн-інтервенцій використовується Інтернет, мобільні телефони або комп'ютери[41]. У більшості випадків застосовується підхід, подібний до особистих коротких інтервенцій, і включають певну форму скринінгу та персоналізованого зворотного зв'язку. Хоча деякі компоненти коротких інтервенцій важко перенести на цифрову платформу (наприклад, емпатію), короткі онлайн-інтервенції містять подібні методи зміни поведінки («активні компоненти»), а найпоширенішими з них є зворотний зв'язок щодо вживання алкоголю, соціальні порівняння для заохочення до зміни вживання алкоголю відповідно до низького рівня ризику, інформація та зворотний зв'язок щодо наслідків, посилення мотивації та особистої здатності до змін.

На сьогодні більшість коротких інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров’я для лікування проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю, використовували комп’ютерні інтервенції в режимі онлайн і були повністю автоматизовані (тобто без участі лікаря). На противагу цьому, незважаючи на багатообіцяючий потенціал мобільних застосунків, існує менше доказів, що підтверджують їх ефективність.

На кого спрямовані короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров’я

Короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров’я є цікавим методом лікування, оскільки (1) їх можна легко розіслати великій групі людей для профілактики або раннього втручання з мінімальним залученням лікарів (наприклад, новій групі студентів університету) і (2) їх можна використовувати для скринінгу та лікування широкого кола людей, які вживають алкоголь, оскільки зворотний зв’язок може бути адаптований до різних рівнів вживання алкоголю. Незважаючи на свою перспективність, важливо зазначити, що інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров’я можуть бути більш доступними для певних груп населення (наприклад, для тих, хто має мобільні пристрої, молодих людей з вищою цифровою грамотністю) і менш доступними для інших (наприклад, для бездомних, літніх людей з нижчим рівнем цифрової грамотності). Крім того, певні групи людей, які вживають алкоголь, можуть віддавати перевагу інтервенціям в сфері електронної системи охорони здоров’я більше, ніж інші (наприклад, ті, хто отримав нижчі бали за тестом AUDIT, віддають перевагу інтервенціям в сфері електронної системи охорони здоров’я порівняно з тими, хто набрав вищі бали). Однак це ідеальний варіант, оскільки, хоча існують

[41] Це визначення подібне до визначення ВООЗ: «використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для охорони здоров'я».

докази того, що короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я ефективні для лікування осіб, які вживають алкоголь понад рекомендовані норми, а також тих, хто вживає алкоголь небезпечно та епізодично, існує менше доказів того, що вони можуть бути ефективним варіантом лікування для осіб, які одужують від РВА, а для лікування цього додаткового рівня тяжкості проблеми вживання алкоголю, ймовірно, потрібні більш тривалі інтервенції.

Хто може надавати короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я

На відміну від очних коротких інтервенцій, для проведення коротких інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я з проблем вживання алкоголю не потрібна спеціальна підготовка, і більшість з них повністю автоматизовані. Однак існують певні докази того, що більші покращення пов'язані з короткими інтервенціями в сфері електронної системи охорони здоров'я, які включають особисту підтримку (наприклад, електронні листи або текстові повідомлення від лікаря) та надходять з надійного джерела. Існують також певні докази того, що короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я для вирішення проблем вживання алкоголю є ефективними для кількох різних груп населення, зокрема в університетах, медичних закладах[42] та інших громадських установах. Однак доказова база для порівняння цих середовищ між собою є недостатньою, і це розглядається як сфера для майбутніх досліджень.

Чи є короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я більш ефективними, ніж відсутність інтервенцій?

Загалом, науковий консенсус полягає в тому, що вплив коротких інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я невеликий (діапазон 2-5 стандартні порції на тиждень; кількість, що потребує лікування [від середнього ризику до низького] = 4,4), але узгоджується між дослідженнями, умовами та платформами, і є кращою за альтернативи у вигляді контролю або мінімальних втручань. Однак існує менше доказів того, що короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я є ефективними у випадку більш серйозних проблем із вживанням алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
7.1	Короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я ефективно знижують рівень вживання алкоголю	A

[42] Зауважте, що у відділеннях невідкладної допомоги отримані неоднозначні докази.

7.2	Існує менше доказів того, що короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я ефективні для вирішення більш серйозних проблем, пов'язаних із алкоголем. На цьому етапі слід надавати перевагу іншим стратегіям	B

Чи є короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я більш ефективними, ніж очні короткі інтервенції?

Загалом, схоже, що в короткостроковій перспективі немає помітної різниці між інтервенціями в сфері електронної системи охорони здоров'я та особистими інтервенціями, але очні короткі інтервенції можуть бути більш ефективними протягом більш тривалих періодів часу (тобто понад 14 тижнів). Однак необхідні додаткові дослідження, оскільки дуже мало досліджень безпосередньо порівнюють електронну систему охорони здоров'я з очними короткими інтервенціями. Таким чином, ми рекомендуємо пропонувати очні короткі інтервенції, якщо це можливо (тобто, лікар підготовлений і має час), а короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я пропонувати, коли час обмежений, у важкодоступних групах населення, коли інші інтервенції не можуть бути запропоновані, або в поєднанні з очними короткими інтервенціями.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
7.3	Очним коротким інтервенціям слід надавати перевагу перед інтервенціями в сфері електронної системи охорони здоров'я, оскільки вони можуть мати більш довгостроковий вплив, ніж інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я	B
7.4	Короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я слід пропонувати, коли час обмежений, як перший крок до більш тривалої інтервенції, для важкодоступних груп населення, коли інші інтервенції не можуть бути запропоновані, коли пацієнт віддає перевагу саме їм, або в поєднанні з очною короткою інтервенцією	GPP
7.5	Інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я, які передбачають певну допомогу людини (віч-на-віч, через текстові повідомлення	B

	або електронну пошту), можуть бути більш ефективними, ніж повністю автоматизовані інтервенції, незважаючи на обмеження щодо ресурсів та масштабування, пов'язані з ними	

Обмеження

Існує кілька обмежень для інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я. По-перше, інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я, зазвичай, мають невеликий ефект (інтервенції зменшують щотижневе споживання алкоголю приблизно на 2-5 стандартні порції), і це може перешкодити деяким лікарям використовувати їх як інструмент. Однак після розробки інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я є дуже дешевими та економічно ефективними, і навіть невеликі зменшення можуть бути значущими. По-друге, більшість інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я є повністю автоматизованими і самокерованими. Таким чином, вони покладаються на те, що користувач буде зацікавлений і мотивований до використання інтервенцій. Нарешті, основною проблемою для інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я є вибір та визначення того, які інтервенції є ефективними. На жаль, більшість інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я з доказами, отриманими в результаті досліджень, не стають доступними для груп населення, які не брали участі в дослідженнях, оскільки дослідники можуть не мати можливості або ресурсів для того, щоб зробити доказові інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я доступними після завершення випробувань. Це занепокоєння посилюється тим, що більшість доступних для завантаження застосунків для смартфонів, пов'язаних із алкоголем, зосереджені на: a) полегшенні вживання алкоголю (а не на його зменшенні); b) використанні меншої кількості опцій, ніж у дослідницьких застосунках (3 проти 6-9); c) навряд чи керуються якоюсь конкретною теорією; d) є неточними. З огляду на те, що конкретні інтервенції, які ми схвалюємо, можуть більше не підтримуватися на момент публікації, ми включили розділ з вебсайтами дослідників та експертів, які оцінюють інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я на основі їхньої ефективності. Ці вебсайти постійно оновлюються, і очікується, що на них з'являтимуться нові доступні інтервенції.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
7.6	Слід надавати перевагу інтервенціям в сфері електронної системи охорони здоров'я з доказовою базою, оскільки ресурси, що не мають доказової бази, можуть бути неточними або менш ефективними. Ми рекомендуємо	GPP

	використовувати такі ресурси, як Beacon, для визначення ефективних інструментів електронної системи охорони здоров'я	

BEACON

https://beacon.anu.edu.au/service/website/browse/23/Alcohol

Beacon – це австралійський вебсайт, який використовує групу експертів у галузі охорони здоров'я для класифікації, огляду та оцінки вебсайтів і мобільних застосунків (застосунків і вебсайтів), що використовуються для формування здорової поведінки. Beacon публікує ці огляди на своєму вебсайті разом з інформацією про інтервенцію та посиланням на вебсайт інтервенції. Система оцінювання дуже проста у використанні як для лікарів, так і для споживачів, а докази ранжуються від «зараз немає доказів», «докази свідчать про те, що сайт не працює» до «зареєструватися». На цей час існує одна інтервенція щодо вживання алкоголю, яка має високий рейтинг на цьому сайті.

PSYBERGUIDE

https://onemindpsyberguide.org

Psyberguide використовує схожий процес, як і Beacon. Однак зараз вони мають дуже мало застосунків для боротьби з вживанням психоактивних речовин. Оцінка достовірності відображає рівень наукової підтримки самого застосунку та терапевтичних інтервенцій, які він пропонує.

HEAD TO HEALTH

https://headtohealth.gov.au/search-resources

Head to health більше фокусується на ресурсах і не оцінює конкретні інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я. Вони поділяють ресурси на 1) інформаційні сторінки Head to health, 2) зовнішні вебсайти, 3) застосунки та програми (конкретні ресурси), 4) форуми для взаємної підтримки та 5) телефонний чат і електронну пошту. Однак зараз вони не надають рейтингу інтервенцій в сфері електронної системи охорони здоров'я, розміщених на вебсайті.

Резюме

Одним із способів знизити рівень споживання є надання короткої очної інтервенції на первинній ланці медичної допомоги та в різних інших громадських установах (див. Розділ 6). Однак існує кілька бар'єрів на шляху впровадження коротких інтервенцій на практиці, тому короткі інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я можуть бути ефективною альтернативою в тих випадках, коли використання коротких інтервенцій не є можливим. Як показано в цьому розділі, інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров'я мають невеликий, але значний вплив на вживання

алкоголю, можуть мати такі ж короткострокові переваги, як і очні інтервенції, і є дуже економічно ефективними.

Розділ 8. СТАН ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Автори: Пол Хабер та Ніколас Лінцеріс

СТАН ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Синдром відміни або стан відміни – це синдром, що виникає у людей, які тривалий час вживають алкоголь з високим ступенем ризику, але припиняють або суттєво зменшують його вживання. Симптоми включають адренергічну гіперактивність, збудження центральної нервової системи (ЦНС) та шлунково-кишкові розлади. Ризик розвитку СВ підвищується за умови високого рівня вживання алкоголю, попередніх епізодів синдрому відміни алкоголю та супутніх проблем зі здоров'ям, зокрема, припинення вживання інших наркотичних речовин. СВ варіюється за ступенем тяжкості від легкої до загрозливої для життя, з тенденцією до посилення з кожним наступним епізодом.

Хронічне вживання алкоголю пов'язане з нейроадаптивними змінами, які мають тенденцію до відновлення рівноваги, що викликає стійкість до алкоголю. Відбувається зниження регуляції ГАМК-рецепторів і підвищення експресії NMDA-рецепторів з виробленням більшої кількості глутамату для підтримки гомеостазу трансмітерів ЦНС. Припинення вживання алкоголю призводить до стану нерівноваги з розгальмовуванням декількох нейромедіаторних систем. Підвищується активність адренергічної системи, а також глутамату і ГАМК, і ці зміни пояснюють клінічні особливості алкогольного СВ.

Ознаки та симптоми СВ можна згрупувати в три основні класи – вегетативна гіперактивність, шлунково-кишкові та когнітивні й перцептивні зміни – і розділити на неускладнений та ускладнений синдром відміни (див. Таблицю 8.1).

Таблиця 8.1

Симптоми СВ щодо вживання алкоголю

	Вегетативна гіперактивність	**Шлунково-кишкові порушення**	**Когнітивні та перцептивні зміни**
Особливості неускладненого СВ	Потовиділення Тахікардія Гіпертензія Тремор	Анорексія Нудота Блювання Диспепсія	Погана концентрація уваги Тривожність Психомоторне

	Лихоманка (зазвичай <38°C)	Діарея	збудження Порушення сну, яскраві сновидіння
Ускладнення тяжкого СВ	Зневоднення та електролітні порушення		Судоми Галюцинації або порушення сприйняття (зорові, тактильні, слухові) Делірій

Початок і тривалість СВ

Початок СВ щодо вживання алкоголю зазвичай настає між 6 та 24 годинами після останнього вживання алкоголю. У деяких людей з тяжкою алкогольною залежністю може настати, коли рівень алкоголю в крові знижується, навіть якщо пацієнт все ще перебуває в стані інтоксикації або вживав алкоголь нещодавно; у значної частини людей з алкогольною залежністю симптоми СВ починаються ще до того, як рівень алкоголю в крові досягне нуля. Рішення про лікування пацієнта не має прийматися лише на основі рівня алкоголю в крові. Для оцінки рівня симптомів СВ у пацієнта можна використовувати шкали оцінки СВ.

У той час як у більшості людей СВ є короткочасним і несуттєвим, у інших він посилюється протягом перших 48-72 годин після утримання від вживання алкоголю. У цей час пацієнт стає дуже вразливим до психологічного та фізіологічного стресу. Психологічні симптоми СВ, зокрема дисфорія, порушення сну і тривога, часто зберігаються протягом декількох тижнів після припинення вживання алкоголю. Вживання інших психоактивних речовин, медичні та психіатричні стани можуть впливати на початок, тяжкість і тривалість СВ. Вживання бензодіазепінів або інших седативних засобів часто затримує початок СВ та зменшує її тяжкість. Також надаються рекомендації щодо профілактики та лікування енцефалопатії Верніке у таких пацієнтів.

Ускладнення тяжкого СВ

Ускладнення тяжкого СВ виникають у меншості випадків і включають судоми, делірій та галюцинації. Раннє лікування легких симптомів може запобігти прогресуванню, але багато пацієнтів звертаються до лікарів з уже з тяжким СВ.

Судомні напади

Судомні напади, пов’язані з СВ, зазвичай відбуваються у вигляді генералізованих тоніко-клонічних судом. Вони виникають під час зниження рівня алкоголю в крові, зазвичай протягом 6-24 годин після останнього вживання алкоголю, і можуть виникати навіть за умови високого рівня

алкоголю в крові (наприклад, понад 20 ммоль/л) у людей з тяжкою алкогольною залежністю. (Рисунок 8.1)

Поширеність вираженого СВ оцінюється у 2 - 9 % залежних від алкоголю людей. Люди, які пережили судоми СВ, більш схильні до повторних судом під час наступних епізодів СВ. Ризик повторення судом впродовж 6-12 годин у пацієнтів, які не отримують лікування, становить від 13 до 24 відсотків.

Алкогольний делірій

Характерними ознаками алкогольного делірію (також відомого як біла гарячка) є порушення свідомості та зміни когнітивних функцій або розлади сприйняття. Терміни «алкогольний делірій» і «біла гарячка» можна використовувати як взаємозамінні. Алкогольний делірій – це гострий органічний синдром головного мозку, що характеризується сплутаністю свідомості та дезорієнтацією, збудженням, гіперактивністю та тремором.

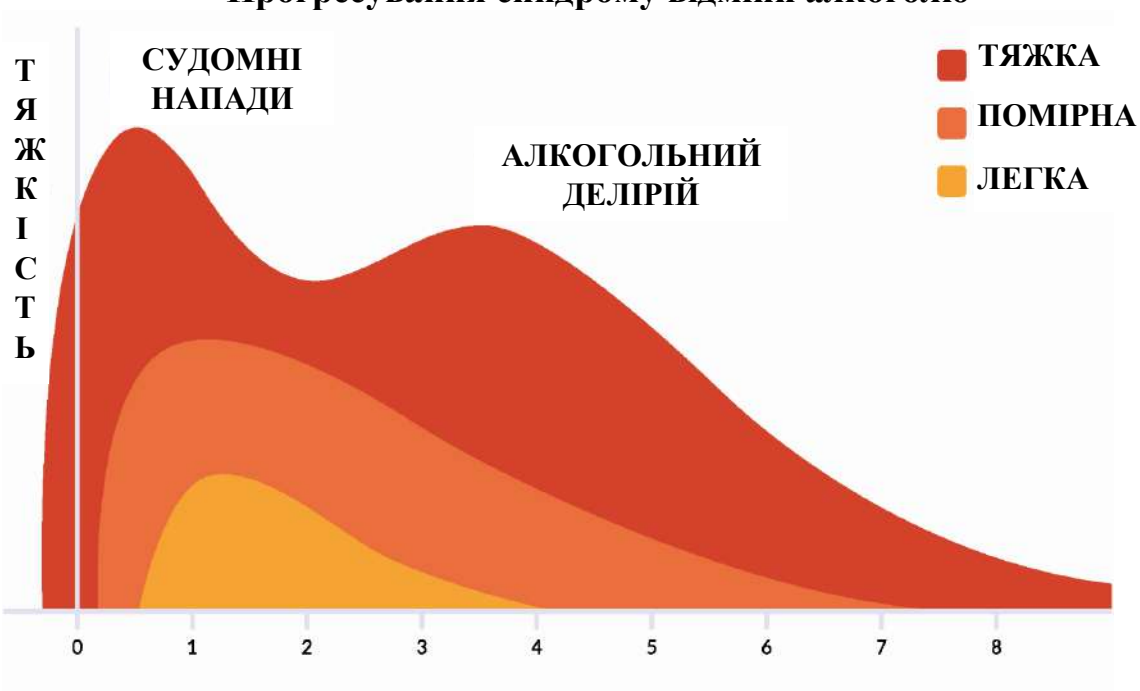
Алкогольний делірій зазвичай починається через 2-3 дні після припинення вживання алкоголю і, зазвичай, триває ще 2-3 дні, хоча може тривати тижнями. Частота виникнення алкогольного делірію у пацієнтів з алкогольною залежністю, які не отримують медикаментозного лікування, в середньому становить 5%, хоча за умови ефективного лікування синдрому відміни алкоголю цей показник значно нижчий. У ранніх дослідженнях білої гарячки повідомлялося про рівень смертності до 15%; однак, з розвитком лікування рівень смертності знизився до менш ніж 1%.

Галюцинації

Деякі пацієнти відчувають галюцинації або інші порушення сприйняття (наприклад, хибні уявлення) на будь-якій стадії фази СВ. Галюцинації можуть бути зоровими, тактильними або слуховими і супроводжуватися параноїдальними ідеями або маренням, а також аномальним афектом (збудженням, тривогою, дисфорією).

Рисунок 8.1

Прогресування синдрому відміни алкоголю



Час з моменту, коли рівень алкоголю в крові дорівнював нулю (дні)

Оцінка та підбір лікування

Оцінка пацієнтів, які проходять лікування СВ, вимагає анамнезу, огляду, проведення обстежень (описано в Розділі 3).

Метою є планування відповідного лікування шляхом встановлення діагнозу, виключення важливих диференціальних діагнозів, оцінки тяжкості та розуміння мотивації пацієнта щодо лікування.

Диференціальна діагностика

Залежно від клінічних особливостей, слід розглядати широкий спектр станів, які можуть сприяти виникненню СВ або повністю пояснювати його перебіг.

- СВ від інших препаратів, особливо бензодіазепінів, може імітувати або супроводжувати стан відміни алкоголю.
- Інтоксикація деякими стимуляторами.
- Внутрішньочерепні розлади, включаючи енцефаліт, менінгіт, черепно-мозкову травму та внутрішньочерепний крововилив.
- Метаболічні розлади, такі як гіпоглікемія та електролітні розлади.
- Психічні розлади, включаючи шизофренію. Завжди слід враховувати синдром Верніке-Корсакова.

Предиктори тяжкості СВ

Враховуючи варіабельність тяжкості СВ, важливо ретельно спостерігати за всіма пацієнтами під час СВ алкоголю, особливо за тими, хто належить до групи підвищеного ризику. Прогнозування тяжкості СВ алкоголю для окремого пацієнта вимагає оцінки зазначеного нижче:

Поточні патерни вживання алкоголю. Дослідження мінімального рівня вживання алкоголю, необхідного для виникнення фізичної залежності, не проводилося. Тяжкість СВ лише помірно прогнозується кількістю спожитого алкоголю. Загалом, вищий рівень споживання (наприклад, 150 грамів чистого спирту на день) асоціюється з більшою тяжкістю синдрому відміни алкоголю, ніж нижчий рівень споживання, хоча люди з нижчим рівнем вживання алкоголю (наприклад, 80-100 грамів на день) можуть відчувати важкий СВ та ускладнення СВ алкоголю.

Предиктором збільшення тяжкості СВ алкоголю є поява симптомів синдрому відміни алкоголю (таких як тремор, нудота, тривога) після пробудження, які зазвичай зникають після вживання алкоголю рано вранці.

Люди, які вживають алкоголь у великих кількостях, але нерегулярно (наприклад, 2-3 дні на тиждень), що іноді називають «запійним» вживанням алкоголю, зазвичай не відчувають сильного СВ, хоча інші стани (наприклад, епілепсія, тривога) можуть «вийти назовні» в період після вживання алкоголю. Однак пацієнти можуть занижувати кількість або частоту вживання алкоголю. Розумно надавати допомогу таким людям так, як якщо б вони перебували в групі ризику СВ алкоголю.

Минулий досвід СВ зазвичай є найкращим предиктором щодо його повторного виникнення. Пацієнти з важким СВ алкоголю в анамнезі (наприклад, сильна тривога, судоми, делірій, галюцинації) з більшою ймовірністю зазнають таких ускладнень під час майбутніх епізодів СВ.

Супутнє вживання психоактивних речовин. Пацієнти, які активно або регулярно вживають інші психоактивні речовини (наприклад, бензодіазепіни, стимулятори, опіати), можуть відчувати більш тяжкий СВ. Зокрема, СВ як від алкоголю, так і від бензодіазепінів може підвищити ризик ускладнень.

Супутні медичні або психіатричні захворювання. Пацієнти з супутніми медичними станами (такими як сепсис, епілепсія, тяжкі захворювання печінки, травми голови, біль, виснаження організму) або психіатричними захворюваннями (такими як тривога, психоз або депресія) мають більшу ймовірність виникнення тяжких ускладнень СВ.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.1	Ризик виникнення тяжкого СВ слід оцінювати на основі поточних моделей вживання алкоголю, минулого досвіду СВ, супутнього вживання психоактивних речовин, а також	В

	супутніх медичних або психіатричних станів	

Цілі послуг з лікування СВ алкоголю

Дослідження показують, що лікування СВ саме по собі має незначний (якщо взагалі має) вплив на довготривале вживання алкоголю. Лікування СВ не слід розглядати як окреме лікування, яке, ймовірно, призведе до тривалого періоду утримання від вживання, а скоріше як перехідний етап на довгому шляху до відмови від вживання алкоголю. На жаль, багато пацієнтів, їхні сім'ї, друзі, медичні та соціальні працівники мають нереалістичні очікування щодо результатів лікування СВ. Багато хто розчаровується, коли учасники цих програм або не можуть повністю відмовитися від вживання алкоголю, або відновлюють регулярне вживання алкоголю незабаром.

Зупинка вживання алкоголю може бути запланованою (коли людина добровільно звертається за лікуванням) або незапланованою (після ненавмисного припинення вживання алкоголю, наприклад, після госпіталізації або ув'язнення). Незапланована зупинка вживання алкоголю, зазвичай, є найважчою.

Реалістичний набір цілей для служб, що надають допомогу під час СВ, виглядає таким чином:

- Перервати паттерн регулярного вживання алкоголю у великих кількостях. Деяким людям потрібна структура і підтримка служб допомоги під час СВ для того, щоб припинити пити. У той час як багато людей мають більш довгострокову мету – досягти повної відмови від вживання, інші можуть шукати тимчасової перерви у вживанні алкоголю.
- Полегшити симптоми СВ. Полегшення дискомфорту, пов'язаного з симптомами СВ, є важливою причиною звернення пацієнтів за лікуванням і однією з головних цілей служб, що надають допомогу під час СВ.
- Запобігти ускладненням тяжкого СВ. Лікування СВ спрямоване на запобігання або лікування потенційно небезпечних для життя ускладнень, таких як судоми, делірій та енцефалопатія Верніке. Крім того, СВ алкоголю може ускладнювати супутні медичні або психіатричні стани.
- Полегшити зв'язок з постійним лікуванням алкогольної залежності або інших розладів, пов'язаних із алкоголем. Алкогольна залежність – це хронічний рецидивуючий стан, і позитивні довгострокові результати частіше пов'язані з участю в постійному лікуванні, такому як консультування, реабілітація в умовах стаціонару та фармакологічне лікування (див. Розділи 6, 9 і 10). Керована зупинка вживання алкоголю дає можливість планувати та отримувати послуги з лікування. Це також може сприяти лікуванню супутніх медичних розладів (див. Розділ 22), таких як погано контрольована гіпертензія, відхилення в показниках печінкових проб, поганий контроль глікемії у діабетиків, психічні розлади (див. Розділ 21), а також сприяти дослідженню когнітивного зниження/ранньої деменції (Розділ 19).

• Полегшити лікування інших розладів. Зупинка вживання алкоголю може бути запланована для підготовки до планової операції, лікування раку або інших розладів, не пов’язаних із вживанням алкоголю.

• Отримати допомогу з будь-якими іншими проблемами. Хоча деякі люди не бажають або не можуть продовжувати участь у поточних лікувальних програмах, їм може бути корисно встановити зв’язок з первинною або спеціалізованою медичною допомогою або соціальними службами (наприклад, служби з надання житла, служби зайнятості).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.2	Успішне завершення лікування СВ не запобігає повторному вживанню алкоголю, і для досягнення довготривалого зниження споживання алкоголю необхідні додаткові інтервенції	A
8.3	Реалістичні цілі лікарів, пацієнтів та їхніх опікунів, які надають послуги з лікування СВ, включають: переривання патерну регулярного вживання алкоголю у великих кількостях, полегшення симптомів СВ, запобігання ускладненням тяжкого СВ, полегшення зв’язку з постійним лікуванням алкогольної залежності, зокрема фармакотерапією, надання допомоги з будь-якими іншими проблемами (наприклад, служби з надання житла, служби зайнятості)	D

Умови для лікування СВ алкоголю

Лікування СВ може відбуватися в різних умовах, починаючи від стаціонарного лікування в лікарні, проживання в реабілітаційних центрах (спеціалізовані детоксикаційні відділення) і закінчуючи амбулаторним лікуванням (амбулаторні або домашні детоксикаційні послуги).

Таблиця 8.2

Лікування СВ алкоголю в амбулаторних, стаціонарних умовах та в умовах реабілітації

Лікування СВ в амбулаторних умовах	Відбувається в «домашній» обстановці або в умовах належного догляду. Також відома як амбулаторна або домашня детоксикація.

	Необхідні умови: ● відсутність в анамнезі ускладнень тяжкого СВ (судом, делірію, галюцинацій) або значних медичних чи психіатричних коморбідностей; ● безпечне, вільне від алкоголю середовище; ● надійна підтримка «непрофесійних» людей, які можуть регулярно контролювати (принаймні щодня протягом перших 3 або 4 днів) і підтримувати пацієнта; регулярний контроль з боку кваліфікованого медичного працівника (наприклад, нарколога, медсестри або медичного працівника); ● контроль (особистий, телефонний) протягом перших 3 або 4 днів прийому ліків; ● припинення прийому бензодіазепінів, якщо пацієнт відновить вживання алкоголю; ● доступ пацієнта до цілодобової телефонної підтримки в кризових ситуаціях. Амбулаторне лікування СВ має перевагу оскільки відсутні «списків очікування» щодо отримання лікування, проте вона вимагає планування та мобілізації відповідної підтримки та послуг. Зазвичай повідомляється про нижчі показники завершення лікування, ніж під час лікування СВ в умовах реабілітації, але пацієнти, які припиняють пити вдома, можуть бути краще підготовлені до такого лікування
Лікування в реабілітаційних центрах	Реабілітаційні (нелікарняні) підрозділи існують у ряді міських та обласних центрів. Вони, зазвичай: ● надають медичні, сестринські та допоміжні послуги для подолання СВ, а також сприяють лікуванню після СВ; ● дозволяють госпіталізацію на 7-10 днів; ● призначені для людей: (a) з помірним СВ без анамнезу ускладнень (судоми, делірій, галюцинації); (b) з СВ від декількох наркотичних речовин; (c) з невідповідними «домашніми» умовами для спроб амбулаторного лікування; або (d) для тих, хто неодноразово зазнавав невдач при амбулаторному лікуванні; ● не можуть лікувати пацієнтів зі значними медичними ускладненнями або коморбідними станами які потребують госпіталізації; ● часто мають черги на госпіталізацію; ● мають вищі показники завершення лікування, ніж у

	випадку амбулаторного лікування
Лікування в умовах стаціонару	Госпіталізація в загальну або психіатричну лікарню необхідна людям із серйозними медичними (наприклад, травма або делірій) або психіатричними (наприклад, психоз, високий суїцидальний ризик) станами, або коли діагноз неясний (наприклад, судоми, які потребують дослідження). Крім того, багато пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку з медичними або хірургічними захворюваннями, відчувають незапланований і часто тяжкий СВ. Для складних і тяжкохворих пацієнтів може знадобитися госпіталізація до відділення інтенсивної терапії або реанімації. За певних обставин, пацієнти можуть бути переведені в менш інтенсивні умови, щоб завершити лікування СВ, коли їхній стан стане стабільним з медичної точки зору. Спеціалізована наркологічна служба (як фахівець, що приймає пацієнта, або через модель консультативного зв'язку) має бути доступною після виписки з стаціонару

Вибір місця для проведення лікування СВ

Вибір місця для лікування СВ вимагає всебічної клінічної оцінки та обговорення з пацієнтом (і, за можливості, з родиною або опікунами) переваг і недоліків кожного з підходів. Фактори, які слід враховувати під час визначення найбільш підходящих для конкретної людини умов лікування СВ, включають в себе:

- ймовірна тяжкість СВ та ризик ускладнень СВ (судоми, делірій, галюцинації);
- вживання інших речовин: люди, які повідомляють про інтенсивне вживання інших наркотичних речовин (таких як бензодіазепіни, психостимулятори, опіати), можуть мати підвищений ризик ускладнень СВ і, зазвичай, потребують ретельного моніторингу та нагляду (переважно в умовах стаціонару);
- пацієнти зі значними коморбідними розладами можуть потребувати госпіталізації. Пацієнти можуть мати можливість «поступово» перейти до менш інтенсивного лікування, щоб завершити лікування СВ, як тільки їхній стан стане стабільним, і скоротити тривалість перебування в стаціонарі;
- соціальні обставини, наявність безпечного середовища та «домашньої» підтримки;
- результат попередніх спроб лікування СВ: повторна невдача під час амбулаторного лікування може свідчити про необхідність перенаправлення до реабілітаційного відділення детоксикації;
- бажання пацієнта та наявність ресурсів.

Таблиця 8.3

Короткий опис критеріїв допуску для різних умов лікування СВ

	Амбулаторне лікування	**Лікування в умовах реабілітації**	**Лікування в умовах стаціонару**
Прогнозований ступінь тяжкості СВ	Легкий – помірний	Помірний – тяжкий	Помірний – тяжкий
Імовірність ускладнень тяжкого СВ	Ні	Ускладнення СВ не очікуються	Ускладнення СВ (делірій, судоми)
Медична або психіатрична коморбідність	Відсутня або незначна коморбідність	Незначна коморбідність	Значна коморбідність
Вживання інших психоактивних речовин	Відсутність вживання важких наркотичних речовин	Вживання інших наркотичних речовин у великих кількостях або періодично	Вживання інших наркотичних речовин у великих кількостях або періодично
Соціальне оточення	• Стабільне житло, де немає алкоголю • Щоденний моніторинг з боку надійних людей, які надають підтримку • Хороший доступ до послуг охорони здоров’я	Недостатня підтримка домашнього оточення	Несприятливе домашнє оточення
Попередні спроби лікування	Жодної або декілька спроб амбулаторного лікування	Повторні невдачі у спробах амбулаторного лікування	Раніше потрібна була госпіталізація

Деякі пацієнти бажають спробувати амбулаторне лікування, незважаючи на численні невдалі попередні спроби. Подальші спроби амбулаторного

лікування можуть бути доречними, якщо немає очевидних проблем з безпекою. Лікарі мають визначити, чим ця спроба відрізнятиметься від попередніх (наприклад, посилення домашньої підтримки та моніторингу, тісніша взаємодія з поточним лікуванням), і обговорити з пацієнтом взаємно узгоджені критерії, яких необхідно дотримуватися для продовження спроби амбулаторного лікування (наприклад, відмова від вживання алкоголю в перші 2 дні). З'ясуйте, чи є у пацієнта когнітивні порушення, які можуть вплинути на прийняття рішень (Розділ 19).

Пацієнтам, які перебувають у черзі на лікування в реабілітаційному підрозділі, може знадобитися підтримка для збереження мотивації та уникнення ризикованих видів діяльності до моменту госпіталізації. Необхідно подбати про те, щоб мінімізувати затримку в лікуванні для пацієнтів з високим ризиком.

Не рекомендується призначати бензодіазепіни для полегшення симптомів синдрому відміни алкоголю до госпіталізації, оскільки це може підвищити ризик побічних ефектів від поєднання алкоголю та бензодіазепінів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.4	Амбулаторне лікування СВ підходить для людей з легким або помірним прогнозованим ступенем тяжкості СВ, безпечним «домашнім» середовищем і соціальною підтримкою, відсутністю в анамнезі ускладнень тяжкої синдрому відміни алкоголю та важких супутніх медичних, психіатричних або інших розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин	B
8.5	Лікування в умовах реабілітації є доцільною для людей з прогнозованим помірним або важким ступенем СВ, ускладненнями тяжкого СВ в анамнезі, СВ від декількох речовин, відсутністю безпечного середовища та соціальної підтримки, неодноразовими невдалими спробами амбулаторного лікування, а також без важких медичних або психіатричних коморбідностей	B
8.6	Стаціонарне лікування є доцільним для осіб з ускладненнями тяжкого СВ (наприклад, делірій або судоми з невідомої причини) та/або тяжкими медичними або психіатричними коморбідностями	GPP

Моніторинг під час СВ

Усі пацієнти, які перебувають у стані СВ або мають ризик розвитку СВ алкоголю, мають проходити регулярний моніторинг:

- Визначення рівня алкоголю в крові або диханні. Алкотестери широко використовуються у відділеннях для лікування СВ для підтвердження діагнозу вживання алкоголю, виявлення ризику розвитку СВ та безпеки застосування бензодіазепінів. Зазвичай дозування бензодіазепінів не починають, доки концентрація алкоголю в крові не знизиться до 0,05% (приблизно 10 ммоль/л).
- Оцінка фізичних показників. До них відносяться рівень гідратації, частота пульсу, артеріальний тиск, температура, психічний стан і рівень свідомості (особливо якщо пацієнт перебуває під впливом лікарських засобів).
- Тяжкість синдрому відміни алкоголю. Зазвичай корисно використовувати шкалу оцінки тяжкості СВ для визначення напряму лікування та для того, щоб допомогти лікарям більш об'єктивно інформувати про тяжкість та лікування СВ пацієнта. Шкала оцінки СВ описана нижче; інструменти наведені в Додатку.
- Загальний прогрес під час СВ. Сюди входить поточний рівень мотивації, вживання алкоголю та інших наркотичних речовин під час амбулаторного лікування (показання алкотестера та/або аналіз сечі на наркотичні речовини), реакція на будь-які ліки, а також занепокоєння або труднощів, які виникають у пацієнта.

Шкала оцінки стану відміни алкоголю Клінічного інституту

Шкала оцінки стану відміни алкоголю Клінічного інституту (переглянута) (CIWA-Ar) – це валідована шкала з 10 пунктів, призначена для використання підготовленими медичними сестрами стаціонарів. Бали за шкалою CIWA-Ar нижче 10 вважаються легкою формою СВ; від 10 до 20 – помірною формою СВ, а вище 20 – тяжкою формою СВ. Пацієнти з показниками CIWA-Ar понад 10 балів мають високий ризик розвитку ускладнень СВ, якщо вони не отримують медикаментозного лікування.

Частота моніторингу CIWA-Ar залежить від умов лікування та клінічного стану пацієнта. Пацієнти з показниками CIWA-Ar понад 10 балів потребують частого моніторингу (щонайменше кожні 4 години), а пацієнти з тяжким СВ (показник CIWA-Ar понад 20 балів) мають проходити моніторинг кожні 1-2 години.

Шкала оцінки симптомів відміни алкоголю

Альтернативною шкалою є шкала оцінювання симптомів СВ (або шкала синдрому відміни алкоголю, AWS) (див. Додаток). Дані валідизації AWS не опубліковані, проте вона широко використовується в Австралії і вважається прийнятною для застосування. Оцінка за шкалою AWS до 4 балів вказує на легку форму СВ, від 5 до 7 балів – на помірну, від 8 до 14 балів – на тяжку, а 15 балів і більше – на дуже тяжкий СВ. Рекомендується ретельний моніторинг

принаймні кожні 4 години для осіб з легкою формою та кожні 1-2 години для осіб з тяжкою формою.

Коротка шкала СВ

Коротка шкала СВ (SAWS) – це шкала для самостійного заповнення, яка використовується один раз на день і підходить для амбулаторного лікування СВ (див. Додаток).

Існує низка інших валідованих шкал, які можна використовувати відповідно до місцевих умов.

Обмеження шкал для оцінювання СВ

Результати оцінювання за шкалами СВ, зазвичай, дуже варіабельні в клінічній практиці та часто не достатньо достовірні; лікарі мають переглядати результати, перш ніж приймати рішення щодо лікування. Для отримання більш достовірних результатів необхідне навчання персоналу. Обмежте тривалість застосування 48-72 годинами, якщо немає тривалого СВ.

Шкала оцінки СВ не має використовуватися як діагностичний інструмент, оскільки багато інших станів можуть мати схожі ознаки та симптоми, наприклад:

- медичні стани (такі як сепсис, печінкова енцефалопатія, сильний біль, інші причини тремору);
- психіатричні стани (наприклад, тривожний розлад);
- стани відміни інших наркотичних засобів (наприклад, стан відміни бензодіазепінів, стимуляторів або опіатів).

Використання шкал оцінки СВ в цих випадках може призвести до неправильної діагностики СВ або його тяжкості.

Шкала СВ не має використовуватися для призначення медикаментозного лікування (як, наприклад, у схемах, що базуються на симптомах) у пацієнтів з цими станами, зокрема у більшості госпіталізованих пацієнтів. Шкала СВ має обмежену роль за таких обставин, і медичні працівники мають проконсультуватися зі спеціалістом з питань наркотичної та алкогольної залежності щодо потреб у моніторингу та лікуванні.

Шкала може бути безпечно скасована після припинення лікування бензодіазепінами, коли бали за шкалою знизяться до нуля протягом 24 годин.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.7	Пацієнти, які відмовляються від алкоголю, мають перебувати під регулярним наглядом щодо фізичних ознак, тяжкості СВ та загального прогресу лікування	GPP
8.8	Шкала оцінки СВ (CIWA-Ar, AWS) може	A

	використовуватися для оцінки тяжкості СВ, для визначення напряму лікування та для комунікації між лікарями; ці шкали не є валідованими діагностичними інструментами	
8.9	Оцінки за шкалами СВ не завжди мають високий рівень достовірності, тому їх слід перевіряти, перш ніж використовувати для прийняття рішень щодо лікування	GPP
8.10	Шкали для визначення тяжкості СВ не слід використовувати для лікування осіб, які одночасно відмовляються від інших речовин або мають значну медичну чи психіатричну коморбідність. У таких випадках рекомендується консультація лікаря-нарколога щодо моніторингу та лікування	B

Підтримуючий догляд

Підтримуючий догляд включає надання достатньої інформації пацієнтам (та особам, які за ними доглядають); середовище та підтримку, які сприяють одужанню; підтримуюче консультування; адекватну дієту, харчування (включаючи добавки) та регідратацію; заохочення до вироблення правильних звичок сну та відпочинку; сприяння зв'язкам з іншими службами.

Інформація для пацієнтів

Пацієнтам (та особам, які за ними доглядають), зазвичай, корисна інформація про:

- ймовірний характер, тяжкість і тривалість симптомів під час СВ;
- стратегії подолання симптомів і потягу до алкоголю;
- стратегії зменшення ситуацій підвищеного ризику;
- роль ліків.

Пацієнти часто мають обмежену концентрацію уваги під час синдрому відміни алкоголю, тому лікарю, можливо, доведеться повторити або перефразувати інформацію, перш ніж пацієнт зможе її повністю зрозуміти. За таких обставин цінною є письмова інформація, яка також рекомендується особам, що надають допомогу пацієнтам під час СВ. Приклади інформації для пацієнтів наведені в Додатку.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.11	Пацієнтам (та особам, які здійснюють догляд за	C

	ними) слід надати інформацію про ймовірний характер і перебіг СВ, а також про стратегії подолання поширених симптомів і потягу до алкоголю	

Оточення та підтримка

Пацієнти, які намагаються вийти зі стану СВ, мають перебувати в спокійній, доброзичливій і безпечній обстановці, де алкоголь та інші наркотичні речовини не є легкодоступними. Госпіталізація показана в разі делірію або якщо в інший спосіб не вдається безпечно подолати СВ. Для зменшення тривожності слід використовувати низку стратегій, особливо важливих для тих, у кого спостерігається делірій або галюцинації внаслідок СВ. Такі стратегії мають включати:

- застосування повільного, стабільного, не загрозливого підходу;
- чітке пояснення всіх інтервенцій;
- повільне і чітке спілкування в доброзичливій манері;
- збереження зорового контакту під час розмови;
- уникнення конфронтації та суперечок;
- неодноразова перевірка реальності та орієнтації пацієнта і, за потреби, повторне ознайомлення пацієнта з оточенням;
- пояснення пацієнту, що нереальний характер ілюзій і галюцинацій може викликати тривогу і, ймовірно, є частиною стану відміни алкоголю
- рекомендація використання нічника для зменшення ймовірності помилок сприйняття та загострення тривожно-психотичних явищ у нічний час доби.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.12	Середовище лікування має бути спокійним, доброзичливим і безпечним, а алкоголь та інші наркотичні речовини не мають бути доступними.	GPP

Підтримуюче консультування

Консультування під час епізоду СВ має бути спрямоване саме на підтримку пацієнта в подоланні симптомів, підтримання мотивації та сприяння налагодженню зв'язків після проходження СВ.

Важливою сферою є боротьба з потягом до алкоголю під час СВ. Одним із рекомендованих підходів, особливо придатних для амбулаторного лікування синдрому відміни алкоголю, є метод Три-D – Відкласти, відволіктися і відмовитися (Delay, Distract and Desist) – див. Вставку 8.1

Під час епізоду СВ може знадобитися кризове втручання для вирішення питань належного житла, харчування або інших нагальних проблем, пов'язаних

з благополуччям. Багато пацієнтів хочуть вирішити низку особистих, емоційних проблем або проблем у стосунках на початку лікування; однак їх слід відкласти до завершення синдрому відміни алкоголю, оскільки:

- спроби вирішити такі проблеми можуть викликати тривогу, що лише посилить потяг до алкоголю і поставить під загрозу завершення СВ.
- люди в стані СВ, зазвичай, дратівливі, збуджені та виснажені – не найкращий настрій для вирішення серйозних довготривалих проблем;
- ліки для зняття СВ (зазвичай діазепам) погіршують когнітивні функції та викликають сонливість.

Запевніть пацієнтів, що ви розумієте, що у них є важливі проблеми, які вони хочуть вирішити, поясніть, чому їх вирішення відкладається, і що у них буде можливість вирішити їх в межах поточного лікування після лікування СВ.

Багато пацієнтів, які проходять амбулаторне лікування СВ, також можуть скористатися послугами цілодобового телефонного консультування, щоб отримати допомогу, коли медичні працівники або звичайна підтримка недоступні. У кожному штаті Австралії є телефонні служби допомоги з питань боротьби з розладами внаслідок вживання алкоголю або наркотичних речовин (див. Додаток 6).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.13	Підтримуюче консультування має бути спрямоване на підтримку мотивації, надання стратегій подолання симптомів та зменшення ситуацій високого ризику, адаптованих до психічного стану клієнта під час СВ	D

Сприяння зв’язку з іншими службами для подальшого лікування та підтримки

Стратегії консультування під час СВ зосереджені на вивченні варіантів лікування після СВ та сприянні взаємодії з цими службами. Це може включати:

- первинну медичну допомогу
- консультування (наприклад, щодо профілактики рецидивів)
- стаціонарну реабілітацію
- самодопомогу
- медикаменти для профілактики рецидивів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.14	Під час лікування СВ лікарі мають сприяти встановленню зв’язків зі службами подальшого лікування	D

ВСТАВКА 8.1: Як впоратися з потягом до алкоголю

«Потяг» – це бажання вживати алкоголь. Це нормальна частина будь-якої залежності та синдрому відміни алкоголю. Інтенсивність потягу змінюється з часом, і він буває сильним лише протягом коротких періодів (наприклад, менше однієї години). Потяг до алкоголю часто викликається можливістю випити, фізичним або психологічним дискомфортом. Зазвичай з потягом легше впоратися, чим довше людина не вживає алкоголь.

Важливо, щоб пацієнти були готові до потягу до алкоголю. Мета полягає в тому, щоб пережити короткий період сильного потягу до алкоголю. Метод Три-D виявився успішним для багатьох людей, особливо коли вони відчувають сильний потяг до алкоголю:

- Відкладіть рішення про те, чи будете ви пити, на одну годину. Ви можете пити, а можете і не пити, але це буде вирішено пізніше (коли інтенсивність потягу до алкоголю зменшиться).
- Протягом цієї години відволікайтеся на якусь діяльність, яка допоможе вам уникнути думок про те, чи будете ви пити, чи ні.
- Відмовтеся: Після закінчення години скажіть собі: «Чому я не хочу пити» і «Що я втрачаю?».

На цьому етапі потяг до алкоголю має зменшитися, хоча, можливо, і не зникнути. Пацієнт має переосмислити причини, чому він хоче кинути пити, чому він намагається відмовитися від алкоголю, і, що важливо, до чого він повернеться, якщо знову почне пити.

Дієта, харчування та регідратація

Багато людей з хронічним зловживанням алкоголю страждають від дефіциту поживних речовин і можуть зневоднюватися під час СВ алкоголю. Пацієнтів слід обстежувати на предмет зневоднення, а також контролювати споживання та виведення рідини. Перевагу слід надавати пероральному вживанню рідини, зазвичай понад 2 літри на добу (до 5 літрів, якщо пацієнт страждає на діарею, нудоту або рясне потовиділення). Пацієнти з тяжким зневодненням та/або ті, хто не переносить пероральну рідину, потребують госпіталізації, обстеження та корекції електролітних порушень, внутрішньовенного заміщення рідини та 24-годинного моніторингу рівня рідини в організмі.

Магній є важливим кофактором для всмоктування та функціонування тіаміну і часто є дефіцитним у людей з розладом вживання алкоголю, які звертаються у відділення невідкладної допомоги. Останні дані вказують на зв’язок між дефіцитом магнію та підвищеною смертністю. Відповідно, доцільно пропонувати препарати магнію в цій ситуації, але прямих доказів їхньої користі на сьогодні не отримано.

Слід контролювати харчування пацієнта. Багато хто відчуває нудоту та/або діарею під час СВ, а часте, легке харчування, зазвичай, краще

переноситься в перші кілька днів СВ, ніж рідкісні, великі прийоми їжі (див. «Внутрішньовенні рідини та харчові добавки» нижче).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.15	Лікарі мають забезпечити належну пероральну регідратацію. Внутрішньовенне введення рідини може бути необхідним у разі тяжкого зневоднення та/або в осіб, які не переносять пероральну рідину.	GPP
8.16	Рівень магнію слід перевірити під час госпіталізації та відновити його, якщо виявлено дефіцит	GPP

Тіамін та інші добавки

Добавки з тіаміном рекомендуються всім людям, які проходять лікування СВ алкоголю (див. «Синдром Верніке-Корсакова» нижче). Пацієнтам без клінічних ознак енцефалопатії Верніке або погіршення пам'яті тіамін рекомендується як профілактичний засіб. Доказова база щодо дозування обмежена, оскільки за останні роки не проводилося жодних нових досліджень.

Доза, шлях і тривалість прийому тіаміну залежать від харчового статусу пацієнта. Наприклад, здоровим пацієнтам з повноцінним харчуванням можна призначати тіамін перорально у дозі 300 мг на добу (по 100 мг тричі на день) протягом 3-5 днів, а потім продовжувати прийом тіаміну перорально у дозі 100 мг протягом наступних 4-9 днів (загалом від 1 до 2 тижнів перорального прийому тіаміну). Кишкова абсорбція пероральних добавок тіаміну є повільною і може бути неповною у пацієнтів з поганим харчовим статусом, отже:

- Пацієнтам з хронічним вживанням алкоголю, поганим харчуванням і загальним поганим станом харчування слід призначати парентеральну дозу тіаміну. Рекомендована доза тіаміну становить 300 мг внутрішньом'язово або внутрішньовенно на добу протягом кількох днів, а потім перорально – 300 мг на добу протягом кількох тижнів.
- Алкоголь асоціюється з тромбоцитопенією та коагулопатією, що може зробити внутрішньом'язові ін'єкції небезпечними.

Парентеральні вуглеводи можуть спричинити швидку утилізацію тіаміну в периферичних тканинах і прискорити розвиток енцефалопатії Верніке (ЕВ).

- Тіамін (перорально або внутрішньом'язово) слід вводити перед будь-яким вуглеводним навантаженням (наприклад, внутрішньовенним введенням глюкози), якщо це можливо, або в інший спосіб якомога швидше.

Дефіцит інших вітамінів групи В, вітаміну С, цинку та магнію не є рідкістю, тому пацієнтам з виснаженим харчуванням можна давати пероральний полівітамінний препарат протягом декількох днів. Розгляньте

можливість парентеральної заміни магнію, якщо тіамін вводиться внутрішньовенно, як описано вище. Пероральний прийом тіаміну слід продовжувати протягом невизначеного часу у пацієнтів з алкогольною залежністю, які продовжують вживати алкоголь.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.17	Тіамін слід надавати всім пацієнтам, які проходять СВ алкоголю, для запобігання енцефалопатії Верніке	D
8.18	Тіамін зазвичай слід призначати ПЕРЕД будь-яким вуглеводним навантаженням (наприклад, глюкоза внутрішньовенно), оскільки вуглеводи можуть спричинити швидке споживання або виснаження тіаміну та призвести до розвитку енцефалопатії Верніке	D
8.19	Здоровим пацієнтам з повноцінним харчуванням слід призначати тіамін перорально по 300 мг на добу протягом 3-5 днів, а потім підтримувати прийом тіаміну перорально по 100 мг протягом наступних 4-9 днів (загалом 1-2 тижні прийому тіаміну)	D
8.20	Людям з хронічним вживанням алкоголю з поганим харчуванням і загальним поганим харчовим станом слід призначати парентеральне (в/в або в/м) введення тіаміну в дозі 300 мг на добу протягом декількох днів, з подальшим пероральним прийомом тіаміну в дозі 300 мг на добу протягом декількох тижнів	D
	Додавання тіаміну слід продовжувати протягом невизначеного часу у пацієнтів з алкогольною залежністю, які продовжують вживати алкоголь	GPP
8.21	При симптоматичній або підозрі на енцефалопатію Верніке спочатку рекомендуються вищі дози (500 мг/добу), орієнтуючись на прогрес та консультацію	GPP

	спеціаліста з наркології або невролога	

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови в Україні не зареєстровано лікарські форми тіаміну як монопрепарату для перорального застосування. Разом з тим, враховуючи, що в Україні зареєстровано комбіновані препарати вітаміну В1 у комбінації з вітамінами В6 та В12, деякі з яких показанні при токсичних ураженнях нервової тканини при алкоголізмі, можливо призначення таких ЛЗ перорально у дозах, що містять відповідні рекомендовані кількості тіаміну*

Сон і розслаблення

Порушення сну є поширеним явищем серед людей, які зловживають алкоголем. У багатьох пацієнтів спостерігається порушення режиму сну, і вони часто покладаються на алкоголь або заспокійливі препарати для засинання. Хоча такі ліки, як бензодіазепіни, можуть полегшити засинання в перші кілька днів синдрому відміни алкоголю, тривале застосування бензодіазепінів або інших седативних засобів для сну після синдрому відміни алкоголю (більше одного тижня) не рекомендується через недостатню ефективність і шкоду. Більшість пацієнтів вважають, що нормальний режим сну може бути встановлений протягом декількох тижнів після припинення вживання алкоголю, тому слід заохочувати відповідну поведінку під час сну. Якщо це не вдається, слід розглянути інші причини порушення сну, такі як синдром обструктивного апное сну. Пацієнтам слід надати літературу про техніки сну та релаксації (див. Додаток).

Також багато пацієнтів відчувають труднощі з тривогою, дратівливістю і навіть панічними атаками під час і після синдрому відміни алкоголю. Бензодіазепіни або інші седативні препарати відіграють обмежену роль, тому слід заохочувати поведінкові підходи до релаксації та доказові підходи до лікування тривоги.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.22	Седативні засоби (наприклад, бензодіазепіни) не слід продовжувати приймати після першого тижня СВ. Насамперед слід заохочувати поведінкові підходи до лікування тривоги та проблем зі сном	D

Медикаментозне лікування для подолання СВ

Більшість людей, які починають лікування СВ, не відчувають важких симптомів або ускладнень (наприклад, судом або делірію), які потребують

медикаментозного лікування. Проте, медикаментозне лікування часто використовується для полегшення СВ, оскільки:

- важко передбачити, чи буде у конкретної людини тяжкий СВ;
- існує значна захворюваність і смертність, пов'язана з нелікованими ускладненнями СВ, такими як делірій і судоми;
- такі результати, як частота завершення лікування СВ та полегшення симптомів, покращуються за допомогою медикаментозного лікування;
- медикаментозне лікування СВ (зокрема, бензодіазепіни) є простим у застосуванні, ефективним, недорогим і має мінімальну кількість побічних ефектів.

Бензодіазепіни

Бензодіазепіни – це заспокійливі та седативно-снодійні препарати, які підвищують активність гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) в центральній нервовій системі. Широкий спектр бензодіазепінів використовується для лікування синдрому відміни алкоголю. Загалом, найчастіше рекомендують бензодіазепіни тривалої дії з швидким початком дії (особливо важливо для профілактики судом).

Діазепам є найбільш популярним бензодіазепіном. Діазепам добре всмоктується перорально, має швидкий початок дії (протягом однієї години) і довгий термін дії (до декількох днів), що важливо для запобігання рецидиву симптомів між прийомами. Хлордіазепоксид, бензодіазепін тривалої дії з швидким початком дії, широко використовується у світі, але не зареєстрований в Австралії.

За певних клінічних обставин застосування бензодіазепінів тривалої дії, таких як діазепам, може бути проблематичним. Бензодіазепіни коротшої дії (наприклад, мідазолам, лоразепам, оксазепам) слід застосовувати у випадках, коли існує занепокоєння щодо тривалої седації, наприклад, у людей старшого віку, у разі нещодавньої черепно-мозкової травми, печінкової недостатності, дихальної недостатності, інших серйозних захворювань або у пацієнтів з тяжким ожирінням (через накопичення ліпофільного діазепаму та активних метаболітів). Бензодіазепіни короткої дії мають простіший печінковий метаболізм (кон'югація, на яку менше впливають захворювання печінки або старіння) і не утворюють активних метаболітів, тому їх легше відмінити у разі клінічного погіршення, наприклад, травми голови.

- Лоразепам є найкращим бензодіазепіном за таких обставин, оскільки він швидко починає діяти після перорального прийому (протягом 2 годин) і має коротку та середню тривалість дії (період напіввиведення від 10 до 20 годин); 2 мг лоразепаму перорально еквівалентні 10 мг діазепаму перорально.
- Оксазепам також використовувався в Австралії за таких обставин (початок дії протягом 2 годин, період напіввиведення від 5 до 10 годин); 15-30 мг оксазепаму приблизно еквівалентні 5 мг діазепаму.
- Мідазолам у вигляді внутрішньовенної болюсної або інфузійної ін'єкції надають перевагу там, де потрібна швидка, але легко оборотна седація

(наприклад, у пацієнта з нещодавніми судомами і з підозрою на черепно-мозкову травму). Його застосовують у відділеннях екстреної медичної допомоги, таких як відділення невідкладної допомоги або інтенсивної терапії.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.23	Бензодіазепіни є рекомендованими препаратами для лікування СВ. В Австралії діазепам рекомендують як препарат першої лінії через його швидкий початок дії, тривалий період напіввиведення та докази ефективності	A
8.24	Бензодіазепіни коротшої дії (лоразепам, оксазепам, мідазолам) можуть бути показані у випадках, коли лікар занепокоєний накопиченням та надмірною седативною дією діазепаму, наприклад, у людей старшого віку, у разі тяжких захворювань печінки, нещодавньої травми голови, дихальної недостатності, у пацієнтів з ожирінням або у випадках, коли діагноз неясний	D
8.25	Бензодіазепіни не слід продовжувати після першого тижня лікування СВ через ризик розвитку залежності	D

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою оксазепам в Україні не зареєстровано*

Симптоматична терапія

Під час симптоматичної терапії ліки призначаються лише тоді, коли у пацієнта розвиваються помірні симптоми СВ, і покладаються на зв’язок ліків (наприклад, дози діазепаму) з балами за часто використовуваною шкалою синдрому відміни алкоголю (наприклад, CIWAAr або AWS; у Таблиці 8.4 наведено приклад схеми симптоматичної терапії). Симптоматичні схеми мають перевагу в тому, що вони краще підбирають ліки відповідно до потреб людини, і, як було доведено в спеціалізованих стаціонарних закладах детоксикації, призводять до меншого вживання бензодіазепінів, ніж схеми з фіксованою дозою. Однак, схеми лікування, засновані на симптомах:

- зазвичай не підходять для амбулаторної синдрому відміни алкоголю; вони потребують реабілітаційної синдрому відміни алкоголю;

• не слід застосовувати для пацієнтів з судомами, пов'язаними із станом відміни в анамнезі, оскільки судоми можуть виникати до появи інших симптомів СВ;

• не слід використовувати у пацієнтів з інтенсивним вживанням інших наркотичних засобів або значними супутніми медичними чи психіатричними станами, які можуть унеможливити використання шкал СВ (див. «Обмеження шкал синдрому відміни алкоголю» вище); це стосується багатьох людей, які проходять лікування СВ алкоголю в загальних або психіатричних стаціонарних умовах;

• вимагають належного дотримання протоколу, зокрема регулярного спостереження за пацієнтом персоналом, навченим користуватися шкалами та схемами лікування, заснованими на симптомах. Якщо це не може бути гарантовано, краще використовувати фіксований режим.

Таблиця 8.4

Лікування СВ на основі симптомів

	CIWA-AR	**AWS**	**Частота моніторингу**	**Пероральна доза діазепаму за схемою, заснованою на симптомах***
Легкий	< 10	< 4	Кожні 6 годин	Доза не потрібна
Помірний	10 - 20	4 - 7	Кожні 4 години	5 - 10 мг
Тяжкий	> 20	> 7	Кожні 1 - 2 години	20 мг

***Примітка:** * Деякі пацієнти мають низьку переносимість симптомів СВ і можуть потребувати додаткових доз діазепаму (наприклад, від 5 до 10 мг) або інших симптоматичних препаратів у разі потреби. CIWA-Ar – шкала Клінічного інституту оцінки СВ алкоголю; AWS – шкала оцінювання симптомів відміни алкоголю.*

Типова тривалість лікування діазепамом становить від 1 до 2 днів. Більш тривале лікування необхідне для важкого СВ, але слід враховувати можливість розвитку бензодіазепінової залежності та/або психічної коморбідності; і те, і інше є поширеним явищем. Надмірно тривала терапія може також сприяти седації, медикаментозному делірію та тривалій госпіталізації.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.26	Діазепам слід призначати в залежності від симптомів для лікування легкого та помірного СВ в реабілітаційних закладах для людей без супутніх медичних, психіатричних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин	В

Терапія навантажувальними дозами

Схеми навантажувальних доз (також звані «фронтальним завантаженням») швидко вводять високі дози бензодіазепінів на ранніх стадіях СВ і показані:

- пацієнтам з ускладненнями СВ в анамнезі (судоми, делірій);
- пацієнтам з тяжким алкогольним СВ та/або ускладненнями тяжкого СВ (делірій, галюцинації або після судом).

За таких обставин звичайна схема навантажувального прийому діазепаму становить 10-20 мг перорально кожні 1-2 години (наприклад, 10 мг щогодини) до досягнення дози 60-80 мг або до настання седативного ефекту. Медичний огляд слід проводити, якщо пацієнт залишається збудженим після прийому 80 мг або через 4 години. Слід виключити інші причини збудження, і якщо це так, можуть знадобитися додаткові дози діазепаму. У разі потреби слід звернутися за консультацією до спеціаліста. Дози понад 120 мг слід призначати лише після огляду спеціаліста для підтвердження діагнозу, виключення ускладнень та розгляду альтернативних варіантів лікування.

Доза 80 мг діазепаму матиме значний седативний ефект протягом декількох днів, і цього, зазвичай, достатньо, щоб запобігти виникненню тяжкого синдрому відміни алкоголю протягом періоду, що залишився до кінця СВ . Хоча подальші дози діазепаму можуть не знадобитися, зазвичай подальші дози діазепаму призначають протягом наступних 2-3 днів для полегшення симптомів у вигляді фіксованої зменшуваної дози (наприклад, 10 мг чотири рази на день на 2-й день, 10 мг двічі на день на 3-й день, 5 мг двічі на день на 4-й день) або за потребою (наприклад, від 5 до 10 мг кожні 6 годин за потребою, виходячи з клінічних спостережень або балів за шкалою СВ).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.27	Діазепам слід призначати у навантажувальному режимі (20 мг кожні 2 години до 60-80 мг або легкого седативного ефекту) пацієнтам з ускладненнями тяжкого СВ в анамнезі (судоми, делірій); пацієнтам з тяжким СВ та/або	В

	ускладненнями тяжкого СВ (делірій, галюцинації, судоми після СВ)	

Терапія за фіксованим графіком

Бензодіазепіни, що приймаються з фіксованими інтервалами, є поширеною терапією для лікування СВ алкоголю і добре підходять для амбулаторної та стаціонарної форм лікування. Фіксовані схеми також підходять для складних пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в ідеалі – під щоденним наглядом спеціалістів з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків. Схеми з фіксованим графіком зазвичай передбачають зниження дози протягом 3-6 днів і вимагають регулярного клінічного огляду (щонайменше щодня), щоб переконатися, що пацієнт не отримує надлишкової або недостатньої дози препарату (Таблиця 8.5 надає приклад схеми з фіксованим графіком). Для пацієнтів з низькою переносимістю дискомфорту СВ схеми з фіксованим графіком можуть бути доповнені додатковою дозою діазепаму (наприклад, 5 мг кожні 6 годин за потребою, на основі клінічного спостереження або балів за шкалою СВ алкоголю).

Доступ до доз діазепаму має бути обмежений (наприклад, щоденне дозування) та/або під наглядом осіб, які доглядають за пацієнтами, що проходять амбулаторне лікування СВ, щоб запобігти зловживанню ліками. Діазепам не слід застосовувати, якщо пацієнт продовжує вживати алкоголь, а в разі сумнівів слід регулярно перевіряти показники алкотестера.

Таблиця 8.5

Приклад схеми з фіксованим графіком

Прогнозується помірний або тяжкий СВ
Пероральна доза діазепаму*
День 1 – 20 мг чотири рази на день
День 2 – 10 мг чотири рази на день
День 3 – 10 мг двічі на день
День 4 – 5 мг двічі на день
День 5 – 5 мг кожні 12 годин, за потребою

Прогнозується легкий СВ (також підходить для амбулаторного лікування СВ)

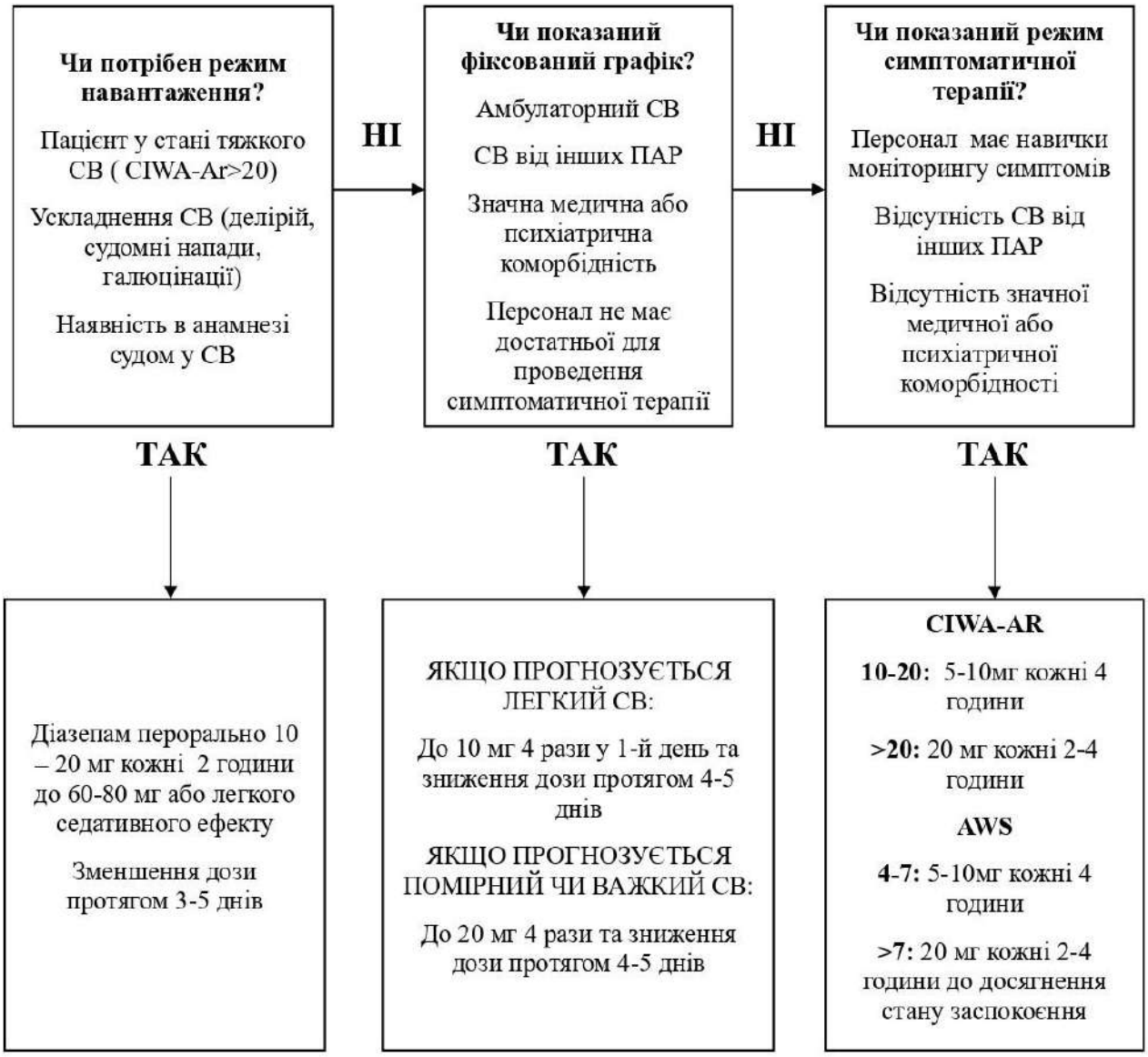
Пероральна доза діазепаму*
День 1 – 10 мг чотири рази на день
День 2 – 10 мг три рази на день
День 3 – 10 мг двічі на день
День 4 – 5 мг двічі на день
День 5 – 5 мг вночі, за потребою

Примітка: ** На практиці можна рекомендувати гібридний підхід з фіксованим графіком плюс додаткова доза діазепаму (наприклад, 5 мг кожні 6-12 годин, залежно від потреби, на основі клінічних спостережень або балів за шкалою CB алкоголю).*

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.28	Діазепам слід призначати у фіксованій дозі в амбулаторних умовах або пацієнтам із супутніми медичними, психіатричними розладами чи розладами, пов’язаними із вживанням психоактивних речовин	C

Рисунок 8.2

Вибір схеми застосування бензодіазепінів для лікування СВ алкоголю



Примітка: *CIWA-Ar – шкала Клінічного інституту оцінки синдрому відміни алкоголю; AWS – шкала оцінювання симптомів синдрому відміни алкоголю; QID – чотири рази на день*

Індивідуальне дозування для складних пацієнтів

Описано два поширені підходи:

• Фіксоване дозування плюс дозування, засноване на симптомах. Це може бути доцільним для стаціонарних пацієнтів із коморбідностями, щоб забезпечити додаткове дозування, якщо фіксований режим дозування є недостатнім.

• Початкове фіксоване дозування з подальшим дозуванням, заснованим на симптомах. Це може бути доцільним для:

а) пацієнтам з ризиком ускладнень, але у яких вони не виникають;

б) пацієнтам із тривожністю та СВ.

Альтернативні, симптоматичні та інші препарати

Бензодіазепіни вважаються препаратами першої лінії для лікування СВ алкоголю. Однак бензодіазепіни не рекомендуються або мають застосовуватися з обережністю в тих випадках, коли вони:

• застосовувалися всупереч рекомендаціям (наприклад, у вищих дозах, разом із продовженням вживання алкоголю); у такому випадку необхідний більш ретельний нагляд за прийомом ліків, наприклад, лікування СВ в умовах стаціонару або обмеження доступу до бензодіазепінів в амбулаторних умовах;

• викликають парадоксальні реакції (наприклад, насильство, збудження) або серйозні зміни психічного стану (наприклад, сплутаність свідомості, делірій) у меншості людей; у цьому випадку може знадобитися розгляд альтернативних медикаментозних підходів. Такий анамнез, в ідеалі, має бути перевірений і задокументований.

Антиконвульсанти

Карбамазепін (від 600 до 1200 мг на добу) ефективно мінімізує симптоми СВ алкоголю та запобігає виникненню судом під час СВ, але не ефективно запобігає повторним (подальшим) судомам в період СВ.

Фенітоїн і вальпроати ефективно не запобігають виникненню судом під час СВ алкоголю і не рекомендуються. Роль інших антиконвульсантів (таких як габапентин, топірамат) ще не була продемонстрована в контрольованих дослідженнях порівняно з бензодіазепінами, і зараз вони не рекомендуються.

Додавання антиконвульсантів до бензодіазепінів для профілактики судом під час синдрому відміни алкоголю, схоже, не має переваг.

Пацієнти, яким вже призначено і які регулярно приймають антиконвульсанти, мають продовжувати прийом цих препаратів під час СВ. Багато людей, які зловживають алкоголем, мають погану прихильність до антиконвульсантів під час вживання алкоголю, і можуть бути схильні до ризику виникнення судом через нещодавнє припинення прийому антиконвульсантів. Перед призначенням антиконвульсантів слід розглянути можливість вимірювання рівня антиконвульсантів у плазмі крові.

Див. розділ «Лікування ускладнень тяжкої синдрому відміни алкоголю» для обговорення ведення пацієнта після судом під час СВ, зокрема ролі антиконвульсантів у запобіганні подальшим судомам після СВ.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.29	Карбамазепін є безпечною та ефективною альтернативою бензодіазепінам, хоча він не є ефективним у запобіганні подальшим судомам під час СВ	A
8.30	Фенітоїн і вальпроати не є ефективними для запобігання судомам під час СВ і не рекомендуються	A
8.31	Новіші антиконвульсанти (наприклад, габапентин) не рекомендуються на цьому етапі через обмеженість клінічних даних	D
8.32	Додавання антиконвульсантів до бензодіазепінів для лікування СВ не приносить переваг	A
8.33	Пацієнтам, які регулярно приймають антиконвульсанти (наприклад, від епілепсії, не пов'язаної з СВ), слід продовжувати їх прийом	GPP

Антипсихотичні препарати

Антипсихотичні препарати (наприклад, фенотіазини) під час самостійного застосування можуть підвищити ризик виникнення судом і не запобігають виникненню делірію. Їх слід застосовувати лише разом з бензодіазепінами для лікування галюцинацій або збудження, пов'язаних із деліріем, які не піддаються лікуванню відповідними дозами бензодіазепінів (наприклад, щонайменше 60-80 мг діазепаму).

Не існує контрольованих досліджень, які б демонстрували перевагу різних антипсихотичних препаратів, тому лікарі мають використовувати препарати, з якими вони найкраще знайомі. Приклади схем включають:

- галоперидол від 2,5 до 10 мг перорально або внутрішньом'язово, повторювати за потреби;
- оланзапін від 5 до 10 мг перорально або буккально, повторювати за потреби;
- рисперидон від 1 до 5 мг, перорально або внутрішньом'язово, двічі на день, повторювати за потреби.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.34	Антипсихотичні препарати слід застосовувати	A

	лише як доповнення до відповідної терапії бензодіазепінами для лікування галюцинацій або збудженого делірію. Їх не слід використовувати як самостійні препарати для лікування СВ	

Антигіпертензивні засоби

Підвищення артеріального тиску під час синдрому відміни алкоголю є поширеним явищем через вегетативну (адренергічну) гіперактивність. Зазвичай воно спонтанно знижується після завершення СВ і зазвичай добре контролюється відповідними дозами бензодіазепінів (наприклад, щонайменше 60 мг діазепаму за попередні 24 години). У випадках, коли артеріальний тиск залишається помітно підвищеним (наприклад, понад 180 мг систолічний, понад 110 діастолічний) під час повторних вимірювань, незважаючи на відповідне навантаження бензодіазепінами, рекомендується:

бета-блокатор (наприклад, атенолол або пропранолол), за умови відсутності протипоказань. Спеціальних досліджень, які б обґрунтовували цю рекомендацію, немає.

Розлад вживання алкоголю, асоціюється з артеріальною гіпертензією, яка часто зменшується після зниження або припинення вживання алкоголю. Відповідно, підвищений артеріальний тиск слід контролювати після завершення СВ, а підтримання контролю над гіпертензією може бути мотиватором для зменшення вживання алкоголю. Персистуючу гіпертензію слід лікувати відповідно до чинних настанов.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.35	Антигіпертензивні засоби (зазвичай бета-блокатори) слід застосовувати для лікування значної гіпертензії, що супроводжує СВ алкоголю, яка не реагує на відповідні дози діазепаму, за умови відсутності протипоказань до їх застосування	D
8.36	Артеріальний тиск слід контролювати після завершення СВ через зв’язок розладу вживання алкоголю з персистуючою артеріальною гіпертензією	A

Симптоматичне лікування

Для лікування різних симптомів СВ алкоголю зазвичай використовують низку лікарських засобів, незважаючи на відсутність емпіричної доказової бази. Приклади включають:

- парацетамол до 1 грама двічі на день у разі головного болю;
- протиблювотні засоби від нудоти (наприклад, метоклопрамід 10 мг кожні 6 годин за потребою та прохлорперазин 5 мг перорально або внутрішньом'язово кожні 6 годин);
- лоперамід або електролітний розчин від діареї;
- антацид, наприклад, Гавіскон.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.37	Для усунення конкретних симптомів можна використовувати ряд симптоматичних препаратів (наприклад, парацетамол від головного болю, протиблювотні, протидіарейні засоби)	D

Коментар робочої групи: *Гавіскон – торгова назва комбінованого лікарського засобу, до складу якого входять натрію альгінова кислота, натрію гідроікарбонат, кальцію карбонат*

Інші лікарські засоби

Хлорметіазол – седативний препарат та антиконвульсант короткочасної дії, який широко використовувався для лікування СВ алкоголю до появи бензодіазепінів. Його більше не рекомендують для лікування СВ алкоголю через ризик пригнічення дихання та смерті у разі передозування або в поєднанні з алкоголем чи іншими седативними засобами.

Алкоголь (етанол), гамма-оксимасляна кислота (ГОМК), барбітурати, бета-блокатори, клонідин або інфузії магнію не відіграють жодної ролі в лікуванні СВ алкоголю.

Баклофен, агоніст рецепторів GABA-B, який використовується в клінічній практиці як міорелаксант скелетних м'язів, у попередніх клінічних дослідженнях показав, що він пригнічує симптоми СВ алкоголю. Немає жодних доказів того, що він є кращим за бензодіазепіни, і недостатньо доказів, щоб рекомендувати його використання для лікування СВ.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.38	Хлорметіазол, барбітурати, алкоголь, бета-блокатори, клонідин і гамма-оксимасляна кислота не рекомендуються для стандартного лікування СВ алкоголю	A

Лікування ускладнень тяжкого синдрому відміни алкоголю

Ускладнення тяжкого СВ алкоголю включають судоми, галюцинації та делірій.

Судоми під час СВ алкоголю

Судоми можуть виникати як частина СВ алкоголю. Алкоголь діє на мозок через різні механізми, які впливають на судомний поріг, включаючи потік іонів кальцію і хлору через глутаматний N-метил-D-аспартат (NMDA) і рецептори гамма-аміномасляної кислоти типу А (ГАМК-А). Хронічне вживання алкоголю призводить до адаптаційних змін до дії алкоголю, а судомний поріг знижується як ефект відскоку у разі припинення вживання алкоголю.

Клінічна картина та поширеність

Судоми під час СВ алкоголю зазвичай виникають через 6-48 годин після останнього вживання алкоголю (50% – між 13 і 24 годинами; 90% – протягом 48 годин). За оцінками, поширеність судом під час синдрому відміни алкоголю становить від 2 до 9 відсотків серед людей, залежних від алкоголю. Судоми виникають під час зниження рівня алкоголю в крові, а у деяких людей з тяжкою алкогольною залежністю судоми можуть виникати, навіть якщо рівень алкоголю в крові все ще високий (наприклад, понад 20 ммоль/л), і зазвичай у формі генералізованих (тоніко-клонічних) судом. Ці судоми, переважно, короткочасні та не пов’язані з постіктальними наслідками, такими як параліч Тодда. Судоми під час СВ алкоголю, особливо у людей старшого віку або з когнітивними порушеннями, можуть супроводжуватися виникненням делірію. Ризик повторення судом впродовж 6-12 годин після судомного нападу оцінюється приблизно у 25 відсотків. Хоча частота виникнення епілептичного статусу є низькою, СВ алкоголю є основною причиною цього небезпечного для життя стану.

Люди, які пережили судоми під час СВ алкоголю, більш схильні до повторних судом під час наступних епізодів СВ алкоголю. За оцінками, судоми, пов’язані з алкоголем, становлять третину всіх госпіталізацій, пов’язаних із судомами.

Інші причини судом

Поширеність судом з усіх причин у людей з алкогольною залежністю становить до 15%, що, за оцінками, щонайменше втричі вище, ніж у населення в цілому. Судоми за цих обставин можуть бути нетиповими для СВ алкоголю за початком або типом (наприклад, парціальні судоми). Довготривалі нейротоксичні ефекти вживання алкоголю у великих кількостях можуть призвести до розвитку епілепсії. Вживання алкоголю у великих кількостях також може сприяти виникненню судом, пов’язаних із іншими станами, зокрема:

• нещодавня або перенесена черепно-мозкова травма та внутрішньочерепний крововилив;

• супутнє вживання інших речовин (зокрема, бензодіазепінів);

• супутні метаболічні, інфекційні, неопластичні або цереброваскулярні захворювання;

Ці судоми можуть клінічно проявлятися як СВ алкоголю.

Фармакологічні підходи до профілактики судом

Систематичні огляди вказують на те, що бензодіазепіни суттєво знижують ризик виникнення судом під час синдрому відміни алкоголю, а також ризик повторних (подальших) судом під час періоду синдрому відміни алкоголю.

Рекомендуються бензодіазепіни з швидким початком дії (наприклад, діазепам, лоразепам). У більшості випадків перевага надається діазепаму тривалої дії; однак, якщо діагноз неясний (наприклад, можлива черепно-мозкова травма) або через тяжку печінкову недостатність, можна віддати перевагу бензодіазепіну короткої дії (наприклад, лоразепаму, мідазоламу).

Карбамазепін ефективно запобігає судомам під час синдрому відміни алкоголю, але не є ефективним для запобігання повторним (подальшим) судомам під час СВ алкоголю.

Додавання антиконвульсантів до бензодіазепінів для профілактики судом під час СВ алкоголю, схоже, не має переваг. Фенітоїн і вальпроати ефективно не запобігають виникненню судом під час СВ алкоголю і не рекомендуються. Роль інших антиконвульсантів (таких як габапентин, топірамат) ще не доведена, і хоча їхня ГАМК-ергічна дія дозволяє припустити, що вони можуть бути корисними, на цьому етапі вони не рекомендуються.

Профілактика судом у пацієнтів, які перебувають у стані СВ алкоголю, полягає в нижченаведеному:

• Пацієнтам без судом в анамнезі та без тяжкого СВ: рекомендується прийом діазепаму за симптомами або за фіксованим графіком (див. розділ «Медикаментозне лікування для подолання СВ алкоголю» вище для обговорення схем лікування).

• Пацієнтам із судомами в анамнезі або у разі тяжкого СВ алкоголю: рекомендується лікування діазепамом (20 мг кожні 2 години до 60-80 мг або до легкого седативного ефекту), а в наступні дні – зменшення дози.

Оцінка та лікування судом

Багато людей, які зловживають алкоголем, звертаються до служб (таких як лікарня, швидка допомога) після судом, і це може створити діагностичну дилему для лікарів. Діагноз судом, що виникли в результаті СВ алкоголю, є одним із способів виключення інших причин судом. Якщо будь-яка з цих ознак присутня, не слід припускати наявність судом, що виникають внаслідок СВ алкоголю:

• клінічні ознаки або підозра на інші причини судом (такі як травма голови, метаболічні, інфекційні, неопластичні, цереброваскулярні розлади);

• відсутність судом в анамнезі;

• два або більше судоми поспіль;

• парціальні (фокальні) судоми;

• судоми, що виникли через >48 годин після останнього вживання алкоголю;

• відсутність нещодавнього вживання великої кількості алкоголю або інших ознак СВ алкоголю.

Пацієнт має бути госпіталізований, обстежений і перебувати під наглядом щонайменше 24 години. Обстеження слід проводити згідно з відповідними місцевими настановами.

Якщо діагноз судом СВ алкоголю може бути чітко встановлений, рекомендується такий план лікування:

• госпіталізація для перебування під постійним наглядом принаймні на 48-72 години;

• регулярний моніторинг, зокрема життєво важливих показників, інтенсивності СВ та неврологічного статусу;

• призначення тіаміну (парентерально, див. нижче), якщо це можливо, до введення глюкози;

• підтримуюче лікування, зокрема регідратація та догляд у спокійній обстановці, подалі від надмірних сенсорних подразників;

• рекомендуються бензодіазепіни для запобігання подальшим судомам:

- мідазолам (2-10 мг внутрішньовенна інфузія, якщо необхідне парентеральне лікування в умовах невідкладної допомоги) з ретельним моніторингом реакції, дихальних шляхів та сатурації;

- діазепамом (перорально, див. вище) для стабільного пацієнта;

- лоразепам (1-2 мг перорально), якщо лікар занепокоєний дихальною або неврологічною функцією.

Карбамазепін ефективно запобігає судомам у людей з алкогольною залежністю, але не ефективно запобігає повторним судомам або виникненню алкогольного делірію, і тому не рекомендується.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.39	Припущення про судоми як наслідок СВ алкоголю слід робити лише тоді, коли клінічна картина є типовою для судом викликаних СВ алкоголю та не підозрюються інші причини судом, а в анамнезі пацієнта є попередні випадки судом внаслідок СВ алкоголю. Всі інші випадки потребують повного обстеження	B

8.40	Люди, які вживають багато алкоголю і у яких виникли судоми з невідомої причини, мають бути госпіталізовані в лікарню і перебувати під наглядом щонайменше 24 години. Дослідження включають біохімічні аналізи та нейровізуалізацію, а також, можливо, електрокардіографію	C
8.41	Після судом викликаних СВ алкоголю рекомендується призначення бензодіазепінів (діазепаму, лоразепаму або у гострому періоді мідазоламу) та ретельне спостереження протягом щонайменше 24 годин	A
8.42	Антиконвульсанти не є ефективними для запобігання подальшим судомам в період СВ	A

Роль довготривалого призначення антиконвульсантів у пацієнтів з судомами внаслідок СВ алкоголю

Пацієнтам не слід призначати довготривало антиконвульсанти, якщо немає інших причин виникнення судом. Судоми під час СВ алкоголю не повторюватимуться, якщо пацієнт не вживатиме алкоголь. Більшість пацієнтів, які відновлюють вживання алкоголю, мають дуже погане дотримання режиму прийому антиконвульсантів, що може навіть підвищити ризик виникнення судом.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.43	Лікування довготривалими антиконвульсантами не рекомендується, щоб запобігти подальшим судомам під час СВ алкоголю	D

Галюцинації

Пацієнти можуть відчувають галюцинації або інші порушення сприйняття (такі як хибні уявлення) на будь-якій стадії фази СВ алкоголю. Їх необхідно диференціювати від інших причин психозу.

Клінічна картина

Галюцинації можуть бути зоровими, тактильними або слуховими. Тактильні зміни сприйняття включають відчуття шпильок і голок, свербіж, печіння, оніміння, відчуття повзання мурашок і «електричних бліх».

Галюцинації можуть супроводжуватися параноїдальними ідеями або маренням, а також аномальним афектом (збудженням, тривогою, дисфорією).

Галюцинації під час СВ – це симптом, який, зазвичай, вимагає госпіталізації у відповідний заклад (наприклад, медичний, психіатричний або спеціалізований детоксикаційний центр), де пацієнт може безпечно перебувати під наглядом.

Оцінка та моніторинг

Ретельне психіатричне обстеження необхідне для виключення супутніх медичних або психіатричних станів. Важливо зазначити, що галюцинації, пов'язані з СВ, є однією з багатьох ознак СВ алкоголю, і слід розглянути інші причини, якщо симптоми не узгоджуються з СВ (див. розділ «Алкогольний галюциноз» нижче). Якщо можна встановити, що галюцинації, пов'язані з СВ алкоголю, рекомендується такий план лікування (див. розділ «Підтримуючий догляд» вище):

- необхідний частий моніторинг (зокрема, фізичних параметрів, тяжкості СВ) та нагляд для забезпечення безпеки пацієнта та оточуючих;
- забезпечення належної гідратації;
- пацієнт має перебувати в тихому приміщенні з мінімальною сенсорною стимуляцією.

Медикаментозне лікування

Забезпечення відповідної дози діазепаму (щонайменше 60-80 мг на добу) до полегшення симптомів СВ алкоголю.

Антипсихотичні препарати слід застосовувати як доповнення до відповідних доз бензодіазепіну, якщо пацієнт збуджений або стурбований своїми галюцинаціями, або заважає оточуючим. Жодне контрольоване дослідження не продемонструвало перевагу різних антипсихотичних препаратів; лікарі мають використовувати препарати, з якими вони найбільш знайомі. Приклади схем включають:

- галоперидол від 2,5 до 10 мг перорально або внутрішньом'язово, повторювати за потреби;
- оланзапін від 5 до 10 мг перорально або буккально, повторювати до 30 мг на добу за потреби;
- рисперидон від 1 до 5 мг, перорально або внутрішньом'язово, двічі на день, повторювати за потреби.

Антипсихотичні препарати не слід застосовувати окремо (тобто без відповідного бензодіазепінового навантаження), оскільки вони не запобігають належним чином виникненню алкогольного делірію і можуть знизити судомний поріг.

Алкогольний галюциноз

Хронічне вживання алкоголю може призвести до органічного психотичного розладу, найчастіше з галюцинаціями (алкогольний галюциноз),

який важко відрізнити від інших причин психозу. Галюциноз зустрічається рідко і зазвичай минає після СВ, але може рецидивувати і може бути пов'язаний з несприятливими наслідками.

На відміну від алкогольного делірію, при алкогольному галюцинозі пацієнт має чіткий сенсоріум, але, зазвичай, він відчуває слухові (рідше зорові) галюцинації та манію переслідування під час вживання алкоголю. Такі галюцинації можуть зберігатися під час СВ і можуть бути помилково прийняті за галюцинації СВ. Про ризик суїциду згадується у кількох звітах.

Лікування антипсихотичними препаратами рекомендується, якщо симптоми є нестерпними, до досягнення тривалого утримання від вживання алкоголю та покращення симптомів. За умови тривалого не вживання алкоголю прогноз, зазвичай, сприятливий, хоча в деяких випадках розвивається хронічний синдром, подібний до шизофренії.

Алкогольний делірій

Алкогольний делірій також називають білою гарячкою.

Клінічна картина та поширеність

Характерними ознаками алкогольного делірію є порушення свідомості та зміни когнітивних функцій або розлади сприйняття (див. Табл. 8.6). Делірій може бути викликаний низкою медичних станів, зокрема метаболічними, інфекційними, токсичними та травматичними причинами.

Таблиця 8.6

Діагностичні критерії делірію за DSM-5

A	Порушення уваги (тобто зниження здатності спрямовувати, фокусувати, утримувати та переключати увагу) та усвідомлення (зниження орієнтації в навколишньому середовищі)
B	Порушення розвивається протягом короткого періоду часу (зазвичай від кількох годин до кількох днів), являє собою зміну базового рівня уваги та усвідомлення і має тенденцію до коливання ступеня тяжкості протягом дня
C	Додаткове порушення когнітивних функцій (наприклад, дефіцит пам'яті, дезорієнтація, порушення мови, візуально-просторових здібностей або сприйняття)
D	Порушення за критеріями A і C не пояснюються іншим нейрокогнітивним розладом, що існував раніше, встановився або розвивається, і не виникають у контексті сильно зниженого рівня збудження, наприклад, у стані коми

E	З анамнезу, фізичного обстеження або лабораторних даних відомо, що порушення є прямим фізіологічним наслідком іншого медичного стану, інтоксикації або синдрому відміни алкоголю (наприклад, внаслідок зловживання наркотичними речовинами або медикаментами), впливу токсину або є наслідком різних етіологічних чинників
Джерело: *Американська психіатрична асоціація 2013, Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання, текст переглянутий, Американська психіатрична асоціація.*	

Алкогольний делірій зазвичай починається через 2-3 дні після вживання алкоголю і зазвичай триває ще 2-3 дні, хоча у важких випадках може тривати кілька тижнів. Частота виникнення алкогольного делірію у пацієнтів з алкогольною залежністю, які отримували плацебо і брали участь у стаціонарних клінічних дослідженнях, в середньому становить 5%, хоча за умови ефективного лікування частота виникнення делірію набагато нижча. У ранніх дослідженнях повідомлялося про смертність на рівні 15 відсотків; однак, завдяки вдосконаленню лікування цей показник знизився до менш ніж 1 відсотка. Супутні клінічні ознаки часто включають вегетативну гіперактивність, таку як гіперпірексія, тахікардія, артеріальна гіпертензія та діафорез.

Супутні медичні стани є поширеними і можуть бути неочевидними або не повідомлятися самостійно. Вони можуть включати зневоднення, порушення електролітного балансу, ниркову недостатність, нерозпізнану травму голови, інфекції (включаючи менінгіт), шлунково-кишкові кровотечі, панкреатит та печінкову недостатність.

Лікування

Початковою метою лікування пацієнтів з алкогольним делірієм є контроль збудження. Швидкий контроль збудження знижує частоту подальших небажаних явищ.

Моніторинг та оцінка

Необхідне ретельне медичне обстеження з метою виявлення ускладнень алкогольного делірію (наприклад, електролітних порушень) та супутніх медичних станів. Може знадобитися ретельний моніторинг і нагляд (бажано індивідуальний), щоб забезпечити безпеку пацієнта від заподіяння шкоди собі або іншим через блукання, втечі та падіння. Необхідно часто контролювати життєво важливі показники (зокрема, пульс, артеріальний тиск, температуру та оксиметрію), гідратацію та харчування. Пацієнт має перебувати в тихому приміщенні з мінімальною сенсорною стимуляцією. Гарне освітлення та навколишні підказки (наприклад, годинник та/або календар) можуть зменшити дезорієнтацію.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.44	Алкогольний делірій потребує госпіталізації, медичного обстеження та ретельного спостереження	A
8.45	Пацієнт має перебувати в тихому середовищі з мінімальною сенсорною стимуляцією	C

Внутрішньовенні рідини та харчові добавки

Зневоднення слід коригувати за допомогою пероральної та/або внутрішньовенної гідратації.

Слід коригувати електролітні порушення. Зокрема, у пацієнтів з алкогольним делірієм часто спостерігається гіпомагніємія, і введення магнію може допомогти зменшити нервово-м'язову активність та збудження.

Може знадобитися моніторинг введення та виведення рідини.

Слід призначити парентеральне введення тіаміну (див. вище).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
8.46	Слід коригувати зневоднення та електролітний дисбаланс	GPP

Медикаментозне лікування

Бензодіазепіни, які мають менше ускладнень, ніж нейролептики, рекомендовані як основні препарати для лікування алкогольного делірію, зниження смертності та тривалості делірію. Контрольованих досліджень щодо найефективнішого бензодіазепіну або способу його призначення бракує. Однак, під час лікування слід керуватися нижченаведеними пунктами:

- Слід використовувати швидкодіючі бензодіазепіни. Діазепам при пероральному застосуванні діє швидко (протягом 1 години) і його легко застосовувати в більшості лікувальних установ. Діазепам також можна використовувати для внутрішньовенного введення, коли необхідно швидко контролювати збудження, без потреби у внутрішньовенній інфузії. Діазепам при внутрішньом'язовому введенні погано всмоктується і не рекомендується.
- Бензодіазепіни тривалої дії (наприклад, діазепам) забезпечують тривале полегшення симптомів з мінімальним загостренням на тлі лікування. Бензодіазепіни короткої дії потребують внутрішньовенної інфузії і мають застосовуватися лише в лікарняних умовах з можливістю ретельного

моніторингу (наприклад, у відділенні інтенсивної терапії, відділенні для людей з важкою залежністю).

• Бензодіазепіни короткої дії (наприклад, мідазолам, лоразепам, оксазепам) слід застосовувати у випадках, коли лікарі занепокоєні тривалим седативним ефектом, наприклад, у людей старшого віку, які нещодавно перенесли травму голови, мають печінкову недостатність або інші серйозні захворювання.

• Виходячи з вищесказаного, рекомендується, щоб:

• Метою медикаментозного лікування є досягнення і підтримання легкої седації (сонливості), при якій пацієнт не спить, але має тенденцію засинати, якщо його не стимулювати, або спить і його легко розбудити.

• Дози та схеми лікування мають бути індивідуально підібрані для кожного пацієнта, оскільки існує значна варіабельність потреб у медикаментах.

• Бензодіазепіни є першою лінією лікування, як описано вище. Зазвичай потрібні високі дози, часто понад 100 мг діазепаму або еквівалент.

• Антипсихотичні препарати слід використовувати як препарати другої лінії для контролю збудження під час СВ алкоголю, як доповнення до відповідних доз бензодіазепінів (а не замість них). Контрольованих досліджень, які б демонстрували перевагу різних антипсихотичних препаратів, бракує; практикуючі лікарі мають використовувати препарати, з якими вони найкраще знайомі. Новіші антипсихотичні засоби (такі як рисперидон, оланзапін, кветіапін) мають кращий профіль безпеки (див. вище).

• Дексмедетомідин все частіше використовується для лікування делірію, який не реагує на бензодіазепіни, у відділеннях інтенсивної терапії, і було доведено, що він зменшує потребу в інтубації після седації для контролю делірію.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.47	Бензодіазепіни слід застосовувати для досягнення легкої седації. Пероральний прийом діазепаму або лоразепаму до досягнення бажаного ефекту є переважним методом лікування. Внутрішньовенне введення діазепаму або мідазоламу доречне, якщо необхідна швидка седація	A
8.48	Антипсихотичні препарати слід застосовувати для контролю збудження під час СВ алкоголю як доповнення до відповідних доз бензодіазепінів (а не замість них)	A
8.49	Дексмедетомідин можна застосовувати під час	B

	делірію, який не піддається лікуванню бензодіазепінами, у відділеннях інтенсивної терапії	

Синдром Верніке-Корсакова

Енцефалопатія Верніке – це форма гострого пошкодження головного мозку, спричинена нестачею тіаміну (вітаміну В1), що найчастіше трапляється у людей з хронічною алкогольною залежністю. У пацієнтів з алкогольною залежністю дефіцит тіаміну виникає через недостатнє споживання їжі та/або кишкову мальабсорбцію. Підраховано, що здорові люди засвоюють 5% пероральної дози тіаміну порівняно з 1,5% у людей з алкогольною залежністю. Енцефалопатія Верніке є важливою коморбідністю, а не ускладненням СВ; її зазвичай виявляють під час гострих госпіталізацій, зокрема у пацієнтів з алкогольною інтоксикацією або СВ алкоголю. Вона може співіснувати з гострим СВ алкоголю, печінковою енцефалопатією та іншими причинами сплутаності свідомості, і її слід відрізняти від них.

Енцефалопатія Верніке спочатку є оборотною, але якщо її не лікувати або лікувати неналежним чином, вона може призвести до синдрому Корсакова, хронічного та інвалідизуючого стану, що характеризується тяжкою втратою короткочасної пам’яті та порушенням здатності до засвоєння нової інформації, що часто супроводжується компенсаторною брехнею, конфабуляцією. Приблизно чверть пацієнтів з енцефалопатією Верніке повністю одужують за умови належного лікування, чверть демонструють значне покращення, чверть одужують лише частково, а у чверті не спостерігається жодного покращення з часом. Приблизно чверть потребує тривалого стаціонарного догляду. Вкрай важливо розпочати лікування якнайшвидше, оскільки затримка з лікуванням може погіршити прогноз пацієнта. Ефективного лікування синдрому Корсакова не виявлено, що підкреслює важливість профілактики та ранньої діагностики.

Клінічна картина та діагноз

Класичною тріадою енцефалопатії Верніке є:

- сплутаність свідомості або психічні розлади (за оцінками, спостерігаються у 80% випадків);
- атаксія (приблизно у 20-25% випадків);
- очні симптоми, такі як ністагм або офтальмоплегія (приблизно у 30% випадків).

Лише у меншості пацієнтів з енцефалопатією Верніке (приблизно 10%) спостерігаються всі три ознаки. У рідкісних випадках нелікована енцефалопатія Верніке може призвести до гіпотермії, гіпотензії, коми та смерті. Енцефалопатія Верніке дуже рідко діагностується:

- Посмертні дослідження виявляють енцефалопатію Верніке у 12,5% людей, які вживають велику кількість алкоголю (порівняно з 1,5% загальної популяції), і лише у 20% діагноз ставлять до розтину.

• Клінічні ознаки енцефалопатії Верніке можуть бути неправильно інтерпретовані як інтоксикація, СВ, травма голови або інші причини сплутаності свідомості у людей, які багато п’ють.

• Хоча специфічних стандартних діагностичних тестів для виявлення енцефалопатії Верніке не існує, МРТ зазвичай дозволяє виявити симетричні зміни в маммілярних тілах, медіальних таламусах, тектальній пластині та периакведукальній сірій ділянці головного мозку. У пацієнтів, які зловживають алкоголем в анамнезі, контрастні речовини можуть виявити ураження маммілярних тіл, типові для енцефалопатії Верніке, навіть за наявності нормальних непідсилених МРТ.

• Діагностика енцефалопатії Верніке вимагає високого рівня медичної настороженості щодо осіб, які вживають алкоголь у великих кількостях або хронічно, особливо якщо є будь-які клінічні ознаки (наприклад, погіршення пам’яті), що узгоджуються з енцефалопатією Верніке або синдромом Корсакова. Пацієнти з підозрою на енцефалопатію Верніке або синдром Корсакова мають бути обстежені на наявність інших форм алкогольного ураження головного мозку, таких як деменція.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.50	Лікарі мають розглянути можливість проведення МР-контрастної нейровізуалізації, якщо діагноз енцефалопатії Верніке не встановлений клінічно	D

Профілактика та лікування енцефалопатії Верніке

Усіх людей, які зловживають алкоголем або хронічно вживають його, слід розглядати як групу ризику розвитку енцефалопатії Верніке. З огляду на те, що багато пацієнтів з енцефалопатією Верніке не мають діагнозу, а тіамін є безпечним і дешевим препаратом, усім пацієнтам, які перебувають у стані СВ алкоголю, слід призначати тіамін для профілактики енцефалопатії Верніке (див. вище). З огляду на серйозні клінічні наслідки відсутності лікування енцефалопатії Верніке, всіх пацієнтів з будь-якими ознаками енцефалопатії Верніке слід лікувати так, ніби енцефалопатія Верніке вже діагностована.

Профілактика

Пацієнтам, у яких немає клінічних ознак енцефалопатії Верніке або погіршення пам’яті тіамін рекомендується як профілактичний засіб.

• Оскільки добре контрольовані дослідження надали обмежену кількість доказів для проведення терапії, існує значна невизначеність щодо необхідної дози та тривалості терапії. Моделювання надходження тіаміну в мозок вказує на те, що потрібні високі дози. Існує клінічний консенсус, що важливо рекомендувати високі дози тіаміну, щоб забезпечити достатню кількість для запобігання серйозним неврологічним захворюванням.

• Здоровим пацієнтам з повноцінним харчуванням можна призначати тіамін перорально у дозі 300 мг на добу (наприклад, по 100 мг тричі на день) протягом 3-5 днів, а потім продовжувати прийом тіаміну перорально у дозі 100 мг протягом наступних 4-9 днів (загалом від 1 до 2 тижнів перорального прийому тіаміну).

• Пацієнтам з хронічним вживанням алкоголю, поганим харчуванням і загальним поганим станом харчування слід призначати парентеральну дозу тіаміну (через погане всмоктування в кишечнику пероральних добавок тіаміну). Рекомендована доза тіаміну становить 300 мг внутрішньом'язово або внутрішньовенно на добу від 3 до 5 днів, а потім перорально – 300 мг на добу протягом кількох тижнів.

• Коригування будь-яких електролітних порушень, зокрема гіпомагніємії.

• Алкоголь асоціюється з коагулопатією, що може зробити внутрішньом'язові ін'єкції небезпечними.

• За можливості, тіамін слід давати перед будь-яким вуглеводним навантаженням (наприклад, внутрішньовенним введенням глюкози), оскільки вуглеводи можуть спричинити швидке використання тіаміну та прискорити розвиток енцефалопатії Верніке.

Лікування

Вкрай важливо розпочати лікування якнайшвидше, оскільки затримка з лікуванням може погіршити прогноз пацієнта. Усіх людей, які зловживають алкоголем і проявляють будь-які ознаки енцефалопатії Верніке (такі як сплутаність свідомості, атаксія, очні симптоми, кома, погіршення пам'яті, гіпотермія з гіпотензією або біла гарячка), слід лікувати так, ніби встановлено діагноз енцефалопатії Верніке (навіть якщо вони перебувають у стані алкогольного сп'яніння).

• Тіамін слід вводити перед будь-яким вуглеводним навантаженням (наприклад, внутрішньовенним введенням глюкози) або якомога швидше після нього.

• Парентеральні дози тіаміну не менше 500 мг на добу (внутрішньом'язово або внутрішньовенно, розведені у фізіологічному розчині протягом 30 хвилин) слід вводити щодня протягом щонайменше 3-5 днів, а наступні дози – не менше 300 мг (перорально або парентерально) і до 1000 мг на добу протягом 1-2 тижнів. Внутрішньом'язове введення не слід застосовувати пацієнтам з коагулопатією.

• Коригування будь-яких електролітних порушень, зокрема гіпомагніємії.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.51	Усіх пацієнтів з будь-якими ознаками	D

	енцефалопатії Верніке слід лікувати так, ніби встановлено діагноз енцефалопатії Верніке	
8.52	Усіх пацієнтів з підозрою на енцефалопатію Верніке слід лікувати високими дозами парентерального тіаміну (щонайменше 500 мг на добу) протягом щонайменше 3-5 днів. Внутрішньом'язове введення не слід застосовувати пацієнтам з коагулопатією. Подальші пероральні дози тіаміну 300 мг на добу протягом декількох тижнів	D
8.53	Пацієнтам з підозрою на енцефалопатію Верніке слід скоригувати гіпомагніємію, щоб добавки тіаміну були ефективними	D

Тривале застосування тіаміну та постійне вживання алкоголю

Пероральний прийом тіаміну (наприклад, 100 мг на день) слід продовжувати до тих пір, поки не буде досягнуто тривалої зупинки вживання алкоголю. Люди, які постійно вживають алкоголь, мають продовжувати приймати пероральні добавки тіаміну.

Електролітні порушення

Порушення електролітного балансу може сприяти виникненню інших ускладнень СВ алкоголю, тому їх слід діагностувати та лікувати. Гіпокаліємію та гіпомагніємію слід коригувати за допомогою пероральних добавок. Гіпонатріємія зазвичай самообмежується і не має агресивно коригуватися через ризик центрального понтинного мієлінолізу.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
8.54	Заміщення електролітів може бути необхідним додатковим лікуванням для пацієнтів з електролітними порушеннями (такими як гіпомагніємія, гіпокаліємія). Гіпонатріємію не слід агресивно коригувати через ризик центрального понтинного мієлінолізу	GPP

Розділ 9. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ

Автори: Метью Галло та Джейсон Коннор

У цьому розділі описано та обґрунтовано найпоширеніші емпірично підтверджені психосоціальні підходи, що застосовуються для лікування проблем, пов'язаних із алкоголем. У ньому також представлено настанови щодо вибору психосоціального лікування з рекомендаціями щодо стратегій, які, як очікується, підвищать ефективність лікування

Огляд психосоціальних інтервенцій

Психосоціальні інтервенції або лікування охоплюють широкий спектр нефармакологічних підходів, які зазвичай використовуються для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших наркотичних речовин. Ці інтервенції, зазвичай, зосереджені на людині (її переконаннях, емоціях і поведінці), її соціальному контексті, зокрема сім'ї, громаді та культурних факторах, а також на взаємодії між цими сферами.

Психосоціальні інтервенції охоплюють:

- **зміст лікування** (тобто навички, стратегії та теоретична орієнтація лікування);
- **процес лікування** (тобто взаємодія між лікарем і пацієнтом, яка включає в себе силу залучення, міжособистісну взаємодію і здатність працювати над спільними цілями лікування).

Дослідження психосоціального лікування все більше підтверджують думку про те, що для досягнення ефективних результатів лікування необхідна розумна інтеграція змісту і процесу лікування.

Багато психосоціальних інтервенцій ґрунтуються на теорії соціального навчання. Вони поділяють основне твердження про те, що, хоча біологічні та генетичні фактори відіграють значну роль в етіології розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, проблемні патерни вживання алкоголю та інших наркотичних речовин засвоюються в соціальному середовищі, а тому можуть бути замінені новою, більш адаптивною поведінкою, що засвоюється.

Ефективні психосоціальні інтервенції допомагають пацієнтам вирішувати проблеми з вживанням алкоголю, залучаючи їхні мотиваційні та інші ресурси і впливаючи на когнітивні, поведінкові та соціальні зміни, пов'язані з вживанням алкоголю. Якщо вживання алкоголю розглядається як неадекватна спроба впоратися зі стресом, стражданнями або іншими негативними емоційними станами, психосоціальні інтервенції можуть бути особливо корисними в навчанні більш функціональним навичкам подолання труднощів.

Найпоширенішими психосоціальними підходами, які отримали послідовну емпіричну підтримку, є такі:

- Короткі інтервенції (див. Розділ 6);
- Мотиваційне інтерв'ю;
- Когнітивно-поведінкова терапія.

Психосоціальна інтервенція може використовуватися як самостійний метод лікування, у поєднанні з іншими психосоціальними інтервенціями та/або у поєднанні з фармакотерапією. Достовірні дані свідчать про те, що люди, які отримують ці втручання, отримують значну користь і під час подальшого спостереження демонструють клінічно значуще зниження споживання алкоголю, збільшення кількості днів синдрому відміни алкоголю та покращення загального функціонування.

Коли застосовувати психосоціальні інтервенції

Психосоціальні інтервенції застосовуються для того, щоб заохотити зацікавленість і прихильність людини до змін, а також навчити її необхідним навичкам, щоб підтримувати ці зміни. Це найкращий метод лікування проблемного вживання алкоголю для тих, хто зловживає алкоголем. Вони можуть застосовуватися різними медичними працівниками в різних лікувальних установах, але понад 50% людей, які вживають алкоголь, віддають перевагу психіатричному або наркологічному лікуванню. Спеціалізоване лікування дає кращі результати у пацієнтів з високим ступенем тяжкості залежності. Психосоціальні інтервенції можуть здійснюватися індивідуально або в групах. Деякі медичні працівники вважають за краще використовувати мотиваційні стратегії на ранніх стадіях терапії, щоб посилити підготовку до змін, доповнюючи їх когнітивно-поведінковою або іншою спеціалізованою терапією, якщо це доцільно. Лікарі, які використовують ці підходи, мають бути належним чином підготовлені та компетентні в їх застосуванні.

Психосоціальні інтервенції різняться за інтенсивністю: від короткочасних до інтенсивних і спеціалізованих (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, терапія для пар). Короткі інтервенції найкраще підходять для людей, які не мають залежності від алкоголю (див. Розділ 6). Більш інтенсивні психосоціальні інтервенції, описані в цьому розділі, підходять для людей з більш тривалими проблемами, пов’язаними з алкоголем, для яких коротких інтервенцій недостатньо (тобто, з алкогольною залежністю).

Загалом, психосоціальні інтервенції низької інтенсивності показані для людей з менш вираженою залежністю (наприклад, мотиваційні інтерв’ю), підвищуючи рівень інтенсивності для тих, хто має більш виражену залежність. Моделі надання допомоги, які допоможуть лікарям приймати рішення щодо відповідних інтервенцій, представлені в Розділі 5.

Вибір психосоціальних інтервенцій

Вибір психосоціальних інтервенцій для лікування алкогольної залежності буде відрізнятися залежно від стану пацієнта, його потреб і доступних ресурсів. Пацієнти, які звертаються до клінік з лікування алкогольної та наркотичної залежності, можуть мати інші потреби в лікуванні, ніж ті, хто звертається до закладів первинної медичної допомоги.

Принципи вибору лікування та планування медичної допомоги описані в Розділі 4 та Розділі 5. Важливими компонентами лікувальних інтервенцій для людей з проблемним вживанням алкоголю є:

- Оцінка та зворотний зв’язок;
- Постановка цілей: абстиненція, помірне вживання алкоголю та зниження рівня вживання алкоголю;
- Формулювання випадку та план лікування;
- Терапевтичний альянс, залучення та утримання в лікуванні;
- Профілактика рецидивів;
- Подальше спостереження та підтримка.

Базові «мікронавички» консультування, зокрема емпатія, оптимізм і неупереджене ставлення, а також сильні міжособистісні навички, пов’язані з кращим утриманням у лікуванні та опосередковано з кращим дотриманням режиму лікування. Центральне місце в наданні будь-якої психосоціальної інтервенції займає міцний зв’язок і терапевтичний альянс між пацієнтом і лікарем.

Рішення щодо вибору психосоціального лікування мають ґрунтуватися на принципах допомоги, орієнтованої на пацієнта. Незважаючи на те, що багато дослідницьких зусиль було спрямовано на те, щоб зрозуміти, як найкраще підбирати пацієнтам конкретні психосоціальні методи лікування, чітких доказів, які б давали конкретні рекомендації, не з’явилося. Рекомендації здебільшого ґрунтуються на накопичених доказах щодо різних психосоціальних інтервенцій. Однак є чіткі докази того, що пацієнти, які ставлять за мету утримання від вживання алкоголю, зазвичай мають кращі результати лікування. Дослідження, які вивчали адитивну ефективність фармакотерапії алкогольної залежності, також вказують на те, що результати покращуються, коли психосоціальна інтервенція поєднується з медикаментозним лікуванням (див. Розділ 10). Коротке схематичне узагальнення доказів щодо різних психосоціальних інтервенцій представлено на Рисунку 9.1.

Рисунок 9.1

Схематичне узагальнення доказів щодо психосоціальних інтервенцій

Примітка: *Висота рамки відображає кількість досліджень за участю груп населення, залежних від алкоголю. *Інтервенція є основним компонентом когнітивно-поведінкової терапії.*

Мотиваційне інтерв'ю

Мотиваційне інтерв'ю – це стиль консультування, який фокусується на тому, щоб допомогти людині дослідити і вирішити амбівалентність щодо змін. З'ясовуються власні причини пацієнта, які спонукають його до змін, і використовуються для мотивації руху до дій та зменшення вживання алкоголю. Мотиваційне інтерв'ю є директивним, оскільки воно спрямовує пацієнта до подолання амбівалентності та до змін. Термін «інтерв'ю» був обраний для відображення допитливого, неконфронтаційного підходу терапевта. Терапевт розглядається не як експерт, а скоріше як фасилітатор.

Мотиваційне інтерв'ю є ефективним і має використовуватися як перша лінія лікування для подолання амбівалентності пацієнта щодо зменшення вживання алкоголю або як доповнення до інших методів лікування алкогольної залежності. Як самостійний метод лікування, спрямований на зменшення вживання алкоголю, він ефективний у короткостроковій перспективі та у пацієнтів з менш вираженою залежністю. Принципи, що лежать в основі мотиваційного інтерв'ю, такі:

- **співпраця** – терапевт і пацієнт разом прагнуть змін; немає жодного примусу, а лише сприяння дослідженню і відкриттю;
- **викликання** – вважається, що пацієнт володіє внутрішніми цілями і ресурсами для змін, які терапевт викликає у нього;
- **автономія** – терапевт поважає право і здатність пацієнта до самоспрямування і сприяє усвідомленому вибору.

Провідними концепціями мотиваційного інтерв'ю є:

Вираження емпатії

Висловлюючи емпатію, терапевт слухає без осуду і демонструє прийняття пацієнта. Небажання змінювати проблемну поведінку розглядається як зрозуміла і нормальна частина людського досвіду. Основні передумови полягають у тому, що прийняття полегшує зміни, вміле рефлексивне слухання є фундаментальним, а амбівалентність є нормальним явищем.

Розвиток розбіжностей

Розбіжність і напруга створюються емпатично між теперішньою поведінкою пацієнта та його ширшими цілями і цінностями. Це вимагає вивчення і розуміння цілей і цінностей пацієнта, а також розуміння його поточних проблем. Розбіжність між цими двома групами обставин відображатиме важливість змін для пацієнта. Якщо зміни є важливими, то з'ясування причин змін не має викликати труднощів. Якщо зміни не є важливими для пацієнта, зміни поведінки може бути важко досягти і підтримувати.

Подолання опору

Опір у мотиваційному інтерв'юванні розглядається як міжособистісний феномен між пацієнтом і терапевтом. Терапевт уникає суперечок. Реакція опору з боку пацієнта є ознакою того, що стиль терапевта може бути занадто конфронтаційним або наполегливим, і що потрібен інший підхід. Взаємодія з опором, як очікується, збільшить опір. Нові перспективи вітаються, але не нав'язуються. Пацієнт розглядається як джерело нових відповідей і рішень. Роль терапевта полягає в тому, щоб сприяти дослідженню варіантів. Нещодавні теоретичні перегляди деконструюють «опір» на підтримання розмови (мовлення, що сприяє відсутності змін) і розлад у стосунках консультування (наприклад, суперечки, перебивання), надаючи перевагу використанню цих більш точних термінів.

Підтримка самоефективності

Самоефективність – це віра людини в те, що вона здатна виконати певне завдання і досягти успіху в його виконанні. Самоефективність є ключовим елементом мотивації до змін і хорошим предиктором змін.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.1	Мотиваційне інтерв'ювання має використовуватися як перша лінія лікування для подолання амбівалентності пацієнта щодо зменшення вживання алкоголю або як доповнення до інших методів лікування алкогольної залежності. Як самостійний метод лікування, спрямований на зменшення вживання алкоголю, він ефективний у короткостроковій перспективі та у пацієнтів з менш вираженою залежністю	А

Когнітивно-поведінкова терапія

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на усунення когнітивних, афективних і ситуативних чинників, що спонукають до вживання алкоголю, і зазвичай включає близько 12 щотижневих індивідуальних сесій. КПТ спрямована на підвищення самоефективності відмови від вживання алкоголю шляхом розвитку більш ефективних стратегій подолання труднощів. Зазвичай КПТ включає стратегії, спрямовані на:

1. Виявлення та зміну дисфункціональних когніцій (когнітивна реструктуризація), особливо очікувань щодо наслідків вживання алкоголю (алкогольні очікування);
2. Виявлення та управління ситуаціями високого ризику вживання алкоголю;
3. Покращення навичок подолання труднощів, включаючи вирішення проблем та релаксацію;
4. Збільшення кількості видів діяльності, не пов'язаних із вживанням алкоголю.

КПТ є найбільш широко оціненим психосоціальним методом лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Існують переконливі докази її ефективності як самостійної психосоціальної інтервенції у лікуванні алкогольної залежності порівняно з різними умовами порівняння, зокрема зі стандартною медичною допомогою та іншими активними методами лікування. Терапевтичний ефект КПТ посилюється в поєднанні з фармакотерапією (Розділ 10), а також у поєднанні з іншими психосоціальними інтервенціями.

У сучасній практиці КПТ для лікування алкогольної залежності зазвичай починається з комплексної оцінки в поєднанні з мотиваційним інтерв'юванням, щоб вирішити питання амбівалентності щодо змін перед початком навчання навичкам. КПТ слід використовувати як психосоціальну інтервенцію першої лінії у лікуванні алкогольної залежності, а також для пацієнтів, які не відреагували на інтервенції меншої інтенсивності.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.2	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективним методом лікування алкогольної залежності. Її слід використовувати як психосоціальну інтервенцію першої лінії для всіх залежних пацієнтів. Клінічна користь посилюється, коли КПТ поєднується з фармакотерапією алкогольної залежності або іншою психосоціальною інтервенцією (наприклад, мотиваційним інтерв'ю)	А

Специфічні когнітивно-поведінкові підходи

КПТ може включати низку різних підходів. Хоча ці підходи можуть значною мірою збігатися за фокусом і технікою, вони можуть відрізнятися за тривалістю, модальністю, змістом і умовами лікування. Найважливіші компоненти КПТ для лікування алкогольної залежності включають:

- Тренінг навичок подолання труднощів;
- Профілактика рецидивів;
- Тренінги поведінкового самоконтролю (контрольоване вживання алкоголю);
- Вплив сигналу;
- Поведінкова терапія для пар.

Тренінг навичок подолання труднощів

Більшість застосувань КПТ для лікування алкогольної залежності включає тренінг навичок подолання труднощів. Тренінг навичок подолання труднощів передбачає, що розвиток ефективних навичок подолання труднощів може допомогти людині впоратися з ситуаціями, які можуть призвести до вживання алкоголю. Тренінг навичок подолання труднощів надає альтернативні стратегії для подолання цих ситуацій, зокрема соціальні навички, які вчать пацієнтів справлятися з міжособистісним стресом, не вживаючи алкоголю.

Приклади тренінгів з навичок подолання труднощів включають комунікативні навички, техніки слухання, впевненість у собі, вирішення проблем, навички відмови від вживання алкоголю, подолання бажання випити, релаксацію, управління гнівом і тренування навичок управління стресом.

Тренінг навичок подолання труднощів є одним з найбільш добре вивчених та емпірично підтверджених інтервенцій.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
9.3	Тренінг навичок подолання труднощів є ефективною психосоціальною інтервенцією. Його рекомендується застосовувати для всіх пацієнтів з алкогольною залежністю	А

Профілактика рецидивів

Більшість застосувань КПТ для лікування алкогольної залежності включають профілактику рецидивів як основний компонент. Рецидив є поширеною проблемою в лікуванні алкогольної залежності. Більшість людей з алкогольною залежністю повертаються до проблемного вживання алкоголю протягом перших кількох місяців (часто тижнів) лікування.

З рецидивом часто пов’язані, зокрема, певні ситуації або стани настрою:

- Негативні емоційні стани (розчарування, гнів, тривога, депресія або злість);
- Міжособистісний конфлікт (стосунки з партнером, колегами по роботі, друзями);
- Прямий або опосередкований соціальний тиск, що спонукає до вживання алкоголю.

Профілактика рецидивів – це не стільки конкретне втручання, скільки набір стратегій, спрямованих на те, щоб допомогти пацієнту зберегти результати лікування. Стратегії можуть включати низку когнітивних і поведінкових методів, які допомагають запобігти рецидивам, наприклад:

- Навчитися розпізнавати ситуації, пов’язані з надмірним вживанням алкоголю, і використовувати відповідні когнітивні та поведінкові стратегії, щоб ефективно з ними справлятися;
- Конструктивно оцінювати зриви, тим самим зменшуючи страх невдачі, провини, сорому та безнадії і запобігаючи переростанню зриву в рецидив;
- Навчитися, завдяки ретельному перспективному плануванню, уникати непотрібного ризику та позитивно і впевнено справлятися з неминучим ризиком.

Усім залежним від алкоголю пацієнтам слід запропонувати можливість навчитися стратегіям запобігання рецидивам у межах ширшої програми КПТ. Профілактика рецидивів спрямована на підтримку змін і розвиток самоефективності та навичок подолання труднощів.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
9.4	Психосоціальна профілактика рецидивів є ефективною інтервенцією. Вона може бути менш ефективною, ніж інші активні психосоціальні інтервенції, якщо проводиться ізольовано. Її рекомендується застосовувати до всіх пацієнтів з алкогольною залежністю як частину більш широкої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)	B

Навчання поведінковому самоконтролю або самоуправлінню

Метод навчання поведінковому самоконтролю (який також називають контрольованим вживанням алкоголю) вчить людей зменшувати споживання алкоголю і підходить для людей на менш важких стадіях залежності без серйозної шкоди для здоров'я.

Визначення та узгодження цілей лікування є важливим процесом для багатьох пацієнтів (див. також Розділ 4). Для пацієнтів з відсутністю або низьким рівнем алкогольної залежності, які не відчувають значної або незворотної шкоди, пов'язаної з алкоголем, може бути досягнута мета помірного вживання алкоголю. Споживання в межах чинних Австралійських рекомендацій щодо зменшення ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю, розроблених Національною радою з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) (2020) (див. Розділ 1), може бути рекомендовано як негайно, так і в середньостроковій перспективі. Останні дані підтверджують, що зниження на більш скромні величини, але принаймні на два з чотирьох рівнів ризику Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) пов'язане з поліпшенням клінічно значущих результатів.

Рівень ризику вживання алкоголю ВООЗ	Стать	Середня кількість етанолу, спожитого за день	Стандартні порції (по 10 грамів у кожній)
Дуже високий	Чоловіки	> 100	> 10
	Жінки	> 60	> 6
Високий	Чоловіки	60 - 100	6 - 10
	Жінки	40 - 60	4 - 6
Помірний	Чоловіки	40 - 60	4 - 6
	Жінки	20 - 40	2 - 4

Низький	Чоловіки	1 - 40*	< 4
	Жінки	1 - 20*	< 2

Примітка: **Зауважте, що рівень низького ризику вживання алкоголю ВООЗ відрізняється від австралійського еквівалента через включення в австралійський аналіз ширшого спектру небажаних наслідків.*

Коментар робочої групи: *в 2020 році ВООЗ відмовилась від цього підходу та пропонує вважати будь-яке вживання алкоголю ризикованим для здоров'я.*

Для пацієнтів з тяжкою алкогольною залежністю та/або з супутніми проблемами, такими як пошкодження органів, когнітивні порушення та супутні психічні розлади, найбільш реалістичною метою щодо вживання алкоголю може бути відмова від вживання. Для багатьох таких пацієнтів відмова від вживання пов'язана з ризиком виникнення СВ алкоголю. Якщо це так, то його слід усунути до того, як можна буде досягти довготривалої зупинки або зменшення вживання алкоголю (див. Розділ 8). Обмежені дані свідчать про те, що люди з помірною та тяжкою залежністю можуть успішно зменшити вживання алкоголю в короткостроковій перспективі, й, зазвичай, їх рекомендується період зупинки вживання алкоголю (щонайменше від 3 до 6 місяців) перед тим, як розпочинати програми контрольованого вживання алкоголю. Про планування лікування та роботу з пацієнтами, які ставлять перед собою нереалістичні цілі лікування, див. Розділ 4.

Поведінкове самоуправління включає в себе:

- Постановку цілей
  - визначення кількості напоїв, які можна вживати на день або тиждень;
  - визначення обставин, за яких буде відбуватися вживання алкоголю.
- Самоконтроль щоденного вживання алкоголю, зокрема
  - час, місце та людей, з якими вони вживають алкоголь;
  - кількість спожитих напоїв;
  - самопочуття під час вживання алкоголю.
- Контроль швидкості вживання алкоголю
  - визначення часу вживання кожного напою та інтервалів між ними;
  - чергування вживання алкогольних та безалкогольних напоїв;
  - прийом їжі під час прийому алкоголю.
- Визначення проблемних ситуацій, пов'язаних із вживанням алкоголю, та причин, що спонукають до вживання алкоголю.

На допомогу пацієнтам, які намагаються пройти програму контрольованого вживання алкоголю, доступні різноманітні буклети та ресурси для самодопомоги (див. Додаток 6).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
9.5	Навчання поведінковому самоконтролю є більш ефективним, ніж відсутність лікування та альтернативні методи лікування проблемного вживання алкоголю, не орієнтовані на повну відмову від вживання алкоголю. Його можна рекомендувати пацієнтам з менш вираженою алкогольною залежністю, коли і пацієнт, і лікар згодні з тим, що помірне вживання алкоголю є належною метою лікування	B

Експозиція до тригерів

Експозиція до тригерів походить від теорії асоціативного навчання. Вона передбачає, що люди, місця або події, які регулярно передують вживанню алкоголю, асоціюються з приємними ефектами алкоголю, і вживання алкоголю стає умовною реакцією на ці сигнали. Експозиція до тригерів є спеціалізованою лікувальною інтервенцією і може бути запропонований лише кваліфікованими медичними працівниками.

Експозиція до тригерів може застосовуватися з метою лікування СВ або помірного вживання алкоголю. Мета експозиції до тригерів – зменшити ймовірність рецидиву вживання алкоголю шляхом або зменшення сили зв'язку між тригерами, пов'язаними з алкоголем, і бажанням випити, або збільшення використання та ефективності навичок подолання труднощів під час зіткнення з тригерами, пов'язаними з алкоголем, у повсякденному житті. Однак незрозуміло, якою мірою ефективність експозиції до тригерів залежить від одночасного тренування навичок подолання труднощів. Ефективність елементу експозиції до тригерів ще належить з'ясувати.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
9.6	Експозиція до тригерів у поєднанні з тренінгом навичок подолання труднощів може знизити рівень вживання алкоголю в довгостроковій перспективі, але може бути неефективним у короткостроковій перспективі. Немає доказів того, що додавання експозиції до тригерів до вже існуючого лікування (наприклад, КПТ) підвищує його ефективність	C

Поведінкова терапія для пар

Проблеми з алкоголем мають далекосяжний вплив на партнерів і сім'ї. Терапія з парами або партнерами – особливо поведінково-орієнтована терапія – отримала значну емпіричну підтримку як доповнення до індивідуально-орієнтованого лікування. Поведінкова терапія для пар фокусується як на пацієнті, так і на його партнері, а також на їхньому спілкуванні та соціальному контексті. Вона навчає людину, яка п'є, навичкам самоуправління, а її партнера – навичкам подолання труднощів. Вона навчає навичкам спілкування та вирішення проблем для зменшення конфліктів, а також способам консолідації соціальної підтримки змін у вживанні алкоголю. У поведінковій терапії для пар пацієнти та їхні партнери спостерігаються разом, зазвичай протягом 12-20 парних сесій тривалістю 90 хвилин.

Пропонуючи цей метод лікування, важливо враховувати питання доцільності. У дослідженнях, які оцінювали поведінкову терапію для пар, пари перебувають у шлюбі або живуть разом щонайменше 1 рік, а партнер пацієнта не має розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин. Лікування, що включає поведінкову терапію для пар, є більш вартісною інтервенцією, оскільки вона зазвичай надається на додаток до індивідуального психосоціального лікування. Більшість досліджень поведінкової терапії для пар повідомляють про високий рівень відмов (до 75-84%) через те, що пацієнт не хоче, щоб його партнер брав участь у лікуванні, партнер не бажає брати участь у лікуванні та/або через труднощі з плануванням. Медичні працівники мають знати про ці міркування, представляючи поведінкову терапію для пар як варіант лікування.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.7	Поведінкова терапія для пар, як доповнення до індивідуального психосоціального лікування, може зменшити вживання алкоголю і має бути запропонована пацієнтам, які перебувають у шлюбі або співмешкають, чий партнер не має розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин	B

Профілактика рецидивів на основі усвідомленості

Інтервенції на основі усвідомленості та медитації стають дедалі популярнішими у сфері психічного здоров'я. Профілактика рецидивів на основі усвідомленості – це нещодавня адаптація КПТ (описана вище), яка включає в себе техніки медитації на основі усвідомленості.

Компоненти, що базуються на усвідомленості, в основному запозичені з буддизму і призначені для підвищення усвідомлення когнітивних та емоційних переживань у теперішньому моменті, зокрема впливу на них. Додавання

навичок усвідомленості пропонується для запобігання рецидивам шляхом підвищення обізнаності про тригери рецидивів і толерантності до складних афективних станів, таких як потяг або стрес.

Існує обмежена кількість доказів низької якості, які не підтверджують використання профілактики рецидивів на основі усвідомленості для лікування алкогольної залежності. Єдине опубліковане рандомізоване контрольоване дослідження показало, що додавання профілактики рецидивів на основі усвідомленості до звичайного лікування не принесло жодної користі. Огляди профілактики рецидивів на основі усвідомленості у випадку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, також не виявили жодних доказів переваг порівняно з контролем (здебільшого звичайним лікуванням). Необхідно провести більше якісних досліджень, щоб продемонструвати її ефективність, перш ніж її можна буде рекомендувати як метод лікування алкогольної залежності.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.8	Профілактику рецидивів на основі усвідомленості не слід пропонувати як психосоціальне втручання першої лінії для лікування алкогольної залежності	B

Терапія прийняття та відповідальності

Терапія прийняття та рішучості – ще один терапевтичний підхід, який часто включає компоненти усвідомленості. Він спрямований на зменшення уникнення досвіду таким чином, щоб не намагатися активно змінювати або контролювати пізнання. Згідно з терапією прийняття та рішучості, зловживання такими речовинами, як алкоголь, є формою уникнення досвіду, оскільки вживання алкоголю часто мотивоване бажанням регулювати небажаний особистий досвід (наприклад, негативний вплив, потяг, симптоми синдрому відміни алкоголю). Хоча терапія прийняття та рішучості часто включає компоненти усвідомленості, вона також включає вивчення життєвих цінностей і прихильність до ціннісного життєвого спрямування. Мета терапії – сприяти прийняттю небажаного пізнання та афектів, а також сприяти тенденціям до дій, які призведуть до покращення життєвих обставин.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.9	Терапію прийняття та відповідальності не слід пропонувати як психосоціальне втручання першої лінії для лікування алкогольної залежності	B

Дуже мало досліджень оцінювали ТПтВ як метод лікування розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, і немає достатніх доказів на підтримку її використання як самостійного методу лікування. Єдине рандомізоване контрольоване дослідження алкогольної залежності показало, що коротка ТПтР була менш ефективною, ніж КПТ, протягом 5-тижневого спостереження, але кращою, ніж плацебо.

Заохочувальна терапія

Заохочувальна терапія – це підхід до лікування, який використовує позитивне підкріплення для покращення результатів лікування шляхом надання стимулів для заохочення змін у поведінці, зазвичай утримання від вживання алкоголю. Для перевірки утримання від вживання алкоголю періодично відбирають біологічні зразки. Винагорода, що надається, часто є грошовою, причому величина підкріплення зростає зі збільшенням тривалості періоду синдрому відміни алкоголю.

Хоча дані свідчать про те, що заохочувальна терапія ефективно знижує рівень вживання заборонених наркотиків у дослідницьких умовах, цей метод не був широко впроваджений у клінічну практику через проблеми з ресурсами та небажання надавати послуги на належному рівні. Менше доказів існує щодо алкогольної залежності, оскільки впровадження заохочувальної терапії для алкогольної залежності пов’язане з додатковими труднощами. На відміну від інших психоактивних речовин, важко достовірно виявити нещодавнє вживання алкоголю, оскільки а ні аналізи крові, а ні дихання не можуть виявити вживання алкоголю, яке відбулося більше ніж 12 годин тому. У нечисленних дослідженнях лікування алкогольної залежності застосовували щоденне (або частіше) тестування на алкотестері та коротку подальшу оцінку результатів. Розвиток різних технологій почав знижувати цей технологічний бар’єр (наприклад, дистанційні алкотестери з перевіркою особи, трансдермальні датчики, вдосконалені біомаркери). Ці розробки можуть призвести до проведення масштабніших, високоякісних досліджень з більш тривалим спостереженням для зміцнення доказової бази в сфері алкогольної залежності та покращення можливості застосування в клінічній практиці.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.10	Заохочувальна терапія для лікування алкогольної залежності може бути ефективним у короткостроковій перспективі як доповнення до стандартного лікування, якщо воно використовується для посилення біологічно підтвердженої відмови від вживання алкоголю, що оцінюється часто (тобто, щодня або частіше)	C

Інші стратегії консультування

У консультуванні, зокрема для пацієнтів з алкогольною залежністю, використовується низка інших підходів. Приклади включають:

- підходи, орієнтовані на рішення (наприклад, короткострокова терапія, орієнтована на рішення);
- психодинамічна терапія;
- наративна терапія.

Ці психосоціальні підходи не підкріплені сильною доказовою базою, особливо в лікуванні алкогольної залежності, й тому не рекомендуються.

Програми стаціонарної реабілітації

Програми стаціонарної реабілітації (іноді їх називають терапевтичними спільнотами) – це, зазвичай, довгострокові програми, де люди живуть і працюють у вільній від наркотиків та алкоголю спільноті інших споживачів психоактивних речовин, колишніх споживачів та професійних працівників. Програми можуть тривати від 1 до 24 місяців (або більше). Мета програм стаціонарної реабілітації – допомогти людям розвинути навички та змінити ставлення до життя, вільного від алкоголю та наркотиків, на довгострокову перспективу. Інтервенції, доступні для резидентів цих програм, зазвичай різняться залежно від тривалості програми та моделі, що використовується. Загалом вони включають в себе лікування синдрому відміни алкоголю від алкоголю та інших наркотичних речовин або підтримуючу терапію, індивідуальну або групову психологічну підтримку, самодопомогу та взаємодопомогу, а також допомогу в реінтеграції в суспільство.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
9.11	Програми стаціонарної реабілітації можуть бути корисними для пацієнтів з помірною та тяжкою алкогольною залежністю, які потребують структурованого лікування в умовах стаціонару	D

Програми зазвичай включають такі заходи, як працевлаштування, освіта та професійна підготовка, навчання життєвим навичкам (наприклад, бюджетуванню та приготуванню їжі), консультування, групова робота, профілактика рецидивів, а також етап «повернення», коли людям допомагають повернутися до суспільства. Деякі програми базуються на підходах 12-крокової програми Анонімних Алкоголіків (АА) (див. Розділ 11). Тривалий період синдрому відміни алкоголю може бути корисним для усунення когнітивної та фізичної шкоди, спричиненої хронічним вживанням важких алкогольних напоїв.

Небагато досліджень вивчали ефективність стаціонарної реабілітації від алкогольної залежності. Хоча існують певні докази того, що компоненти стаціонарного лікування (зокрема, терапевтичні спільноти) зменшують вживання психоактивних речовин, сукупність доказів все ще характеризується значними методологічними недоліками, які не дають змоги зробити однозначні висновки про його ефективність.

Резюме

Існують переконливі докази ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) як самостійного методу лікування. Її слід застосовувати як психосоціальну інтервенцію першої лінії для лікування алкогольної залежності. Ефективним є також мотиваційне інтерв'ю, проте воно є таким переважно в короткостроковій перспективі та для менш важких форм залежності. Через свою коротку тривалість, мотиваційне інтерв’ю зазвичай використовується як вступ до КПТ, щоб створити амбівалентність щодо вживання та посилити мотивацію до змін. Окремі когнітивно-поведінкові інтервенції, якщо їх проводити ізольовано, мають різну ефективність, а результати, зазвичай, кращі, коли вони проводяться в комплексі (наприклад, тренінг навичок подолання труднощів у поєднанні з профілактикою рецидивів). Для пацієнтів, які не бажають зупинити вживання, навчання поведінковому самоконтролю (контрольоване вживання алкоголю) є більш ефективним, ніж відсутність лікування, і може бути запропоноване пацієнтам, яких лікар вважає придатними для досягнення помірної мети.

Ефективна КПТ передбачає розробку комплексного формулювання випадку для керівництва лікуванням. У цьому формулюванні детально описуються когнітивні, афективні та ситуативні фактори, що призводять до вживання алкоголю, а також пов’язані з ними клінічні проблеми, з якими стикається пацієнт (наприклад, безсоння, депресія, тривога; див. Розділи 21 і 22). КПТ охоплює великий набір терапевтичних стратегій. Вибір терапевтичної стратегії ґрунтується на формулюванні випадку. Наприклад, гігієна сну сама по собі може бути ефективною для лікування безсоння у деяких пацієнтів з алкогольною залежністю, але не для лікування безсоння, спричиненого основним тривожним розладом.

Існує менше доказів щодо лікування в надзвичайних ситуаціях і програм стаціонарної реабілітації, а також недостатньо доказів щодо профілактики рецидивів на основі усвідомленості, терапії прийняття та рішучості, підходів, орієнтованих на вирішення проблеми, психодинамічної терапії, наративної терапії та інших методів консультування для пацієнтів з алкогольною залежністю.

Розділ 10. ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Автори: Кірстен Морлі, Сьюзен Ромбаутс, Назіла Джамшиді та Пол Хабер

У цьому розділі представлено опис емпірично підтверджених фармакологічних підходів для запобігання рецидивам алкогольної залежності.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Фармакотерапію слід розглядати для всіх пацієнтів з помірним та тяжким розладом вживання алкоголю після детоксикації. Найкраще їх застосовувати у поєднанні з психосоціальною підтримкою. Для деяких пацієнтів прийом ліків асоціюється з критичним періодом зупинки вживання алкоголю, під час якого пацієнт може зупинити або зменшити вживання алкоголю. Для пацієнтів, які мотивовані приймати ліки, вони можуть стати потенційним інструментом для зменшення основних симптомів розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю.

В Австралії існує вимога, щоб фармакотерапія була частиною комплексної програми лікування для отримання субсидії за програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS). Випробування фармакотерапії, зазвичай, включають певну форму психосоціальної підтримки. Тому рекомендується розглядати фармакотерапію в поєднанні з психосоціальною підтримкою як частину плану подальшого лікування.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
10.1	Фармакотерапію слід розглядати для пацієнтів з помірним та важким ступенем розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (тобто алкогольної залежності), а також у поєднанні з психосоціальною підтримкою	GPP

Огляд фармакотерапії

Потенційні цілі фармакотерапії визначаються нашим зростаючим розумінням нейрофармакологічних наслідків хронічного вживання алкоголю, а також нейробіологічних механізмів поведінки, пов’язаної з пошуком алкоголю та заохоченням до нього. Чотири препарати: акампросат, налтрексон, дисульфірам і налмефен були схвалені для використання в Австралії в межах комплексного плану лікування. Для отримання детальної інформації про ці препарати лікарі можуть звернутися до Щорічника MIMS.

Доведено, що акампросат і налтрексон покращують результати лікування, зазвичай у поєднанні з психосоціальною інтервенцією (див. Розділ 9). Докази щодо дисульфіраму слабші, але цей препарат залишається варіантом профілактики рецидивів за певних обставин і може бути ефективним як частина

комплексного підходу до лікування. Налмефен зараз недоступний. Існує також кілька фармакотерапевтичних засобів, що застосовуються поза показаннями, з різним рівнем доказовості ефективності (наприклад, баклофен, топірамат).

Фармакотерапія першої лінії: препарати, схвалені TGA (Управління з контролю обороту лікарських засобів та виробів медичного призначення Австралії).

АКАМПРОСАТ

Вважається, що акампросат зменшує вживання алкоголю, модулюючи функцію ГАМК (гамма-аміномасляної кислоти) і глутамату в головному мозку, яка пов’язана з симптомами СВ. Препарат досягає бажаних рівнів у мозку лише через один-два тижні.

Мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень показує, що акампросат ефективний у підтримці синдрому відміни алкоголю від алкоголю і знижує ризик повернення до вживання алкоголю з числом пролікованих хворих на одного вилікуваного (NNT) 12 порівняно з плацебо.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.2	Акампросат рекомендується для підтримки синдрому відміни алкоголю від алкоголю у пацієнтів з помірним та тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю	A

Показання

На основі наявних доказів акампросат є підходящим варіантом лікування для пацієнтів з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю (зазвичай від помірного до тяжкого ступеня), які є стабільними з медичної точки зору та готові дотримуватися режиму дозування.

Припускають, що акампросат є більш ефективним для пацієнтів для досягнення повної відмови від вживання алкоголю, ніж для запобігання надмірному вживанню алкоголю у пацієнтів, які не готові повністю відмовитись від вживання, однак це ще належить з’ясувати, оскільки це може бути пов’язано з відсутністю досліджень, які б оцінювали ці специфічні результати.

Протипоказання

Акампросат протипоказаний пацієнтам з відомою гіперчутливістю до препарату, нирковою недостатністю або тяжкою печінковою недостатністю (клас С за класифікацією Чайлда-П’ю).

Відсутні добре контрольовані дослідження, тому його не слід призначати вагітним або жінкам, які годують груддю.

Взаємодія з іншими препаратами

• Акампросат є безпечним лікарським засобом з точки зору фармакологічної взаємодії.

• Акампросат не взаємодіє з алкоголем.

• Тетрацикліни можуть бути неактивними під впливом кальцієвого компонента, що входить до складу акампросату.

Початок лікування

Дозування акампросату рекомендується розпочинати через 3-7 днів після останнього вживання алкоголю пацієнтом та після зникнення будь-яких гострих симптомів СВ. Початок прийому акампросату на початку детоксикації порівняно з початком після завершення детоксикації не покращує результати лікування. Початок прийому акампросату після зникнення симптомів СВ може запобігти можливості погіршення симптомів СВ, а також дозволить відокремити симптоми СВ від побічних ефектів, що пов'язані з прийомом лікарського засобу.

Перед призначенням необхідно зібрати анамнез, як зазначено в Розділі 4. Фізичне обстеження може включати оцінку ознак хронічних захворювань печінки та печінкової недостатності. Дослідження можуть включати тести функції нирок (сечовина та електроліти), оскільки 90 відсотків акампросату виводиться через нирки, а також тести функції печінки.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.3	Прийом акампросату слід розпочинати якомога швидше після завершення СВ (зазвичай через 3-7 днів після останнього вживання алкоголю)	GPP

Дозування

Акампросат випускається у формі таблеток по 333 мг, рекомендована доза для дорослих становить 1998 мг під час їжі (шість таблеток на добу, перорально, у три прийоми: 2; 2; 2). Дорослі з вагою менше 60 кг мають приймати 1332 мг/добу (чотири таблетки на добу у три прийоми): 2; 1; 1).

Для осіб з помірними порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну від 30 до 50 мл/хв) виробником рекомендована початкова доза 333 мг тричі на добу.

Форма випуску

Акампросат випускається у формі таблеток. Він субсидується за програмою забезпечення населення лікарськими засобами.

Тривалість лікування

Звичайний період лікування становить 3-6 місяців. Однак рішення про тривалість лікування має прийматися в кожному конкретному випадку пацієнтом і лікарем індивідуально, з урахуванням побічних реакцій, історії рецидивів, соціальних і сімейних обставин та інших індивідуальних факторів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.4	Акампросат зазвичай приймають щонайменше від 3 до 6 місяців. Тривалість лікування визначається для кожного пацієнта окремо	A

Небажані явища та їх лікування

Акампросат зазвичай добре переноситься. Його небажані явища з боку шлунково-кишкового тракту, найчастіше діарея, зазвичай минають самостійно впродовж кількох днів. У поодиноких випадках повідомлялося про помірний біль у животі, висип або ізольований свербіж, парастезії, зміну лібідо та сплутаність свідомості.

Рекомендуються нижченаведені стратегії:

- Інформування пацієнта про очікувані побічні реакції та їх тривалість.
- Розрізнення тривалих симптомів СВ алкоголю та побічних реакцій акампросату шляхом початку лікування після того, як зникнуть більш виражені ознаки СВ (після перших 3-5 днів).

Клінічні міркування під час лікування

Лікування слід продовжувати, навіть якщо у пацієнта стався зрив; слід застосовувати психосоціальні методи профілактики рецидиву, щоб впоратися зі зривом або рецидивом.

Лікар має регулярно спостерігати за прогресом пацієнта та сприяти у вирішенні його соматичних, психічних та соціальних проблем, що виникають у пацієнта в міру їх виникнення.

Деяким пацієнтам буде важко дотримуватися режиму прийому ліків, який передбачає прийом таблеток тричі на день протягом тривалого часу (див. стратегії нижче).

Завершення лікування

Немає даних про СВ після застосування акампросату або про розвиток залежності. Психосоціальні інтервенції з профілактики рецидиву мають тривати і після завершення фармакотерапії.

НАЛТРЕКСОН

Налтрексон є антагоністом опіоїдних рецепторів. Блокуючи мю-опіоїдні рецептори, налтрексон знижує рівень дофаміну (основного нейромедіатора винагороди в мозку) і зменшує споживання алкоголю.

Ефективність налтрексону в зниженні частоти рецидивів добре задокументована в літературі. Мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень показує, що налтрексон ефективно знижує споживання алкоголю з числом пролікованих хворих на одного вилікуваного (NNT) 12 порівняно з плацебо, що знижує ризик повернення до вживання алкоголю в надмірних кількостях.

Сучасний підхід полягає у застосуванні налтрексону як частини більш комплексного плану лікування, який може включати психосоціальні інтервенції.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.5	Налтрексон рекомендується для профілактики повернення до вживання алкоголю у надмірних кількостях у пацієнтів з помірним та тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю	A

Показання

Налтрексон показаний пацієнтам з помірним та тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, які перебувають у стабільному медикаментозному стані. Налтрексон може бути більш ефективним для профілактики рецидиву вживання алкоголю в надмірних кількостях, ніж для підтримання повної зупинки від вживання алкоголю, однак це ще потрібно підтвердити.

Протипоказання

Пацієнтам, які вживають опіоїди або потребують знеболення на основі опіатів, препарат не підходить. Через свої властивості антагоніста мю-опіоїдних рецепторів налтрексон прискорює гострий СВ опіоїдів у пацієнтів, які вживають опіоїди. З цієї ж причини, прийом налтрексону зробить опіоїдну аналгезію неефективною.

Налтрексон протипоказаний людям з гострим гепатитом або тяжкою печінковою недостатністю. Показники печінкових проб пацієнтів мають бути близькими до верхньої межі норми або нижчими за неї (див. нижче).

Немає добре контрольованих досліджень безпеки застосування налтрексону під час вагітності або лактації.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
10.6	Налтрексон не підходить для людей з опіоїдною залежністю або з больовими розладами, які потребують опіоїдної аналгезії	GPP

Взаємодія з іншими препаратами

Налтрексон є антагоністом мю-опіоїдних рецепторів і викликає прискорений СВ від опіатів у пацієнтів з опіатною залежністю. Він протипоказаний пацієнтам, які вживають або нещодавно вживали опіоїдні препарати (наприклад, кодеїн, морфін, оксикодон, метадон).

Налтрексон є препаратом тривалої дії і блокує ефекти опіоїдів, якщо вони застосовуються після початку лікування налтрексоном. Налтрексон слід відмінити за 48-72 години до будь-якої ситуації, коли може знадобитися опіоїдна аналгезія (наприклад, у пацієнтів, які проходять планове хірургічне втручання).

Налтрексон не впливає на абсорбцію або метаболізм алкоголю, однак деякі пацієнти повідомляли про нудоту після вживання алкоголю під час прийому налтрексону.

Взаємодія налтрексону з більшістю інших лікарських засобів не досліджувалася. Однак слід дотримуватися обережності під час одночасного застосування налтрексону з іншими препаратами, відомими своєю гепатотоксичністю (наприклад, з дисульфірамом).

Одночасне застосування налтрексону з антидепресантами видається безпечним.

Початок лікування

Дозування налтрексону рекомендується розпочинати через 3-7 днів після останнього вживання алкоголю пацієнтом та після зникнення гострих симптомів синдрому відміни алкоголю. Початок прийому налтрексону після зникнення симптомів синдрому відміни алкоголю може запобігти можливості погіршення симптомів синдрому відміни алкоголю (наприклад, нудоти/блювання), а також допомогти відрізнити побічні ефекти від симптомів синдрому відміни алкоголю.

Невідомо, чи досягають пацієнти з діагнозом розладу вживання алкоголю кращих результатів, якщо дотримуються синдрому відміни алкоголю перед прийомом налтрексону. Однак певний період синдрому відміни алкоголю (щонайменше 3 дні) був вимогою більшості клінічних досліджень, що вивчали ефективність налтрексону.

Через гепатотоксичність та потенційне підвищення рівня печінкових ферментів дуже важливо, щоб перед початком прийому налтрексону показники печінкових проб були близькими до верхньої межі норми або нижче неї

(концентрація аланінамінотрансферази не має перевищувати верхню межу норми більше ніж у 3-5 разів).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
10.7	Прийом налтрексону слід розпочинати якомога швидше після завершення СВ (зазвичай через 3-7 днів після останнього вживання алкоголю)	GPP

Дозування

Налтрексон випускається у формі таблеток по 50 мг, рекомендована доза становить 50 мг (1 таблетка на добу перорально) під час їжі. Може бути краще почати з ½ таблетки (25 мг/добу) протягом декількох днів і збільшити дозу до 50 мг після того, як зникнуть будь-які небажані явища.

Форма випуску

В Австралії налтрексон доступний лише у формі таблеток. Налтрексон субсидується за програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS).

Тривалість лікування

Найбільш прийнятна тривалість продовження лікування пацієнта з помірним або тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, наразі не відома. Звичайний період лікування, що використовується в більшості рандомізованих контрольованих досліджень, а також у клінічній практиці, становить 3-6 місяців, а в деяких випадках – до 12 місяців.

Рішення про тривалість лікування має прийматися в кожному конкретному випадку пацієнтом і лікарем індивідуально, з урахуванням побічних реакцій, історії рецидивів, соціальних і сімейних обставин та інших індивідуальних факторів.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
10.8	Налтрексон зазвичай приймають щонайменше від 3 до 6 місяців	A
10.9	Подальше лікування необхідно оцінювати для кожного пацієнта окремо	GPP

Небажані явища та їх лікування

Налтрексон зазвичай добре переноситься. До поширених небажаних явищ (приблизно у 10% пацієнтів) належать нудота, головний біль, запаморочення, втома, нервозність, безсоння, блювання та тривожність. Зазвичай вони минають з часом (зазвичай через кілька днів).

Виходячи з клінічної практики, наведені нижче стратегії можуть допомогти зменшити вплив потенційних побічних реакцій на результат лікування:

I. Інформування пацієнта про очікувані побічні реакції та їх тривалість.

II. Час прийому: встановити режим прийому; в ідеалі приймати вранці з їжею або розділити дозу на ранок і вечір.

III. Поступове введення препарату (25 мг протягом 1-2 днів).

IV. Зменшення дози (половина таблетки по 25 мг/добу).

V. Повільне титрування.

VI. Припинення прийому препарату на три-чотири дні перед повторним введенням у меншій дозі.

Початок лікування після зникнення основних ознак синдрому відміни алкоголю (зазвичай через 3-5 днів після припинення вживання алкоголю) може бути корисним, щоб відрізнити симптоми тривалого СВ від побічних реакцій налтрексону.

Клінічні міркування під час лікування

Через гепатотоксичність та потенційне підвищення рівня печінкових ферментів важливо періодично проводити функціональні проби печінки.

Лікування слід продовжувати, навіть якщо у пацієнта стався зрив; слід застосовувати психосоціальні методи профілактики рецидиву, щоб впоратися зі зривом або рецидивом (**див. Розділ 9**).

Важливо стежити за фізичним і психічним здоров’ям і піклуватися про нього.

Завершення лікування

Немає даних про синдром СВ або розвиток залежності після застосування налтрексону. Психосоціальна профілактика рецидиву має тривати і після закінчення фармакотерапії.

ДИСУЛЬФІРАМ

Дія дисульфіраму полягає у пригніченні дії альдегіддегідрогенази – ферменту, що бере участь у другому етапі метаболізму алкоголю, який перетворює ацетальдегід на ацетат. Це призводить до накопичення ацетальдегіду після вживання алкоголю під час прийому дисульфіраму. Внаслідок цього виникають неприємні симптоми, зокрема почервоніння, запаморочення, нудота і блювання, нерегулярне серцебиття, задишка і головний біль. Дисульфірам діє як стримуючий фактор для вживання алкоголю, оскільки пацієнт очікує, що ці негативні наслідки можуть виникнути.

Дисульфірам асоціюється зі значно вищими показниками утримання від вживання алкоголю порівняно з контрольними групами, насамперед у відкритих дослідженнях. Прийом дисульфіраму під наглядом для забезпечення прихильності до лікування був пов’язаний з більшим успіхом.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.10	Дисульфірам з ретельним контролем дозування рекомендується лише пацієнтам із середньо-тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, мотивованим на абстиненцію, за умови відсутності протипоказань	A

Показання

Базуючись на результатах останніх досліджень, про які йшлося вище, та попередньому клінічному досвіді, дисульфірам є відповідним препаратом для пацієнтів, які мотивовані утримуватися від вживання алкоголю. Його не слід призначати пацієнтам, які мають на меті зменшити вживання алкоголю. Він корисний для пацієнтів, які визнають необхідність зовнішнього контролю над вживанням алкоголю і готові перебувати під наглядом у щоденному прийомі препарату. Оскільки препарат найбільш ефективний за умови нагляду за прийомом доз, важливим фактором є наявність підтримки з боку чоловіка/дружини, члена сім’ї або друга пацієнта.

Дисульфірам може спричинити значну токсичність у разі рецидиву. Його слід призначати лише пацієнтам, які не мають медичних або психосоціальних протипоказань, як описано нижче.

Протипоказання

Інтенсивність реакції дисульфіраму на алкоголь варіюється у різних пацієнтів і в рідкісних випадках може призвести до серцево-судинного колапсу, інфаркту міокарда, пригнічення дихання, судом та летального наслідку.

Відповідно, лікування протипоказане пацієнтам із серйозними серцево-судинними, печінковими або легеневими захворюваннями. Деякі пацієнти, які за іншими показниками найбільше підходять для лікування дисульфірамом, можуть страждати від цих проблем. Тому лікуючий лікар має провести аналіз співвідношення ризику та користі лікування. Рівень смертності внаслідок реакції дисульфіраму на алкоголь є низьким (лише 1 випадок на 15 000 пролікованих пацієнтів), тоді як у значної частини пацієнтів очікується передчасна смерть та/або погіршення якості життя, якщо не лікувати ці проблеми.

Дисульфірам протипоказаний пацієнтам із захворюваннями печінки через утворення токсичних метаболітів препарату, що може призвести до потенційно летальної гепатотоксичності.

Якщо розпочато лікування дисульфірамом, рекомендується ретельний моніторинг стану серця та печінки. Печінкові проби слід проводити кожні два тижні протягом 2-3 місяців, особливо у пацієнтів з відхиленнями від норми на початку лікування.

Існують докази низького рівня, що дисульфірам може призвести до загострення психозу. Лікування пацієнтів з потенційним ризиком слід контролювати.

Безпека застосування дисульфіраму під час вагітності не встановлена. Немає добре контрольованих досліджень безпеки застосування дисульфіраму у період вагітності або годування груддю. Не можна з упевненістю стверджувати, що дисульфірам спричиняє фатальні порушення у разі застосування під час вагітності, хоча є поодинокі повідомлення про вроджені аномалії після пренатального впливу в поєднанні з іншими сполуками. Препарат віднесено до категорії B2, що означає, що дисульфірам приймала лише обмежена кількість вагітних жінок та жінок дітородного віку, при цьому не спостерігалося збільшення частоти вроджених вад розвитку або інших прямих чи опосередкованих шкідливих впливів на плід людини.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.11	Дисульфірам протипоказаний під час вагітності та у разі прогресуючих захворювань печінки	GPP

Взаємодія з іншими препаратами

Найбільш важлива взаємодія з іншими препаратами стосується лікарських засобів, що містять алкоголь (наприклад, крапельні форми), оскільки це може спричинити реакцію дисульфіраму з етанолом.

Дисульфірам підвищує концентрацію в крові бензодіазепінів, кофеїну, фенітоїну, активної речовини марихуани, ізоніазиду, барбітуратів, антикоагулянтів, трициклічних агентів та паральдегіду. Дисульфірам не слід приймати одночасно з паральдегідом, оскільки паральдегід метаболізується в печінці до ацетальдегіду.

Крім того, дисульфірам посилює дію кумаринових антикоагулянтів, підвищуючи міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС). Дисульфірам посилює варфаринову гіпопротромбінемію шляхом хелатування катіонів металів, необхідних для синтезу активного протромбіну. Такої комбінації зазвичай уникають.

Початок лікування

Лікування слід розпочинати після детоксикації, приблизно через 24-48 годин після припинення вживання алкоголю. Необхідно зібрати анамнез. Важливо обговорити ефекти препарату під час вживання алкоголю, зокрема потенційні тяжкі реакції, що загрожують життю. Передбачення пацієнтом його ефектів значно підвищить ефективність препарату як стримуючого фактора проти вживання алкоголю. Дисульфірам слід розглядати як допоміжний засіб, що не применшує власної відповідальності пацієнта за дотримання синдрому відміни алкоголю.

Нагляд

Виходячи з результатів останніх досліджень, про які йшлося вище, лікування дисульфірамом найкраще підходить для осіб, які мають соціальну підтримку (наприклад, сім'ю), яка допоможе здійснювати нагляд за прийомом ліків. Нагляд має помітний вплив на прихильність до лікування і може значно підвищити ефективність цієї інтервенції.

Чоловік/дружина/партнер – це очевидний вибір для одружених пацієнтів/пацієнтів, які перебувають у фактичному шлюбі. Важливо підкреслити, що не можна очікувати, що чоловік/дружина буде контролювати вживання алкоголю іншою людиною. Слід розглянути можливість укладення письмового «договору про прийом дисульфіраму» між особою, яка здійснює догляд, і пацієнтом. Цей договір має містити опис ймовірних наслідків вживання алкоголю та продуктів, яких слід уникати (наприклад, засобів для догляду за обличчям), визнання того, що пацієнт дозволить здійснювати нагляд за прийомом препарату, що особа, яка здійснює догляд, буде наглядачем і що роль наглядача включає в себе звернення до медичного працівника, якщо виникають проблеми з дотриманням режиму прийому ліків.

Дозування

Дисульфірам випускається у формі таблеток по 200 мг, рекомендована доза становить 200-400 мг (1-2 таблетки на добу перорально). Деякі пацієнти можуть продовжувати приймати 200-400 мг без значних небажаних явищ, і дозу слід збільшити. Підтримуюча доза зазвичай не має перевищувати 600 мг на добу. Багатьом пацієнтам може бути достатньо двох-трьох прийомів на тиждень, і такий підхід може бути більш практичним і легшим для планування під наглядом.

Форма випуску

Дисульфірам випускається у формі таблеток. Він не субсидується за програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS).

Тривалість лікування

Дисульфірам може бути корисним протягом перших 3-6 місяців лікування. Після цього користь від продовження лікування стає менш

очевидною, і пацієнта слід обстежити перед тим, як продовжувати лікування. Деякі пацієнти продовжують лікування протягом 12 місяців і більше, особливо за умови ефективності та у випадку тяжкого перебігу розладу. Тривале лікування підтримується опублікованими неконтрольованими серіями випадків.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.12	Дисульфірам зазвичай приймають від 3 до 6 місяців	C

Небажані явища та їх лікування

Деякі з поширених небажаних явищ дисульфіраму включають сонливість, нудоту, головний біль і втому. Деякі пацієнти можуть повідомляти про порушення смаку (металевий або часниковий присмак). Рідко можуть виникати жовтяниця, гепатит (іноді летальний), периферична нейропатія, психоз, сплутаність свідомості, неврит зорового нерва, дискразія крові та висип. Ці явища є більш поширеними, коли дози перевищують 400 мг на добу.

Лікарі мають проінформувати пацієнтів про очікувані побічні ефекти та їх тривалість, а також розрізняти симптоми тривалого СВ алкоголю та побічні реакції дисульфіраму, розпочинаючи лікування після того, як більш виражені ознаки СВ зникнуть (після перших 3-5 днів). Пацієнтам слід порадити негайно припинити прийом дисульфіраму та повідомити лікаря, якщо вони помітили пожовтіння очей або шкіри, темну сечу.

Навіть дуже невелика кількість алкоголю може спричинити неприємні ефекти. Лікарі мають порадити пацієнтам уникати використання алкоголю під час приготування їжі та обирати засоби гігієни шкіри та ротової порожнини (наприклад, парфуми, лосьйони для тіла, ополіскувачі для рота), які не містять алкоголю. Деякі ліки містять алкоголь, і їх також слід уникати. Однак сила взаємодії алкоголю та дисульфіраму варіюється у різних людей. Деякі пацієнти реагують на дуже малу кількість алкоголю, інші мають незначну реакцію під час вживання великої кількості алкоголю.

Потенційно летальна гепатотоксичність може виникати під час застосування дисульфіраму, хоча це трапляється рідко. Гепатотоксичність зазвичай є оборотною, якщо прийом дисульфіраму припинити до появи клінічно вираженого захворювання печінки. Тому моніторинг функції печінки має вирішальне значення. Оскільки початок може бути дуже швидким, важливо проінформувати пацієнтів про ризики та симптоми. У разі появи небажаних симптомів прийом дисульфіраму слід припинити.

Клінічні міркування під час лікування

Як зазначено вище, дуже важливо ретельно контролювати показники функції печінки через гепатотоксичні ефекти, особливо у пацієнтів з

підвищеними показниками функції печінки до початку лікування дисульфірамом.

Лікування має бути призупинено, якщо у пацієнта стався зрив; слід застосовувати психосоціальні методи профілактики рецидиву, щоб впоратися зі зривом або рецидивом (див. Розділ 9). Прийом дисульфіраму можна відновити після 48 годин зупинки вживання алкоголю.

Завершення лікування

Метаболізм алкоголю повертається до норми між 7 і 10 днями (іноді трьома тижнями) після припинення прийому дисульфіраму, оскільки мають синтезуватися нові ферменти. У пацієнтів можуть виникнути побічні реакції, якщо вони вживатимуть алкоголь протягом 7 днів після припинення лікування. Психосоціальні інтервенції з профілактики рецидиву мають тривати і після завершення фармакотерапії.

Препарати першої лінії: схвалені TGA (Управління з контролю обороту лікарських засобів та виробів медичного призначення Австралії), але не доступні в Австралії

НАЛМЕФЕН

Налмефен зараз недоступний в Австралії. Налмефен – це антагоніст опіоїдних рецепторів, який має схожу хімічну структуру з налтрексоном. Налмефен є селективним лігандом опіоїдних рецепторів з антагоністичною активністю щодо μ- та δ-рецепторів, а також має часткову агоністичну активність щодо κ-рецепторів.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою налмефен в Україні не зареєстровано.*

Налмефен є першим фармакотерапевтичним засобом для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, який був схвалений Управлінням з контролю обороту лікарських засобів та виробів медичного призначення Австралії (TGA) спеціально для фармакологічно контрольованого вживання алкоголю. Налмефен демонструє певну перевагу над плацебо у зниженні споживання алкоголю. Однак необхідно провести додаткові дослідження, перш ніж ми надамо рекомендацію відповідно до схвалення TGA щодо використання налмефену для лікування контрольованого вживання алкоголю. Налмефен не входить до списку програми забезпечення населення лікарськими засобами (PBS).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
10.13	Налмефен видається перспективним засобом для зниження рівня вживання алкоголю у дорослих пацієнтів із розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, але доказова база залишається нижчою, ніж у препаратів першої лінії	C
10.14	Налмефен схвалений TGA для лікування, спрямованого на контрольоване вживання алкоголю у разі розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Однак, все ще потрібні додаткові дослідження, перш ніж рекомендувати його як препарат першої лінії для лікування за цим показанням	D

Показання

Налмефен схвалений TGA для зниження високого рівня вживання алкоголю у дорослих пацієнтів з помірним та тяжким перебігом розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Налмефен слід призначати у поєднанні з постійною психосоціальною підтримкою, спрямованою на прихильність до лікування та зменшення вживання алкоголю. Налмефен не підходить для пацієнтів з фізичним СВ або тих, хто потребує негайної детоксикації.

Протипоказання

Налмефен викликає прискорений стан відміни опіатів у пацієнтів, які в цей час є залежними від опіатів. Він протипоказаний пацієнтам, які вживають або нещодавно вживали опіоїдні препарати. Налмефен протипоказаний пацієнтам з відомою гіперчутливістю до препарату або нирковою недостатністю.

Налмефен не порушує функції печінки. Однак застосування налмефену пацієнтам з тяжкою печінковою недостатністю протипоказане (клас С за класифікацією Чайлда-П’ю). Застосування налмефену протипоказане вагітним жінкам та в період лактації.

Взаємодія з іншими препаратами

Налмефен слід відмінити за 1 тиждень до будь-якої ситуації, коли може знадобитися опіоїдна аналгезія (наприклад, у пацієнтів, які проходять планове хірургічне втручання). У невідкладній ситуації, коли пацієнту, який приймає налмефен, необхідно ввести опіоїди, кількість опіоїдів, необхідна для досягнення бажаного ефекту, може бути більшою, ніж зазвичай.

Початок лікування

Налмефен є першим фармакологічним засобом для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, показанням до застосування якого є фармакологічно контрольоване вживання алкоголю, тому лікування слід розпочинати, коли пацієнт все ще активно вживає алкоголь, а також із супутньою психотерапією.

Дозування

Початкова та рекомендована доза налмефену становить одну таблетку (18 мг) на добу. Налмефен слід приймати за потребою: кожного дня, коли пацієнт відчуває ризик вживання алкоголю, слід приймати одну таблетку, бажано за 1-2 години до передбачуваного часу вживання алкоголю. Якщо пацієнт почав вживати алкоголь, не приймаючи налмефен, пацієнт має прийняти одну таблетку якомога швидше.

Тривалість лікування

Найдоцільніша тривалість продовження лікування пацієнтів з помірним та тяжким перебігом розладу вживання алкоголю ще не встановлена, але звичайна тривалість лікування становить 3 місяці. Однак рішення щодо тривалості лікування має прийматися в кожному конкретному випадку пацієнтом та лікарем окремо. Воно базуватиметься на побічних реакціях, історії рецидивів, соціальних та сімейних обставинах та інших індивідуальних факторах.

Небажані явища та їх лікування

Загальні побічні ефекти включають підвищений ризик запаморочення, головного болю, безсоння, нудоти та блювання.

Фармакотерапія другої лінії: препарати, що застосовуються не за призначенням

У літературі з’являється кілька нових препаратів, що застосовуються не за призначенням. Препарати, що застосовуються не за призначенням, – це фармакотерапія, яка не ліцензована TGA для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Вони мають бути фармакотерапією другої лінії у пацієнтів, які не реагують на затверджену фармакотерапію за цим показанням. Однак, якщо препарати першої лінії протипоказані пацієнтам (наприклад, налтрексон/дисульфірам у пацієнтів з прогресуючими захворюваннями печінки), фармакотерапія, що застосовується не за призначенням, може розглядатися як лікування першої лінії.

БАКЛОФЕН

Баклофен є агоністом γ-аміномасляної кислоти (ГАМК)В рецепторів і схвалений для лікування центральної спастичності. Баклофен в основному

виводиться нирками і тому може бути потенційним засобом фармакотерапії для пацієнтів із захворюваннями печінки, які страждають від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Існують певні докази того, що лікування баклофеном пов’язане з утриманням від вживання алкоголю, однак зниження рівня вживання алкоголю не було продемонстровано. Сучасні літературні дані свідчать про те, що високі дози (>60 мг/добу) баклофену не є більш ефективними, ніж низькі дози (30-60 мг/добу). Перевага над плацебо не була чітко встановлена, а сила доказів ефективності лікування на цей момент є нижчою, ніж у затверджених препаратів для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу баклофен, затвердженою МОЗ України, відсутні показання лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.*

Небажані явища та їх лікування

Баклофен також асоціюється з небажаними явищами, включаючи запаморочення, сонливість/седацію, парестезії та м’язові спазми/ригідність. Седативний ефект може виникати навіть у низьких дозах, і про це повідомлялося з міркувань безпеки. Перед початком лікування баклофеном необхідно оцінити функцію нирок, враховуючи його виведення нирками та протипоказання у пацієнтів з нирковою недостатністю. Баклофен слід розпочинати з низьких доз (5-10 мг тричі на добу) і повільно титрувати дозу до вищого рівня з обережністю через ризик седативного ефекту та передозування (наприклад, 5-10 мг/добу, кожні три дні). Лікування баклофеном не слід різко переривати, щоб уникнути ризику виникнення симптомів синдрому відміни алкоголю. Добову дозу слід повільно зменшувати (наприклад, до 5-10 мг/добу) до завершення лікування. Пацієнтам з ризиком передозування баклофен відносно протипоказаний, за винятком випадків, коли лікування проводиться у спеціалізованому закладі та з контрольованим дозуванням (наприклад, щотижневі або щоденні дози).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.15	Баклофен може сприяти досягненню синдрому відміни алкоголю від алкоголю, але доказова база залишається нижчою, ніж у препаратів першої лінії	C
10.16	Питання безпеки під час лікування баклофеном включають ризик передозування, підвищення дози та судоми. Ризик передозування зростає у разі наявності в анамнезі самоушкоджень або	B

	нестабільного настрою. Баклофен не рекомендується як засіб першої лінії лікування і має призначатися з обережністю	
10.17	Баклофен може розглядатися у спеціалізованих закладах як препарат другої лінії для окремих пацієнтів, яким протипоказані препарати першої лінії, наприклад, у разі захворювання печінки, пов’язаного з вживанням алкоголю	С

ТОПІРАМАТ

Топірамат – це протиепілептичний препарат, який, як припускають, викликає свій ефект шляхом антагонізму активності глутамату на глутаматних рецепторах (AMPA і каїнатних рецепторах) і пригнічення вивільнення дофаміну. Топірамат продемонстрував певну перевагу над плацебо у зменшенні вживання алкоголю, але потрібні додаткові дослідження.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу топірамат, затвердженою МОЗ України, відсутні показання лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.*

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.18	Топірамат має певні докази зниження рівня вживання алкоголю. Топірамат має складний профіль побічних ефектів і потребує подальших досліджень, перш ніж його можна буде рекомендувати як препарат першої лінії лікування	В

Інші лікарські засоби

Інші препарати, які були оцінені для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, включають серотонінергічні засоби, габапентин, антипсихотики, варениклін, ГОМК і празозин. Однак жоден з цих препаратів не може бути рекомендований на цьому етапі.

Хоча деякі пацієнти часто звертаються за допомогою до бензодіазепінів, жодні дослідження не підтверджують їхню ефективність у зменшенні вживання алкоголю після СВ, і, крім того, між бензодіазепінами та алкоголем можуть виникати несприятливі взаємодії.

Антидепресанти були оцінені в кількох дослідженнях і не рекомендуються як засоби профілактики рецидивів у разі розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.19	Інші препарати можуть виявитися перспективними засобами для лікування, розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Однак необхідні подальші дослідження, і на цьому етапі вони не рекомендуються	B
10.20	Бензодіазепіни протипоказані як засоби профілактики рецидивів під час лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю	GPP
10.21	Існує мало доказів того, що антидепресанти можна рекомендувати як засоби профілактики рецидивів для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю	B

Одночасні психосоціальні інтервенції

Хоча поєднання психосоціального та фармакологічного лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, може бути більш ефективним, ніж будь-яке з них окремо, лише в небагатьох дослідженнях вивчався ефект від зміни інтенсивності психосоціального лікування. Тому остаточні рекомендації щодо оптимальних комбінацій не є можливими.

Підвищення прихильності до лікування

Рівень прихильності до фармакотерапії для пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, в Австралії загалом низький. Погана прихильність до лікування може бути зумовлена: небажаними побічними явищами; стигматизацією, пов’язаною з прийомом ліків; відсутністю негайної винагороди за дотримання фармакотерапії; страхами щодо безпечності та побічних реакцій ліків. Дотриманню фармакотерапії можна допомогти:

I. З’ясування думок і стурбованості пацієнта щодо прийому ліків і використання методів когнітивної реструктуризації, щоб допомогти йому змінити некорисні або дезадаптивні думки про прийом ліків

II. Надання пацієнту реалістичного уявлення про те, як ліки можуть допомогти, про їхні побічні реакції та ризики, пов’язані з їх застосуванням.

III. Використання методів мотиваційного інтерв’ювання, щоб допомогти пацієнту визначити його особисті переваги та витрати, пов’язані з прийомом ліків

IV. Надання пацієнту літератури про ліки, яку він може взяти додому.

V. Відстеження пацієнтів, які пропускають зустрічі з лікарем.

Прихильність також може бути проблемою у пацієнтів, які страждають від когнітивних порушень через хронічне вживання алкоголю. Допоміжними засобами для покращення прихильності в таких випадках є: сімейний нагляд, календарі прийому ліків, спеціальні контейнери, дозуючі системи, нагадування та подальший моніторинг з боку медичних працівників.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
10.22	Дотримання режиму прийому ліків можна покращити за допомогою стратегій підвищення прихильності до лікування	B

Персоналізована фармакотерапія: підбір препаратів для окремих пацієнтів

Наявні докази не дають змоги сформулювати чіткі рекомендації щодо того, які препарати першої лінії найкраще підходять для різних пацієнтів. Більшість досліджень, які вивчали предиктори реакції на лікування, були ретроспективними. Деякі дослідження вказують на те, що налтрексон може бути особливо ефективним серед осіб, які вживають алкоголь через його стимулюючий ефект. В інших дослідженнях повідомляється, що налтрексон слід розглядати для пацієнтів, які хочуть зменшити вживання алкоголю, тоді як акампросат є кращим для тих, хто прагне до повного утримання від вживання алкоголю. Однак важливо зазначити, що жодна з цих переваг не є достатньо великою чи послідовною, щоб сформулювати клінічні рекомендації, особливо враховуючи те, що більшість досліджень акампросату не включали заходи щодо зменшення вживання алкоголю як кінцевий результат. Аналогічно, хоча було проведено кілька ретроспективних досліджень, в яких повідомлялося про генетичні фактори, що впливають на реакцію на лікування (наприклад, генотип μ-опіоїдного рецептора (OPRM1) для налтрексону), жодне проспективне дослідження не підтвердило жодних генетичних предикторів на сьогодні.

Таким чином, науковий консенсус, на основі якого можна було б з упевненістю керуватися персоналізованим підходом, все ще є недостатньо достовірним. Проте, прийняття клінічного рішення може ґрунтуватися на кількох факторах (наведених у Таблиці 1). До них відносяться і) індивідуальні фактори пацієнта: такі як побічні реакції, попередній досвід, цілі лікування, здатність дотримуватися режиму лікування, супутні фізичні стани і психічні розлади та іі) ресурсні фактори: соціальна підтримка і вартість деяких препаратів може бути непосильною для деяких пацієнтів. Запобіжні заходи для основних фізичних станів наведені в Таблиці 1. Більшість препаратів першої лінії є безпечними в контексті супутніх психічних розладів, хоча слід дотримуватися обережності щодо дисульфіраму та психозів. Детальну інформацію про підходи до лікування розладів, пов'язаних із вживанням

алкоголю та коморбідних фізичних розладів можна знайти в Розділі 22, а коморбідних психічних розладів – у Розділі 21.

Таблиця 10.1

Доступні на сьогодні препарати першої лінії для профілактики рецидивів у пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю

НАЛТРЕКСОН	**ВИТРАТИ** Фінансується програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS) ~40 доларів на місяць
ПОКАЗАННЯ • Пацієнти з помірною та тяжкою формою залежності • Можливо, більш ефективний у зменшенні вживання алкоголю в надмірних кількостях	**Протипоказання та/або застереження** • Вживання опіоїдів (прискорений стан відміни) • Печінкова недостатність/гепатит (гепатотоксичність) • Підвищення показників печінкових проб (АЛАТ) у 3-5 разів вище норми • Вагітність/лактація • Порушення функції нирок
АКАМПРОСАТ	**ВИТРАТИ** Фінансується програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS) ~40 доларів на місяць
ПОКАЗАННЯ • Пацієнти з помірною та тяжкою формою РВА • Можливо, більш ефективний для повної відмови від вживання • Здатність дотримуватися режиму прийому ліків	**ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА/АБО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ** • Вагітність/лактація • Порушення функції нирок • Тяжка печінкова недостатність (клас С за класифікацією Чайлда-П’ю)
ДИСУЛЬФІРАМ	**ВИТРАТИ** Не фінансується програмою забезпечення населення лікарськими засобами (PBS) ~80-90 доларів на місяць

ПОКАЗАННЯ	ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА/АБО ЗАСТЕРЕЖЕННЯ
• Пацієнти з помірною та тяжкою формою залежності • Пацієнти з метою синдрому відміни алкоголю (реакція дисульфірам-етанол) • Бажання перебувати під наглядом у щоденному дозуванні ліків (наприклад, сімейна аптека)	• Серцево-судинні захворювання • Легеневі захворювання • Печінкова недостатність/гепатит (гепатотоксичність) • Порушення функції нирок • Психоз (моніторинг психотичних симптомів у пацієнтів з ризиком психозу)

Розділ 11. ПРОГРАМИ ВЗАЄМНОЇ ПІДТРИМКИ

Автори: Вікторія Меннінг, Майкл Савич та Ден Лубман

У цьому розділі представлено огляд підходів до взаємної підтримки/взаємодопомоги для пацієнтів з розладами вживання алкоголю, зокрема Анонімних Алкоголіків та Smart Recovery®, та їхніх сімей, а також те, як їх можна включити в процес лікування.

ПРОГРАМИ ВЗАЄМНОЇ ПІДТРИМКИ

Групи взаємопідтримки (найчастіше надається через групи взаємодопомоги, такі як Анонімні Алкоголіки) передбачає обмін досвідом, знаннями, підтримкою та практичною допомогою між людьми, які мають життєвий досвід вирішення подібних проблем або обставин.

Анонімні алкоголіки

Анонімні Алкоголіки (АА) – це організація самодопомоги на основі взаємної допомоги, яка має на меті допомогти своїм членам досягти та підтримувати тверезість. Вона доступна в Австралії, економічно ефективна і легкодоступна, і може відігравати корисну роль у плані розширеного лікування.

Дослідження показують, що пацієнти, які відвідують АА в межах структурованої програми лікування, на додаток до індивідуальних амбулаторних сесій, і які починають відвідувати АА на ранніх етапах лікування, демонструють кращі результати, ніж ті, хто відвідує лише АА або отримує лікування окремо.

Заснована в Сполучених Штатах у 1935 році, сьогодні в світі існує понад 125 000 груп АА із загальною кількістю членів близько двох мільйонів. В Австралії понад 1 800 груп діють у всіх штатах і територіях, що робить АА найдоступнішою програмою для залежних від алкоголю людей в Австралії. Для

тих, хто не має змоги відвідувати очні групи, деякі групи працюють в Інтернеті за адресою http://www.aa.org.au.

Як працюють Анонімні Алкоголіки

В основі АА лежить припущення, що для одужання від залежності необхідні спільний досвід і взаємна підтримка. Зокрема, АА припускає, що тверезість можлива лише за умови визнання своєї нездатності контролювати вживання алкоголю, зобов'язання всебічно переглянути свою особистість і спосіб життя, а також надання допомоги новим членам у їхньому одужанні.

АА, як прототип багатьох груп самодопомоги, використовує основну програму, що базується на 12 кроках (див. Вставку 11.1), які сприяють підвищенню самосвідомості та посиленню відчуття сенсу життя. Кілька досліджень також припускають, що абстиненція за сприяння АА частково пов'язана зі зростанням самоефективності. Ще один гіпотетичний механізм, через який, як вважають, працює АА, – це сприяння змінам у складі соціальної мережі людини, зокрема, збільшення кількості однодумців, які підтримують абстиненцію і бажають одужати.

АА заохочує нових членів відвідувати 90 зустрічей протягом 90 днів, а багато давніх членів (10 років і більше) все ще відвідують їх щодня. Такі зустрічі формують основу одужання, забезпечуючи неупереджене середовище, яке сприяє відкритому обговоренню труднощів і вразливостей членів спільноти. Зазвичай, після кількох зустрічей новому члену АА призначають спонсора (наставника), який допомагає йому пройти через 12 кроків. Спонсор пройшов програму відновлення АА і зберігав тверезість щонайменше один рік (зазвичай набагато довше); новому члену АА також рекомендується звертатися до свого спонсора за потреби, якщо йому потрібна додаткова підтримка в період між зустрічами.

Саму програму можна розбити на три основні етапи, а саме:

- По-перше, учасник має визнати, що він не в змозі контролювати своє вживання алкоголю, і що для подолання проблеми йому потрібна допомога з боку когось більшого, ніж він сам (Кроки 1 - 3). Важливо зазначити, що поняття «Бог» або «вища сила» включає в себе все, що має трансперсональну природу, з чого можна черпати силу, зокрема й саму групу АА.
- Другий етап розвиває самосвідомість, пропонуючи учаснику провести глибоку «моральну інвентаризацію», яка потім використовується як основа для «загладжування вини» (Крок 8). Це допомагає учаснику пропрацювати ситуації, які потенційно можуть спровокувати рецидив (Кроки з 4 по 10).
- Нарешті, учасника заохочують розвивати почуття духовності (Крок 11) і цілеспрямованості, допомагаючи іншим досягти тверезості (Крок 12).

ВСТАВКА 11.1: 12 кроків Анонімних Алкоголіків

1. Ми визнали, що ми були безсилими перед алкоголем, що наше життя стало некерованим.

2. Прийшли до віри, що Сила, могутніша за нас, може повернути нам здоровий розум.

3. Вирішили передати свою волю і життя під опіку Бога, як ми Його розуміємо.

4. Зробили ретельну та безстрашну моральну інвентаризацію самих себе.

5. Визнали перед Богом, перед собою та іншою людиною справжню природу своїх помилок.

6. Були повністю готові до того, щоб Бог усунув всі ці вади характеру.

7. Покірно попросили Його усунути наші недоліки.

8. Склали список усіх людей, кому ми заподіяли кривду, і сповнились бажанням відшкодувати всім їм завдані збитки.

9. Особисто відшкодовували заподіяну цим людям кривду, де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм або іншим.

10. Продовжували робити особисту інвентаризацію, і коли ми були неправі, відразу визнавали це.

11. Шляхом молитви і медитації шукали покращення свого свідомого контакту з Богом, як ми розуміли Його, молячись лише про пізнання Його волі щодо нас і силу виконати її.

12. Отримавши духовне пробудження, в результаті виконання цих кроків, ми намагалися донести цю звістку до алкоголіків і застосовувати ці принципи в усіх своїх справах.

Докази ефективності Анонімних Алкоголіків

За останні 50 років сотні досліджень вивчали ефективність АА. В останні роки було проведено низку рандомізованих і квазірандомізованих контрольованих досліджень, які вивчали відвідування АА та наслідки вживання алкоголю. Це дозволило дослідникам провести Кокранівський огляд ефективності АА, а також асертивних втручань з перенаправлення до АА (таких як «Дванадцятикрокова фасилітація»; інтервенції TSF). Існує достатньо доказів, які свідчать, що:

- інтервенції АА і TSF перевершують інші добре відомі методи лікування (наприклад, КПТ), коли результатом є відмова від вживання алкоголю, і принаймні так само ефективні, як і ці інші добре відомі методи лікування, для інших результатів (наприклад, зниження інтенсивності вживання алкоголю і наслідків, пов’язаних із вживанням алкоголю);
- учасники, які більш повно залучені до програми АА, зазвичай отримують більше користі, ніж ті, хто просто відвідує зустрічі; існує чіткий зв’язок між рівнем залученості до АА та кращими результатами лікування пацієнтів;
- використовуючи асертивні практики перенаправлення (наприклад, дванадцятикрокову фасилітаційну терапію), лікарі можуть заохочувати залучення до АА та поглиблювати прихильність пацієнта до використання АА;

• відвідування АА є ефективним як частина розширеного плану лікування, що призводить до покращення показників утримання від вживання алкоголю та більшої прихильності до лікування;

• пацієнти, які відвідують АА паралельно з лікуванням або після нього, демонструють кращі довгострокові результати, ніж ті, хто отримує лікування або відвідує тільки АА.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
11.1	Участь в АА є ефективною стратегією для підтримки зупинки вживання алкоголю (і поліпшення інших результатів, пов'язаних із алкоголем), як самостійний або додатковий підхід до офіційного лікування	А

Для кого підходять Анонімні Алкоголіки?

Відповідно до 12 традицій, прийнятих організаційним органом АА, єдиною вимогою для членства в АА є бажання кинути вживати алкоголь. Члени організації можуть відвідувати стільки зустрічей, скільки забажають, безкоштовно. Люди, які демонструють вищий рівень вираженості симптомів, більш схильні до приєднання до АА. Ймовірно, що прихильність АА до моделі хвороби розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, дозволяє людині з алкогольною залежністю відмовитися від віри в те, що в її ситуації можливе контрольоване вживання алкоголю.

АА також надає нову соціальну мережу, яка підтримує абстиненцію; для пацієнта, якому бракує такої підтримки в домашньому середовищі, цей аспект участі в АА відіграє важливу роль у запобіганні рецидивам.

Поширеною помилковою думкою щодо АА є те, що для того, щоб отримати користь від програми, її учасники мають бути релігійними. В огляді механізмів, за допомогою яких АА допомагає одужанню, було знайдено мало доказів того, що специфічні практики чи духовні механізми АА відіграють значну роль. Натомість одужання пов'язують із загальними терапевтичними елементами, які слугують для покращення навичок подолання труднощів, мотивації та сприйняття самоефективності.

Лікарі мають пояснити, що АА не є релігією, і віра в «Бога» не є обов'язковою умовою для відвідування або отримання підтримки через спільноту. Це може бути особливо важливим для людей нехристиянського віросповідання та атеїстів.

Ефективність АА для пацієнтів з коморбідними психічними розладами залежить від характеру і тяжкості проблеми психічного здоров'я, хоча існують докази того, що відвідування АА покращує показники синдрому відміни алкоголю серед таких людей. Поширеною помилковою думкою є те, що члени АА не мають вживати жодних психоактивних речовин: таким чином, АА

підходить для пацієнтів, які приймають ліки від психічних розладів за призначенням лікаря.

Більш тривале відвідування АА протягом першого року лікування та постійне залучення протягом 2-8 років пов'язане з кращими довгостроковими результатами, тому продовження участі в АА має бути частиною будь-якого плану розширеного лікування. Це забезпечить пацієнту підтримку соціальної мережі, яка підтримує абстиненцію після завершення офіційного лікування, що особливо важливо для пацієнтів, які мають важкі симптоми або низький рівень соціальної підтримки поза терапевтичним середовищем.

Направлення до Анонімних Алкоголіків

Асертивні практики направлення можуть покращити відвідування зустрічей АА та залучення до них, а також асоціюються з кращими довгостроковими результатами. Направлення може відбуватися на будь-якому етапі лікування. В ідеалі, служби мають залучати до цього лікарів або колег шляхом:

- надання графіків зустрічей і закладів громадського транспорту;
- організації волонтерів АА для супроводу пацієнта на зустрічі;
- використання «журналу зустрічей» (підписаного організатором зустрічей АА) для запису відвідуваності та реакції на зустрічі;
- залучення тимчасового спонсора.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
11.2	Асертивні практики направлення можуть підвищити рівень відвідування АА та покращити результати лікування алкогольної залежності, зокрема синдрому відміни алкоголю	А

SMART RECOVERY®

Альтернативою підходу АА до самодопомоги є навчання самоуправлінню та відновленню (SMART) – некомерційна група взаємодопомоги, спрямована на сприяння одужанню від будь-якої адиктивної поведінки. В Австралії зараз існує понад 245 груп, які працюють у більшості штатів.

SMART Recovery® використовує когнітивно-поведінкову терапію і відрізняється від АА тим, що усуває акцент на духовності, притаманний 12-кроковому підходу АА. Вона використовує програму відновлення з чотирьох пунктів (див. Вставку 11.2), покликану посилити мотивацію учасників і навчити їх технік, які допомагають долати труднощі, пов'язані зі стилем життя і поведінкою. Навчання навичкам включає (серед іншого) аналіз витрат і вигод, виявлення та виправлення ірраціональних думок, а також рольові ігри. Хоча ефективність SMART Recovery® оцінювалася лише в кількох дослідженнях, з'являється все більше доказів її дієвості.

ВСТАВКА 11.2: 4-х пунктова програма Smart recovery®

Посилення та підтримка мотивації до відмови від вживання алкоголю.

Боротьба з потягами.

Вирішення проблем (управління думками, почуттями та поведінкою).

Баланс способу життя (збалансування миттєвих і довготривалих задоволень).

Люди, яким не подобається духовна спрямованість АА, можуть знайти більш світський підхід SMART Recovery® корисною альтернативою самодопомоги.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
11.3	SMART Recovery® може бути ефективною альтернативою «Анонімним Алкоголікам» для зменшення вживання алкоголю через взаємну підтримку	C

Інші форми взаємної підтримки

Люди, які лікуються від розладів вживання алкоголю, можуть отримати доступ до інших (менш поширених) форм взаємної підтримки, хоча на сьогодні було проведено обмежену кількість досліджень щодо їхньої ефективності. Це може бути підтримка з боку колег (тобто осіб, які мають життєвий досвід боротьби з алкогольною залежністю або іншими наркотичними речовинами, володіють навичками, отриманими під час формального навчання, і працюють у лікувальних службах) або тих, хто надає підтримку як неоплачувані волонтери. Це, зазвичай, передбачає надання неклінічної допомоги з використанням особистого досвіду для сприяння взаєморозумінню та налагодженню зв’язку.

Незалежна взаємна підтримка також з’являється в онлайн-середовищі через форуми підтримки спільнот, наприклад, на національній службі онлайн-консультування з питань алкогольної та інших видів залежності «Консультації онлайн» (https://forum.counsellingonline.org.au/index.php) та «Доброго ранку в неділю» (https://hellosundaymorning.org/), а також через репозиторії історій одужання (наприклад, «Життя залежних»). Існують також групи у Фейсбуці та інші соціальні медіа-платформи, де підтримку може надавати людина (або люди) з особистим досвідом проблем з алкоголем чи наркотиками. Однак ці менш усталені/нові форми взаємної підтримки ще не пройшли офіційного оцінювання. Таким чином, зараз існує обмежена кількість доказів їхньої ефективності, хоча якісні дослідження та аналіз дописів у блогах свідчать про

те, що багато людей отримують користь від участі в цих альтернативних формах взаємної підтримки.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
11.4	Взаємна онлайн-підтримка, не пов'язана з 12-кроковою програмою/програмою SMART, може допомогти пацієнтам знизити рівень вживання алкоголю	GPP

Взаємна підтримка сімей

Оскільки майже три чверті дорослого населення Австралії зазнали негативного впливу від вживання алкоголю іншою людиною, не дивно, що попит на допомогу та підтримку серед постраждалих в останні роки зріс. В Австралії існує кілька груп, заснованих на моделі АА, для сімей, які постраждали від вживання алкоголю членом сім'ї. Хоча іноді члени сім'ї можуть відвідувати деякі спеціалізовані служби лікування наркозалежності та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в яких член сім'ї проходить лікування, зараз існують служби підтримки, де члени сім'ї можуть отримати підтримку самостійно (наприклад, для розвитку навичок подолання труднощів, управління стресом і зв'язку з направленням та ресурсами). Найбільш поширеною і доступною формою взаємної підтримки членів сім'ї є «Ал-Анон» – програма взаємодопомоги, спрямована на те, щоб допомогти друзям і членам сім'ї розвинути навички подолання труднощів, впоратися з емоційними розладами і відновитися від наслідків спільного проживання з людиною, яка зловживає алкоголем. Інформацію та деталі зустрічей, що проводяться по всій Австралії, дивіться на сайті https://www.al-anon.org.au/. Існує також «Алатін» – група взаємної підтримки, спеціально створена для підлітків або молодих членів Ал-Анон, які постраждали від вживання алкоголю кимось із близьких (див. https://www.al-anon.org.au/alateen для отримання додаткової інформації та детальної інформації про зустрічі, що проводяться по всій Австралії).

Нова група під назвою BeSMART від SMART – це восьмитижнева програма підтримки сім'ї, покликана допомогти людям, які постраждали від адиктивної поведінки когось із близьких. Програма спрямована на підвищення рівня самодопомоги та прийняття корисних стратегій для управління складними і стресовими обставинами, а також на сприяння здоровим стосункам з людиною, яка вживає алкоголь або наркотики. У деяких австралійських містах (наприклад, у Сіднеї) проводяться очні зустрічі, а також постійні щотижневі онлайн-зустрічі. Для отримання додаткової інформації та розкладу зустрічей відвідайте https://smartrecoveryaustralia.com.au/be-smart-family-friends/.

На жаль, на сьогодні взаємна підтримка членів сім'ї не отримала достатньої уваги з боку дослідників, і тому докази її ефективності обмежені,

хоча якісні дослідження, публікації в блогах і відгуки свідчать про те, що багато членів сім'ї вважають її корисною.

Існують й інші незалежні форми груп сімейної підтримки, такі як «Сімейна наркологічна допомога у Вікторії», яку проводить Ресурсний центр самодопомоги для людей, які страждають на залежність (SHARC) https://www.sharc.org.au/family-drug-help/. Австралійська служба сімейної підтримки для наркозалежних пропонує сімейну підтримку в Інтернеті (див. https://www.fds.org.au/). Також можуть існувати групи взаємної підтримки, спеціально організовані для членів сім'ї при місцевій службі лікування алкогольної та інших видів залежності.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
11.5	Групи взаємної підтримки для сімей можуть покращити результати для членів сімей та їхніх близьких	GPP

Розділ 12. ПІДЛІТКИ ТА МОЛОДЬ

Автори: Івонн Бономо, Аманда Норман та Адам Пастор

У цьому розділі подано огляд літератури з проблем, пов'язаних із алкоголем, у підлітків та молоді.

ПІДЛІТКИ ТА МОЛОДЬ

Молодь в Австралії піддається особливому ризику шкоди, пов'язаної з алкоголем. Вживання алкоголю молоддю, особливо небезпечне одноразове вживання (визначається як споживання щонайменше п'яти стандартних порцій), залишається проблемою, що викликає занепокоєння в суспільстві, зважаючи на докази шкоди, пов'язаної з алкоголем, у ранні роки розвитку дитини. Це знаходить своє відображення у зростаючій громадській підтримці більш суворого дотримання закону про заборону продажу алкоголю неповнолітнім. Епідеміологічні тенденції показують, що молодь в Австралії дослухається до повідомлень про шкоду алкоголю: частка 14-19-річних, які утрималися від вживання алкоголю в 2016 році, становила 82%. Небезпечне одноразове вживання алкоголю щонайменше раз на місяць продовжує знижуватися в підлітковій групі, скоротившись більш ніж удвічі з 2001 року (з 39% у 2001 році до 18% у 2016 році), але молоді люди (18-24 роки) залишаються віковою групою, найбільш схильною до вживання 11 або більше стандартних порція за один раз.

Діти та молодь віком до 18 років наражаються на більший ризик шкоди від вживання алкоголю, ніж дорослі, через нижчу толерантність до алкоголю, більшу схильність до ризикованої поведінки та високий ризик травм, пов'язаних із алкоголем, з огляду на шкідливий вплив алкоголю на мозок, що розвивається.

Нейророзвиток, особливо в ділянках, пов'язаних із регуляцією поведінки та емоцій, не завершується до досягнення дорослого віку. Регулярне вживання алкоголю у великих кількостях або інших наркотичних речовин може гальмувати розвиток підлітків, особливо погіршуючи когнітивне дозрівання і знижуючи успішність у навчанні. Надмірне вживання алкоголю в підлітковому віці також пов'язане з широким спектром інших супутніх проблем, зокрема труднощами у стосунках (особливо з батьками), поганою успішністю в школі, низькими перспективами працевлаштування та бездомністю.

Підлітковий вік – це період експериментів та спілкування з однолітками, що може включати в себе ризиковану поведінку, зокрема ризиковане вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Лонгітюдні дослідження показують, що раннє вживання алкоголю (в літературі воно визначається по-різному, але, переважно, у віці до 18 років) пов'язане з підвищеною ймовірністю продовження вживання алкоголю в молодому віці та в подальшому. Тому відтермінування початку вживання алкоголю вважається найбезпечнішим для молодих людей віком до 18 років.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
12.1	Згідно з рекомендаціями Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC), щоб зменшити ризик травм та іншої шкоди для здоров'я, діти та молоді люди віком до 18 років не мають вживати алкоголь	A

Тривалий час обговорювалося, чи є постачання батьками алкоголю фактором ризику або захисним фактором для виникнення алкогольних проблем у підлітків. Когортні дослідження припускають зв'язок між наданням алкоголю батьками та ризикованим вживанням алкоголю, але ці дослідження мали методологічні обмеження. Однак велике проспективне когортне дослідження майже 2000 австралійських молодих людей, які щорічно проходили опитування в період з 2010 по 2016 рік, показало зв'язок між наданням алкоголю батьками та вживанням алкоголю, шкодою, пов'язаною з алкоголем, а також розладами вживання алкоголю.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
12.2	Надання батьками алкоголю є фактором ризику більш раннього початку вживання алкоголю, частішого вживання алкоголю та/або виникнення проблем, пов'язаних із алкоголем	А

Оцінка

Ефективна робота з молодими людьми, які мають проблеми з алкоголем, вимагає встановлення доброзичливого контакту. Бар'єри, що перешкоджають ефективному консультуванню підлітків, були детально описані протягом останніх двох десятиліть і можуть бути класифіковані за чотирма широкими категоріями: наявність, доступність, прийнятність і рівність медичних послуг. Занепокоєння щодо конфіденційності та недоторканності приватного життя було визначено як особливо важливу перешкоду для звернення за професійною допомогою серед молодих людей, які називають збентеження, сором, невпевненість у доступі до медичного працівника без супроводу дорослого, а також вартість як бар'єри для отримання медичної допомоги.

Асоціації рекомендують, що найкращою практикою для ефективної взаємодії з молодими людьми є широкий медичний та психосоціальний анамнез, який дозволяє виявити ризиковану для здоров'я поведінку та розлади психічного здоров'я. Систематичний огляд свідчить про те, що це покращує стан здоров'я молодих людей, хоча все ще потрібні високоякісні докази.

Конфіденційність. Фундаментальним принципом у роботі з молодими людьми є активне запевнення молодої людини в конфіденційності консультації та її межах.

Психосоціальний анамнез. Психосоціальний анамнез включає інформацію про соціальний, культурний, освітній та професійний досвід підлітка. Існують різні абревіатури, такі як HEADDSSS, які забезпечують основу для збору широкого психосоціального анамнезу у підлітків (див. таблицю нижче). Крім того, що стосується алкоголю, сімейний анамнез вживання алкоголю або наркотичних речовин також впливає на розвиток підлітків. Окрім генетичних факторів, соціальні фактори та фактори навколишнього середовища, такі як вплив сімейної культури, яка допускає зловживання алкоголем, можуть сприяти розвитку розладів вживання алкоголю у дітей тих, хто зловживає алкоголем.

Полінаркоманія є поширеним явищем серед молоді, тому важливо проводити скринінг на вживання тютюну та інших наркотичних речовин на додаток до алкоголю (див. Розділ 20). В Австралії все менше підлітків і молодих людей починають курити, а середній вік, у якому вперше викурили повну сигарету, у 2016 році становив близько 16,3 років (порівняно з 14,2 років у 2001 році). Щоденне куріння також скоротилося щонайменше вдвічі за період з 2001 по 2016 рік як серед чоловіків, так і серед жінок. Зараз рівень

використання електронних сигарет в Австралії відносно низький, але молоді люди частіше пробують електронні сигарети, та існує занепокоєння щодо наслідків цього для здоров'я населення. Молоді люди у віці до двадцяти років є найбільш схильною до вживання канабісу віковою групою, а середній вік першого вживання канабісу становить близько 18,7 років (NDSHS 2017). Ця група також залишається найбільш схильною до вживання заборонених наркотичних речовин протягом останнього року (28% у 2016 році), хоча цей показник знизився з 35% у 2001 році (NDSHS 2017).

Оцінка за системою HEADSS

Мнемоніка HEADSS є основою для оцінки, яка забезпечує «психосоціальну біопсію», можливість налагодити контакт, оцінити ризики та надати рекомендації щодо необхідних інтервенцій.

H (HOME ENVIRONMENT) ДОМАШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ

Де ви живете? Хто живе з вами? Як кожен член сім'ї ладнає з іншими? До кого ви можете звернутися, якщо вам потрібна допомога у вирішенні проблеми?

Робота батьків? Нещодавні переїзди? Чи хотіли ви втекти? Чи з'явилися нові люди вдома?

E (EDUCATION/EMPLOYMENT) ОСВІТА/РОБОТА

Що вам подобається/не подобається у школі/на роботі?

Що ви вмієте робити добре/що хотіли б покращити? Як ви ладнаєте з учителями/іншими учнями?

Які ваші оцінки, чи були відсторонення від занять? Зміни?

Багато молодих людей стикаються зі знущаннями в школі – чи доводилося вам коли-небудь терпіти це?

E (EATING/EXERCISE) ЇЖА/ФІЗИЧНІ ВПРАВИ

Чи їсте ви разом із сім'єю? Хто готує вдома?

Чи турбуєтеся ви про свою вагу? Ви вважаєте себе занадто худим чи занадто товстим?

Іноді, коли люди перебувають у стані стресу, вони можуть переїдати/недоїдати. Чи траплялося з вами таке? Загалом, який ваш раціон харчування?

Під час скринінгу на розлади харчової поведінки ви можете запитати про образ тіла, використання проносних, діуретиків, блювання, надмірні фізичні навантаження та жорсткі обмеження в харчуванні для контролю ваги.

A (ACTIVITIES AND PEER RELATIONSHIPS) ДІЯЛЬНІСТЬ ТА СТОСУНКИ З ОДНОЛІТКАМИ

З однолітками? (Як ви розважаєтесь? Де? Коли?) З сім'єю?

Спорт – регулярні вправи? Хобі? Розкажіть про вечірки, які ви відвідуєте. Чи належите ви до якихось клубів? Скільки телевізора ви дивитеся за вечір? Улюблена музика?

Неприємності? Злочини? Арешти?

D (DRUGS/CIGARETTES/ALCOHOL) НАРКОТИКИ/СИГАРЕТИ/АЛКОГОЛЬ

Багато людей у вашому віці починають експериментувати з сигаретами/алкоголем. Чи пробував хтось із ваших друзів ці або, можливо, інші наркотики, такі як марихуана, вдихання наркотиків, ін'єкційні наркотики тощо? Як щодо вас, чи пробували ви щось із цього? Які наслідки ви відчули? Чи шкодуєте ви про це? Скільки ви вживаєте, як часто і чи збільшилася частота вживання останнім часом?

S (SEXUALITY) СЕКСУАЛЬНІСТЬ

Деякі люди вступають у сексуальні стосунки. Чи був у вас сексуальний досвід з хлопцем або дівчиною, або з обома?

Ступінь і типи сексуального досвіду? Кількість партнерів? Мастурбація/контрацепція? Знання про ІПСШ.

Чи хтось коли-небудь торкався вас у такий спосіб, що ви почувалися некомфортно або примушував до сексуальних стосунків? (Історія сексуального або фізичного насильства?) Як ви ставитеся до стосунків загалом/до власної сексуальності?

S (SUICIDE/ DEPRESSION/ MOOD SCREEN) СУЇЦИД/ДЕПРЕСІЯ/ПЕРЕВІРКА НАСТРОЮ

Як ви відчуваєте себе зараз за шкалою від 1 до 10? Що ви робите, коли вам сумно/зле/боляче?

Чи є хтось, з ким ви можете поговорити? Чи часто ви себе так почуваєте?

Деякі люди, які почуваються дуже пригніченими, часто відчувають бажання завдати собі болю або навіть вбити себе. Ви коли-небудь відчували себе так?

Чи намагалися ви коли-небудь заподіяти собі шкоду або накласти на себе руки? Що ви намагалися зробити?

Що вам завадило це зробити? Чи відчуваєте ви те саме зараз? Чи маєте ви план тощо?

S (SAFETY) БЕЗПЕКА

Захист від сонця, імунізація, носіння зброї; наприклад, чи доводилося вам коли-небудь носити зброю для самозахисту?

Чи доводилося вам коли-небудь водити машину або їхати з кимось, хто знаходився під впливом будь-яких наркотичних речовин?

S (SPIRITUALITY) ДУХОВНІСТЬ

Вірування, релігія, музика, що допомагає розслабитися тощо. Що у вас найкраще виходить?

Чи вірите ви в інші вищі сили? Чи має ваша сім'я якісь релігійні переконання? Чи згодні ви з ними?

Джерело: *Адаптовано з Дж. Голденрінг та Е. Коен, 1988, «Проникнення в голови підлітків», Сучасна педіатрія, т. 5, с. 75-90.*

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
12.4	Взаємодія та терапевтичні стосунки вимагають розуміння розвитку підлітків та когнітивно-розвивального підходу	GPP

Лікування

Залучення підлітків та їхніх сімей до лікування

Залучення підлітків до лікування має вирішальне значення для ефективної роботи з ними, і його принципи подібні до принципів лікування інших хронічних розладів у молодих людей. Необхідно встановити хороший контакт (див. розділ «Оцінка» вище).

Взаємодія та терапевтичні стосунки вимагають розуміння розвитку підлітків та когнітивно-розвивального підходу. Молоді люди, зазвичай, орієнтуються на «тут і зараз», а не на майбутні вигоди від зміни поточних патернів вживання алкоголю. Медичним працівникам також важливо пам’ятати, що молоді люди більше зацікавлені в досягненні цілей підліткового віку, ніж у поліпшенні свого здоров’я. З огляду на це, цілі лікування мають бути сформульовані так, щоб вони були «релевантними» для молодих людей. Підходи включають вивчення того, як алкоголь впливає на їхній зовнішній вигляд і поведінку (наприклад, на вечірці з однолітками), репутацію серед однолітків, здатність до соціалізації, дозвілля, навчання чи спортивні досягнення, а також вплив на фінанси. Ці обговорення мають бути проведені медичним працівником на рівні, що відповідає рівню розвитку та когнітивним можливостям. Рекомендується працювати з молодою людиною над розробкою конкретних короткострокових цілей (від кількох тижнів до кількох місяців).

Заохочення молодої людини до участі в обговоренні планів лікування сприяє залученню до лікування та розширює можливості для змін. У деяких випадках розрив стосунків із сім’єю може бути наслідком зловживання алкоголем та іншими наркотичними речовинами. Сім’я є невід’ємною частиною світу підлітка, тому важливо спробувати допомогти молодій людині відновити зв’язок з нею. Залежно від конкретних обставин, це може відбуватися через посередництво сімейних консультантів або інших медичних працівників.

У випадках, коли підлітки погано взаємодіють зі службами, що надають послуги з лікування алкогольної або наркотичної залежності, потрібні спеціальні послуги з підтримки та проактивні послуги, які відповідають їхньому рівню розвитку та враховують їхнє культурне походження, спосіб життя і, в багатьох випадках, їхню сім’ю.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
12.5	Мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкова та сімейна терапія допомагають зменшити вживання алкоголю серед підлітків	B

Інтервенції щодо вживання алкоголю підлітками

Більшість доказів щодо інтервенцій, спрямованих на подолання розладів вживання алкоголю серед підлітків, розглядають алкоголь у поєднанні з іншими психоактивними речовинами, і порівняно мало хто досліджує їх у клінічному контексті, натомість розглядаються інтервенції у шкільному середовищі. Незважаючи на це, в цілому, як сімейні інтервенції, так і когнітивно-поведінкова терапія, зокрема індивідуальна та групова КПТ, мають місце в підходах до підліткових розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Однак, як видається, з часом їхній ефект зменшується. Ефективними є також інтервенції в школах, які вивчають очікування щодо вживання алкоголю та ризикованих ситуацій, а також працюють над постановкою цілей.

Інтервенції з боку батьків

Батьки мають важливий вплив на вживання алкоголю підлітками. Цей вплив може бути загальним, наприклад, підтримка стосунків між батьками та підлітком, або ж специфічним, пов'язаним із алкоголем, наприклад, моделювання батьками поведінки, пов'язаної з вживанням алкоголю, або ж надання батьками алкоголю. Як зазначалося раніше, стає все більш очевидним, що надання батьками алкоголю не захищає молодих людей від шкоди, пов'язаної з алкоголем. Інтервенції з боку батьків або сім'ї, спрямовані на зміцнення батьківських навичок, таких як виховання та підтримка молодих людей, встановлення меж і контроль, покращують поведінку підлітків, пов'язану з вживанням алкоголю. Існує небагато досліджень, які вивчають зміцнення батьківських навичок у клінічному контексті (наприклад, центри громадського здоров'я, первинна медична допомога, інші медичні заклади), натомість більшість інтервенцій звітують про програми, що реалізуються в шкільних або домашніх умовах.

Використання технологій у підходах до лікування

Електронна система охорони здоров'я або цифрові інтервенції для молодих людей, як видається, є ефективними за умови невеликого зниження кількості спожитого алкоголю, кількості днів вживання алкоголю та проблем, пов'язаних із алкоголем, порівняно з контрольними групами (див. Розділ 7). Аналогічно, хоча інтервенції з використанням мобільних застосунків досліджуються як засіб зменшення вживання алкоголю, ці методи все ще перебувають на стадії становлення (див. Розділ 7).

Інтервенції за участі однолітків

Роль інтервенцій за участю однолітків у вирішенні проблем з алкоголем серед підлітків привертає певну увагу в лікувальній сфері. Це випливає з теорії про те, що молоді люди вчаться один в одного, є позитивними рольовими моделями і користуються авторитетом серед інших молодих людей. Хоча на сьогодні їх відносно небагато і вони обмежені упередженістю відбору та іншими методологічними проблемами, дослідження інтервенцій за участю однолітків, які вивчають вживання алкоголю, свідчать про те, що ймовірність вживання алкоголю серед учасників груп за участю однолітків є нижчою порівняно з контрольними групами. Необхідні подальші дослідження, щоб з'ясувати, чи є така форма інтервенцій корисною для вирішення проблем з алкоголем у підлітків.

Вплив на коморбідності

Те, що для підлітка є першочерговим – психічний розлад чи проблема з алкоголем (тимчасова першість), залежить від індивідуальних особливостей. Проте, коморбідність психічних розладів та проблем з алкоголем дуже сильна. Тому лікування молодих людей, які мають проблеми з алкоголем, має включати в себе скринінг та лікування психічних розладів, зокрема депресії, суїцидальних думок, тривоги, антисоціальної поведінки, а також сексуального насильства або інших травм в анамнезі (див. розділ «Оцінка» вище).

Підліток, який вживає алкоголь, може переживати низку психосоціальних криз. У таких випадках слід проводити інтервенції з надання підтримки та інтервенції у кризових ситуаціях, які відповідають етапу розвитку підлітка та враховують його культурне походження, спосіб життя і, в багатьох випадках, його сім'ю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
12.6	Розлади психічного здоров'я, зокрема депресія, суїцидальні думки, тривожність та антисоціальна поведінка, а також сексуальне чи інше насильство або інша травма в минулому є поширеними серед молодих людей, які мають проблеми з алкоголем та іншими наркотичними речовинами, і їх слід враховувати, якщо це доречно, під час оцінювання та планування лікування	GPP

Фармакотерапія алкогольних проблем

Симптоми СВ алкоголю у підлітків зустрічаються рідко, про них повідомляють менше 10% молодих людей, але коли вони виникають, принципи

лікування екстраполюються на досвід дорослих, і для лікування синдрому відміни алкоголю слід використовувати бензодіазепіни.

Фармакотерапія розладів вживання алкоголю (налтрексон, акампросат і дисульфірам) у молодих людей залишається обмеженою, оскільки було проведено декілька контрольованих досліджень, в яких брали участь лише невеликі вибірки. Необхідні більш масштабні дослідження, особливо рандомізовані контрольовані випробування (Хаммонд, Дитячі та підліткові психіатричні клініки Північної Америки № 25 (2016), с. 685-711).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
12.7	Існує обмежена кількість доказів щодо ролі фармакотерапії розладів вживання алкоголю у підлітків	B

Розділ 13. ГЕНДЕРНІ ПИТАННЯ

Автори: Керолін Дей, Наталі Уайт та Шерон Рейд

У цьому розділі представлено огляд літератури з гендерних питань, які слід враховувати під час скринінгу, діагностики та лікування проблем, пов’язаних із алкоголем.

ГЕНДЕРНІ ПИТАННЯ

Чоловіки та жінки можуть по-різному реагувати на вживання алкоголю та розлади вживання алкоголю через низку соціокультурних чинників, що значною мірою пов’язані з традиційною роллю жінок як берегинь домашнього вогнища та домогосподарок. Таким чином, гендерні ролі впливають на те, як чоловіки та жінки піддаються впливу алкоголю, вживають його, розвивають розлади вживання алкоголю, звертаються за лікуванням проблем, пов’язаних із алкоголем, і, зрештою, на те, як ці проблеми лікуються.

Цей розділ має на меті надати рекомендації щодо різних аспектів скринінгу, діагностики та лікування вживання алкоголю серед чоловіків і жінок. Зокрема, розглядаються гендерні аспекти, які лікарі мають враховувати під час скринінгу на наявність проблем з алкоголем або коли хтось звертається з проблемою, пов’язаною з вживанням алкоголю. У цьому розділі термін «гендер» відноситься до бінарних категорій чоловіків і жінок, а сукупність досліджень включає майже виключно тих людей, чия гендерна приналежність збігається зі статтю, визначеною їм при народженні. Настанови для

транссексуалів, інтерсексуалів та людей з небінарною гендерною ідентичністю наведено в Розділі 17.

Як і в багатьох інших галузях охорони здоров'я та медицини, значна частина досліджень була зосереджена на чоловіках, а потім узагальнена на жінках. Однак існує низка досліджень, в яких розглядаються гендерні аспекти вживання психоактивних речовин, зокрема розладу вживання алкоголю у жінок, але набагато менше досліджень присвячено гендерним аспектам вживання алкоголю у чоловіків.

Епідеміологія

Загалом чоловіки вживають більше алкоголю, ніж жінки, як в Австралії, так і в усьому світі. Австралійські чоловіки вдвічі частіше, ніж жінки, вживають алкоголь щодня і в кількостях, які збільшують як ризик одноразового вживання, так і ризик шкоди впродовж життя. Існують певні докази гендерного зближення, хоча це може бути радше віковим, ніж когортним ефектом.

Стать і розвиток розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю

Чоловіки більш схильні до розвитку розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, ніж жінки. Існують чіткі відмінності в динаміці розвитку розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, у чоловіків і жінок. Жінки, зазвичай, прогресують до розладів, пов'язаних із вживанням, швидше, ніж чоловіки, хоча докази цього неоднозначні.

Існують відмінності в патернах звернення за лікуванням між чоловіками та жінками. Встановлено, що жінки рідше, ніж чоловіки, отримують лікування від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Різниця в отриманні лікування може бути пов'язана як з біологічними, так і з психосоціальними факторами, оскільки у жінок з психіатричними розладами частіше виявляють і лікують коморбідні афективні розлади. Традиційна роль жінок як піклувальниць збільшує стигматизацію та ризик соціальної шкоди для жінок та їхніх сімей, а також може перешкоджати зверненню за лікуванням, що потенційно може призвести до пізнього звернення за допомогою.

Гендер та уявлення про шкоду, пов'язану з вживанням алкоголю, у жінок

Стать може впливати на умови, в яких чоловіки та жінки звертаються за лікуванням. Жінки, які звертаються під час вагітності, мають пройти скринінг на вживання алкоголю (див. Розділ 14). Вони також можуть звернутися в кризових ситуаціях, наприклад, з травмою, пов'язаною з домашнім насильством (див. Вставку 13.1), поширеність якого є високою серед жінок, які вживають психоактивні речовини в анамнезі. Чоловіки можуть звертатися з травмами внаслідок насильства, пов'язаного з алкоголем, яке частіше трапляється серед чоловіків, ніж серед жінок.

ВСТАВКА 13.1: Домашнє насильство

Визначення домашнього насильства залежить від юрисдикції. Цей термін часто використовується як взаємозамінний з «сімейним насильством» та «насильством з боку інтимного партнера». У цьому керівництві «домашнє насильство» означає будь-яке фізичне насильство; сексуальне насильство; емоційне насильство; словесні образи та залякування; економічну та соціальну депривацію; пошкодження особистого майна та зловживання владою між особами, які перебувають у домашніх стосунках, зокрема між інтимними партнерами та/або членами сім'ї.

Жінки є більш вразливими до несприятливого становища, віктимізації, стигматизації та прискіпливого ставлення, пов'язаного з виконанням батьківських обов'язків, і можуть стикатися з більшими перешкодами в лікуванні через обов'язки по догляду за дітьми. Хоча батьками можуть бути як чоловіки, так і жінки, жінки набагато частіше є або основними опікунами, або одинокими матерями малолітніх дітей, а часто і тими, і іншими. У таких випадках також слід враховувати потреби захисту дітей.

Гендерні питання у виявленні та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю

У жінок частіше, ніж у чоловіків, не виявляють випадки розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Тому важливо приділяти більше уваги рутинному та ситуативному скринінгу жінок. Якщо діагноз встановлено, гендерний фактор слід враховувати як під час скринінгу, так і під час лікування. Ключовими гендерними питаннями під час скринінгу та лікування проблем, пов'язаних із алкоголем, є:

1. Скринінг як жінок, так і чоловіків на домашнє насильство (жертва та/або кривдник);
2. Скринінг на насильство, пов'язане з алкоголем, у чоловіків;
3. Скринінг та лікування проблем, пов'язаних із алкоголем, у батьків та опікунів дітей;
4. Скринінг та консультування з питань контрацепції для жінок; та
5. Гендерно-специфічні програми лікування.

Скринінг домашнього насильства

Розкриття інформації про домашнє насильство за власним бажанням є рідкісним явищем. Дані Кокранівського огляду свідчать, що скринінг у медичних закладах підвищує рівень виявлення, але немає достатніх доказів того, що він покращує результати, зокрема направлення до спеціалістів. Якщо скринінг проводиться, використання скринінгового інструменту є більш ефективним, хоча не було виявлено жодного конкретного інструменту, який був би кращим для жінок. Усі скринінги на домашнє насильство мають проводитися з урахуванням факторів умов та оточення, а також з урахуванням травматичного досвіду. Королівський австралійський коледж лікарів загальної

практики надає рекомендації щодо того, як ставити запитання про насильство з боку інтимного партнера в умовах загальної практики. У деяких австралійських штатах і територіях скринінг на домашнє насильство є обов'язковим у певних державних лікарнях; у Новому Південному Уельсі це стосується також служб лікування наркозалежності та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (Вставка 13.2).

Чоловіки частіше вчиняють домашнє насильство, ніж стають його жертвами. Спеціальні інструменти, сумісні з клінічними умовами, такі як Переглянута шкала тактики поведінки в конфлікті, були розроблені та апробовані в закладах наркологічної допомоги, але вони ще не набули широкого поширення, а їхня загальна ефективність не встановлена. Дані про вплив такого скринінгу відсутні. На цей момент не можна чітко рекомендувати проведення скринінгу серед чоловіків.

У звичайних клінічних умовах може знадобитися направлення до соціальних працівників або спеціальних державних та неурядових служб громади для з'ясування безпеки та потреби в захисті дітей або залученні поліції.

ВСТАВКА 13.2: Питання скринінгу домашнього насильства в новому південному Уельсі, які є обов'язковими для служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків

1. Протягом останнього року ваш партнер або колишній партнер бив вас, давав ляпаси або завдавав вам іншої шкоди?
2. Чи боїтеся ви свого партнера або колишнього партнера?

- Якщо жінка відповіла «НІ» на обидва питання, дайте їй інформаційну картку і скажіть: Це інформація, яку ми надаємо всім жінкам про домашнє насильство.

- Якщо жінка відповість ТАК на одне або обидва вищезазначених питання, перейдіть до питань 3 і 4.

3. Чи безпечно вам буде повертатися додому, коли ви підете звідси?
4. Чи потрібна вам якась допомога?

Див.: https://bit.ly/41vgHJL

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
13.1	Слід проводити скринінг жінок на предмет домашнього насильства (віктимізації та скоєння злочинів) та, за потреби, направляти їх до спеціалізованих служб	C
13.2	Слід проводити скринінг чоловіків на предмет домашнього насильства (віктимізації та вчинення злочинів) та, за потреби, направляти їх до	D

	спеціалізованих служб	

Гендер та лікування жінок

Психосоціальні міркування

Люди з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, можуть бути опікунами маленьких дітей, і це особливо ймовірно для жінок. Як зазначалося вище, для оцінки потреб у захисті дітей необхідно провести скринінг на домашнє насильство. Оцінку захисту дітей слід розглядати для всіх, хто живе з дітьми віком до 16 років і лікується від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Дуже важливо запитати, а не припускати, чи доглядає людина за дітьми або проживає з ними. Обов’язки по догляду за дітьми слід враховувати під час планування лікування.

Існує небагато спеціальних програм для батьків, спрямованих на боротьбу з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, але існує цілий ряд програм для батьків і програм підтримки для вразливих сімей. За потреби слід направити до громадських програм або соціальних служб. Чоловіки набагато рідше є основними опікунами дітей, але їхні батьківські обов’язки також слід переглянути. Покращення батьківських обов’язків та залучення батьків до виховання дітей може бути захисним фактором для чоловіків з розладами вживання психоактивних речовин.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
13.3	Якщо стаціонарне лікування є доцільним, батьків, особливо матерів, слід направляти до закладів з інтегрованими програмами виховання дітей та боротьби з вживанням психоактивних речовин	C
13.4	Батьків слід направляти на амбулаторні програми, якщо це можливо	GPP

Контрацепція

Для жінок дітородного віку, які регулярно вживають алкоголь, важливим питанням є контрацепція, незалежно від рівня споживання та наявності у них розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Рівень сексуальної активності людини з чоловіками може змінюватися з часом, тому потенційну потребу в контрацепції слід періодично обговорювати з жінкою.

Докази підтверджують доцільність застосування довготривалих оборотних контрацептивів, таких як внутрішньоматкові спіралі та гормональні імплантати, оскільки вони не є залежними від споживача і їх слід

рекомендувати. Інтеграція контрацептивної допомоги в послуги з лікування залежності від наркотиків та алкоголю привернула певну увагу, але вона, зазвичай, зосереджується на жінках, які мають інші розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин, і докази на цей рахунок наразі є недостатніми.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
13.5	Жінки дітородного віку, які вживають алкоголь, мають отримати консультацію щодо використання контрацепції та, за можливості, призначення або направлення на застосування довготривалих оборотних контрацептивів	B

Фармакотерапія для профілактики рецидивів

Зараз немає чітких доказів щодо специфічної фармакотерапії для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, для чоловіків та жінок окремо. Це може відображати недостатню представленість жінок у деяких дослідженнях. Безпека фармакотерапії, що використовується для лікування під час вагітності, для більшості фармакотерапій не встановлена (див. Розділ 14); тому жінкам дітородного віку, які мають статеві стосунки з чоловіками і яким призначено будь-яку з цих фармакотерапій, слід надати консультації щодо контрацепції (див. вище).

Гендерно-специфічні/адаптовані до гендерних особливостей інтервенції

Доказова база для гендерно-орієнтованих програм є неоднозначною, і хоча значна частина літератури присвячена розладам, пов’язаним із вживанням психоактивних речовин, до яких, зазвичай, відноситься і розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, мало що стосується саме алкоголю. Гендерно-специфічні варіанти слід розглядати за наявності: і) практичних міркувань, які вимагають окремого лікування (наприклад, жінки з маленькими дітьми, або якщо в анамнезі є сексуальне насильство чи інша гендерна травма); та іі) програмних міркувань, наприклад, послуги з інтегрованими програмами протидії домашньому насильству або виховання дітей. Лікарі мають враховувати кожен з вищезазначених аспектів, щоб надати рекомендації щодо загального або гендерно-специфічного лікування, особливо якщо розглядається можливість лікування в стаціонарних закладах. Безпека жінок у змішаних стаціонарних закладах може потребувати особливого захисту, але подальший розгляд цього питання виходить за межі цих Настанов.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
13.6	Стаціонарне лікування з урахуванням гендерних особливостей слід розглядати для жінок з розладами вживання алкоголю, якщо є показання до стаціонарного лікування	C
13.7	Амбулаторне лікування з урахуванням гендерних особливостей слід розглядати для жінок з розладами вживання алкоголю, якщо є показання до амбулаторного лікування	D
13.8	Стаціонарне лікування з урахуванням гендерних особливостей може розглядатися для чоловіків з розладами вживання алкоголю	GPP

Висновок

Існує багато гендерно-специфічних питань, які слід враховувати під час скринінгу та лікування. Для жінок ключовими питаннями є діагностика, контрацепція, домашнє насильство, виховання та захист дітей, а також можлива потреба в гендерно-специфічному лікуванні. Ключові питання для чоловіків зосереджені навколо насильства, як для кривдників, так і для жертв насильства, пов'язаного з алкоголем, а також для кривдників домашнього насильства. Хоча це питання актуальне і для чоловіків, виховання дітей є особливо важливим для жінок, оскільки вони набагато частіше є єдиними або основними опікунами малолітніх дітей, що також може слугувати як мотивацією, так і бар'єром для отримання доступу до лікування.

Розділ 14. ВАГІТНІ ТА ЖІНКИ, ЩО ГОДУЮТЬ ГРУДДЮ

Автори: Люсінда Бернс та Деліс Хатчінсон

У цьому розділі представлено короткий огляд впливу та лікування вживання алкоголю вагітними жінками та/або жінками, які годують груддю. Розділи містять інформацію про вплив на матір та плід, що розвивається; варіанти скринінгу; наявні психологічні та фармакотерапевтичні методи лікування, а також ширші практичні висновки.

ВАГІТНІ ЖІНКИ ТА ЖІНКИ, ЯКІ ГОДУЮТЬ ГРУДДЮ

Обмеженість наявних доказів унеможливлює встановлення «безпечного» або «безризикового» рівня вживання алкоголю для жінок, щоб уникнути шкоди для їхніх майбутніх дітей. Тому політика відмови від вживання алкоголю

вважається найбезпечнішим варіантом для вагітних жінок, жінок, які можуть незабаром завагітніти, та жінок, які годують груддю.

Рекомендації та поради NHMRC щодо вагітності та грудного вигодовування

На основі наявних доказів Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) (2020) надає рекомендації та поради щодо вживання алкоголю під час вагітності та грудного вигодовування.

Рекомендація 3

Для зменшення ризику шкоди для майбутньої дитини жінки, які вагітні або планують завагітніти, не мають вживати алкоголь. Для жінок, які годують груддю, відмова від вживання алкоголю є найбезпечнішою для їхньої дитини.

Вагітність

Дані рецензованої літератури свідчать про те, що вплив алкоголю на плід може призвести до небажаних явищ, які варіюються від легких до тяжких і впливають на когнітивний, поведінковий та фізичний розвиток дитини. Крім того, вплив алкоголю є сильним предиктором передчасних пологів та народження дитини з низькою вагою для гестаційного віку.

NHMRC (2020) дає такі поради щодо вживання алкоголю під час вагітності:

- Відмова від вживання алкоголю – найбезпечніший варіант.
- Ризик шкоди для плода є найвищим, коли мати часто вживає алкоголь у великих кількостях.
- Ризик шкоди для плода, ймовірно, буде низьким, якщо жінка вживала лише невелику кількість алкоголю до того, як дізналася про свою вагітність, або під час вагітності.
- Рівень ризику для конкретного плоду залежить від особливостей матері та плоду, і його важко передбачити.

Що можна сказати жінкам, які вживали мінімальну кількість алкоголю під час вагітності?

Жінок, які вживали невеликі кількості алкоголю до того, як дізналися про вагітність, або під час вагітності, можна заспокоїти, що немає жодних достовірних доказів того, що це шкідливо для майбутньої дитини, і що будь-який вплив, ймовірно, буде мінімальним. Жінкам, які все ж занепокоєні, слід звернутися за консультацією до спеціаліста.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
14.1	Жінки, які вагітні або можуть завагітніти, мають бути проінформовані про чинні настанови NHMRC,	B

	які рекомендують повну відмову від вживання алкоголю. Лікарі, які надають консультації вагітним жінкам, мають ознайомитися з аналізом ризику, описаним у цих настановах. Ризик шкоди для плода є найвищим, коли мати часто вживає алкоголь у великих кількостях	
14.2	Жінок можна заспокоїти, що ризик шкоди для плоду, ймовірно, низький, якщо жінка вживала лише невелику кількість алкоголю до того, як дізналася про свою вагітність, або під час вагітності	B

Грудне вигодовування

Існуючі дані свідчать про те, що вживання двох і більше стандартних порцій на день може негативно впливати на лактацію, поведінку немовляти (наприклад, годування, цикл сну і пробудження) та психомоторний розвиток дитини на грудному вигодовуванні. Однак брак високоякісних досліджень ускладнює надання остаточних рекомендацій щодо безпечних рівнів.

NHMRC (2020) дає такі поради щодо вживання алкоголю матерями, які годують груддю:

- Відмова від вживання алкоголю – найбезпечніший варіант.
- Жінкам слід уникати вживання алкоголю в перший місяць після пологів, поки грудне вигодовування не налагодиться.

Після цього:

- споживання алкоголю слід обмежити до не більше двох стандартних порцій на день;
- жінкам слід уникати вживання алкоголю безпосередньо перед годуванням груддю;
- жінкам, які бажають вживати алкоголь, слід заздалегідь подбати про зціджування молока.

У середньому жінці потрібно приблизно дві-три години для метаболізму однієї стандартної порції алкоголю, щоб вміст алкоголю в грудному молоці знизився до нуля. Однак цей час може змінюватися залежно від ряду факторів, таких як вага тіла, метаболізм, споживання їжі та води.

Важливо зазначити, що ризик випадкової травми та/або шкоди для матері та дитини, якщо мати перебуває в стані алкогольного сп’яніння під час грудного вигодовування, є високим. Наприклад, вона може стати сонливою і випадково впустити або задушити дитину. Мати, яка годує грудьми, повинна мати «план безпеки» на випадок, якщо вона все ж таки вживатиме алкоголь. Цей план має включати поради щодо того, щоб не спати в одному ліжку (тобто спільного сну).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.3	Жінки, які годують груддю, мають бути ознайомлені з чинними настановами NHMRC, які рекомендують відмову від вживання алкоголю. Якщо жінка бажає випити, рекомендується, щоб вона годувала груддю перед вживанням алкоголю. В іншому випадку, зачекайте, поки рівень алкоголю в крові знизиться до нуля (приблизно дві години на одну стандартну випиту порцію), перш ніж відновити грудне вигодовування. До цього часу зціджувати або збирати молоко не потрібно	B

Скринінг та коротка інтервенція під час вагітності

Вагітним жінкам рекомендується проводити кількісно-частотну оцінку для виявлення будь-якого вживання алкоголю (див. Розділ 4).

Скринінгові тести «Толерантність, роздратованість, зниження споживання та перша дія зранку» (T-ACE) та «Толерантність, занепокоєння, перша дія зранку, амнезія, зниження споживання» (TWEAK) були розроблені для використання серед вагітних жінок і є достатньо чутливими для виявлення високих рівнів споживання; при цьому T-ACE має кращі показники, ніж TWEAK. Опитувальники T-ACE та TWEAK можуть бути використані в цій групі населення для виявлення вживання алкоголю на рівнях, які можуть наражати плід на значний ризик шкоди, пов’язаної з вживанням алкоголю (див. Додаток 1). Жоден з інструментів не призначений для виявлення низького рівня вживання алкоголю. Тест на виявлення розладів вживання алкоголю – споживання (AUDIT-C) – це простий кількісний вимір частоти, який можна використовувати для виявлення кількості спожитого алкоголю.

Короткі інтервенції (див. також Розділ 6) ефективно знижують рівень вживання алкоголю під час вагітності у жінок без алкогольної залежності та мають надаватися всім вагітним жінкам, а також жінкам, які планують завагітніти. Доведено, що участь партнера також підвищує ефективність коротких інтервенцій.

Було продемонстровано, що короткі інтервенції в цій групі населення призводять до:

- підвищення рівня утримання від вживання алкоголю до зачаття та під час вагітності;
- значне зменшення як щоденного, так і запойного вживання алкоголю;
- зниження рівня ембріональної смертності;
- збільшення ваги та довжини тіла новонародженого при народженні.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.4	Короткі інтервенції (зокрема, мотиваційно-стимулююча терапія) рекомендується використовувати під час вагітності, зокрема, і для партнера, якщо це доречно	А

Вплив вживання алкоголю на матір під час вагітності

Визнано, що вживання алкоголю під час вагітності може становити серйозний ризик не тільки для дитини, що розвивається, але й для матері. Тому важливо, щоб жінки, як до, так і протягом дітородного періоду, були добре поінформовані про токсичність алкоголю для них самих.

Важливо, щоб жінки, які вживали або продовжують вживати алкоголь під час вагітності, незалежно від того, на якому рівні, усвідомлювали, що це загрожує їхньому здоров'ю, а також здоров'ю їхнього плоду, але при цьому вони не мають відчувати себе винними. Жінки мають відчувати підтримку в отриманні найкращої акушерської та соціальної допомоги, а також практичної допомоги в припиненні або більш безпечному управлінні своїм вживанням алкоголю.

Серйозні медичні ускладнення, з якими може зіткнутися вагітна жінка, яка вживає алкоголь, включають:

- стан відміни алкоголю під час вагітності, пологів або викидня
- травми через інтоксикацію
- зневоднення
- гестаційний діабет
- надмірна блювота
- неправильне харчування
- гіпертензія
- гіпоглікемія
- зниження функції імунної системи
- передчасні пологи
- мертвонародження.

Алкогольна інтоксикація під час вагітності

Алкогольна інтоксикація є серйозним ризиком як для вагітної жінки, так і для її плоду.

Вагітна жінка з важкою алкогольною інтоксикацією піддається безпосередньому ризику передозування, блювання, аспірації та задухи, травм, викидня або передчасних пологів. Тому необхідно негайно оцінити перебіг її вагітності та стан здоров'я, бажано, щоб це зробив досвідчений акушер, після консультації з медичною/акушерською командою. Вона має перебувати під пильним наглядом і доглядом у безпечному середовищі.

Якщо є можливість, проведіть кардіотокографію для електронного моніторингу стану плода та, за потреби, зробіть ультразвукове дослідження. Рекомендується госпіталізація для ретельного спостереження, можливого медичного втручання та безпечного середовища для запобігання випадковим травмам.

Домовтеся про подальше обстеження та спостереження протягом всієї вагітності щодо проблем з алкоголем, загального стану здоров'я та харчування, психологічного благополуччя, проблем з психічним здоров'ям, а також соціальних питань, таких як насильство в сім'ї.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
14.5	Якщо жінка під час вагітності перебуває в стані алкогольного сп'яніння, може бути рекомендована госпіталізація для оцінки безпеки плода та матері, а також для комплексного обстеження та планування догляду	GPP

СВ алкоголю під час вагітності

Вагітна жінка, схильна до ризику СВ, зазвичай випиває шість стандартних порцій алкоголю або більше протягом більшості днів. Фізіологічна толерантність/залежність виникла, і вона відповідає критеріям розладу вживання алкоголю.

Якщо жінка вживає алкоголь у таких кількостях і різко зменшує або припиняє пити, у неї може виникнути СВ. Це може статися в будь-який час під час вагітності, а також під час пологів і після пологів.

Якщо жінка багато пила незадовго до пологів або пережила СВ під час пологів, новонароджений піддається ризику гострого СВ. Початок СВ у новонародженого може початися через 24-48 годин після пологів, залежно від часу останнього вживання алкоголю матір'ю.

Догляд за вагітною жінкою в стані СВ алкоголю

Вагітна жінка з ризиком розвитку СВ алкоголю має перебувати під ретельним наглядом і може потребувати госпіталізації на будь-якій стадії вагітності, оскільки сам по собі СВ може призвести до летального результату, а в цей час існують додаткові ризики для її здоров'я та здоров'я її плоду. В ідеалі, план допологового спостереження передбачає, що пологи відбудуться в лікарні, де і жінка, і дитина зможуть отримати спеціалізовану акушерську та медичну допомогу, а також довгострокову медичну та соціальну підтримку.

Жінка потребує пильного спостереження та ретельного моніторингу, зазвичай з використанням шкали СВ (див. Розділ 8), а також підтримуючого догляду та медичної допомоги, щоб зменшити ризик ускладнень для неї та дитини, пов'язаних із СВ (див. Розділ 8).

Настанови щодо лікування вагітної жінки з ризиком СВ включають:

- Якщо у неї починається СВ, вона потребує негайної спеціалізованої медичної та сестринської допомоги в добре обладнаній лікарні.
- Вона має перебувати під ретельним наглядом і моніторингом щодо прогресування ознак і симптомів, а також отримувати медикаментозне лікування для запобігання та лікування будь-яких ускладнень для неї та плоду.
- Вона потребуватиме медичного та сестринського догляду протягом щонайменше 5 днів після початку СВ, а в залежності від будь-яких інших факторів або супутніх захворювань - потенційно довше.
- Важливо проінформувати приймаючу клінічну команду про історію вживання алкоголю, час останнього вживання алкоголю, концентрацію алкоголю в крові під час обстеження, життєві показники та бали за шкалою синдрому відміни алкоголю (див. Розділ 8 та Додаток 3).

Особливо важливо повідомити про будь-які ускладнення СВ алкоголю анамнезі, такі як судоми, галюцинації або біла гарячка, а також про ризик дефіциту тіаміну, що призводить до енцефалопатії Верніке.

Необхідно терміново розглянути питання про початок оцінки та управління харчуванням. Парентеральне введення тіаміну слід розпочинати до введення будь-якої глюкози (див. Розділ 8). Слід призначити фолієву кислоту (також парентерально, якщо є сумніви щодо ймовірного всмоктування пероральних таблеток), оскільки зловживання алкоголем асоціюється з дефіцитом фолатів, що є добре задокументованим фактором розвитку дефектів нервової трубки. Слід розглянути інші дефіцити вітамінів, а також загальний білковий і калорійний статус. Ці дефіцити, зазвичай, добре піддаються лікуванню за допомогою збалансованої дієти в лікарні після подолання синдрому відміни алкоголю, але можуть потребувати більш тривалого перебування в стаціонарі.

Після того, як пацієнтка подолає гострий СВ і буде готова, вона має пройти повне комплексне обстеження, зокрема обстеження її сім'ї та інших дітей, які проживають у будинку. Необхідно розробити комплексний план догляду, спираючись на клінічні настанови з ведення вагітності (Клінічні практичні настанови: Ведення вагітності)[43] та вживання психоактивних речовин під час вагітності (Клінічні настанови з лікування вживання психоактивних речовин під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді)[44].

Команда спеціалістів медичної та медсестринської допомоги має забезпечити негайне інформування лікаря загальної практики, лікаря-акушера та/або акушерки, а також надати їм чіткі вказівки щодо оцінки стану жінки, стабілізації, медичного, медсестринського та психологічного супроводу та підтримки.

---

[43] https://www.clinicalguidelines.gov.au/portal/2589/clinical-practice-guidelines-pregnancy-care-2018-edition

[44] https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Pages/substance-use-during-pregnancy-guidelines.aspx

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.6	Лікування СВ алкоголю під час вагітності слід проводити в лікарні загального профілю, в ідеалі – у пологовому відділенні високого ризику, консультуючись зі спеціалістами з медикаментозної терапії під час вагітності. За потреби для контролю синдрому відміни алкоголю можна призначити діазепам. Слід розпочати дієтологічне втручання, зокрема парентеральне введення тіаміну, заміщення фолієвої кислоти та оцінити можливість призначення інших добавок	GPP

Політика та протоколи надання медичної допомоги вагітним жінкам, які зазнали впливу алкоголю або інших наркотичних речовин

Кожна служба охорони здоров'я повинна мати чітку політику та клінічні протоколи для оцінки та реагування на такі ситуації, щоб вагітні жінки могли отримати співчутливий та ефективний догляд як негайно, так і в довгостроковій перспективі. Наявність чітких політик і протоколів допоможе підтримати обов'язок піклування і належну практику в цьому аспекті.

Основні питання, які слід поставити вагітній жінці в стані СВ, такі:

- На якому етапі вагітності вона перебуває?
- Який її загальний стан здоров'я?
- Чи є у неї ризик передчасних пологів?
- Чи існує для неї серйозний ризик фізичного або психічного захворювання, травми, поганого харчування, зневоднення, інфекції, насильства?
- Як далеко вона знаходиться від найближчої лікарні?
- Чи є у неї на утриманні діти або члени сім'ї, які покладаються на неї (наприклад, вона є одинокою матір'ю або особою, яка піклується про інших)?
- Чи потребує вона тимчасового догляду за дітьми під час хвороби?

Рекомендується ретельний нагляд і підтримка після виписки. Необхідно обговорити питання спеціалізованого лікування від розладів пов'язаних із вживанням алкоголю, а також важливість допологового догляду. Практична допомога, така як допомога з транспортом та доглядом за дитиною, може посилити залучення до лікування.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.7	Жінки, які під час вагітності мають серйозні	GPP

	проблеми з алкоголем (та/або іншими наркотичними речовинами), мають бути госпіталізовані у відповідне відділення лікарні для стабілізації стану, комплексного обстеження та планування лікування	
14.8	Наполегливий нагляд рекомендується для допологового та післяпологового догляду, лікування зловживання психоактивними речовинами, а також для соціальної підтримки та захисту дітей	GPP

Лікування алкогольної залежності під час вагітності

Короткі інтервенції, зокрема мотиваційно-стимулююча терапія, можуть бути ефективними для зменшення вживання алкоголю під час вагітності.

Сучасні фармакотерапевтичні засоби для лікування алкогольної залежності віднесені до категорії B, що означає, що ці препарати приймала лише обмежена кількість вагітних жінок і жінок дітородного віку, і не спостерігалося збільшення частоти вроджених вад розвитку або інших прямих чи опосередкованих шкідливих впливів на плід людини. Акампросат і дисульфірам відносяться до категорії B2, що означає, що дослідження на тваринах є недостатніми або можуть бути відсутніми, але наявні дані не свідчать про збільшення частоти випадків пошкодження плоду. Налтрексон відноситься до категорії B3, що означає, що дослідження на тваринах виявили ознаки підвищеного ризику пошкодження плоду, значення якого для людини вважається невизначеним. Відповідно, ці препарати не можуть бути рекомендовані для регулярного застосування. У разі їх застосування слід ретельно зважити потенційні ризики та переваги, проконсультувавшись з пацієнтом.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
14.9	Фармакотерапія для підтримки утримання від вживання алкоголю під час вагітності, не може бути рекомендована для регулярного застосування через недостатню кількість даних з безпеки	D

Вплив алкоголю на здоров’я плоду

Шкідливий вплив вживання алкоголю під час вагітності на плід залежить від того, скільки алкоголю вживає мати під час вагітності. Крім того, такі фактори, як погане харчування, вживання інших наркотичних речовин,

безпритульність і погане фізичне здоров'я також сприяють поганим наслідкам і мають бути враховані в анамнезі матері та під час оцінки стану здоров'я плода і немовляти.

Ці проблеми варіюються від легких до важких. Ступінь шкоди, пов'язаної з алкоголем, може стати очевидним, поки дитина не подорослішає, і проблеми з поведінкою та навчанням не стануть очевидними.

Фетальні розлади алкогольного спектру

Фетальні розлади алкогольного спектру (ФРАС) пов'язані з впливом алкоголю на плід. Вираженість ФРАС спостерігається у дітей, чиї матері мали в анамнезі хронічне вживання важких алкогольних напоїв та/або часте епізодичне вживання алкоголю у великих кількостях (наприклад, запої) під час вагітності. Симптоми варіюються від легких до важких і можуть включати фізичні, неврологічні та поведінкові проблеми.

Немовлята, які страждають на ФРАС, можуть мати низку серйозних проблем зі здоров'ям і розвитком, зокрема:

- значні труднощі з навчанням;
- розумова відсталість;
- поганий зір і слух;
- погана координація та моторика;
- дефекти обличчя та кісток;
- вади серця, печінки та нирок;
- повільний фізичний розвиток після народження.

На цей час не існує аналізів крові або лабораторних тестів, які б допомогли діагностувати фетальні розлади алкогольного спектру. Тому діагноз ґрунтується на оцінці фахівцем росту і розвитку дитини, будь-яких характерних рис обличчя і фізичних порушень, дисфункції центральної нервової системи (зокрема, інтелектуальних здібностей) у поєднанні з підтвердженням, якщо це можливо, того, що мати вживала алкоголь під час вагітності.

Неонатальний СВ

Неонатальний СВ виникає через те, що потік алкоголю з крові матері через плаценту раптово припиняється після пологів. Якщо є занепокоєння, що вагітна жінка може бути залежною від алкоголю або регулярно вживає алкоголь у великих кількостях, важливо ретельно спостерігати за новонародженим на предмет початку СВ алкоголю. Ознаки та симптоми СВ алкоголю у новонародженої дитини включають:

- тремор;
- дратівливість;
- судоми;
- здуття живота;
- блювання.

Невідкладна медична допомога та/або вивезення новонародженого буде необхідною, якщо є тяжкі ознаки або симптоми неонатального СВ.

Слід проконсультуватися зі спеціалізованою службою та вжити заходів для оцінки та діагностики фетального алкогольного синдрому, якщо така експертиза недоступна на місцевому рівні. Також необхідно делікатно підготувати матір, батька та сім'ю до потреби в майбутній підтримці та оцінці будь-якого з менш розпізнаваних фетальних розладів алкогольного спектру.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
14.10	Рекомендується проводити лікування немовлят з неонатальний СВ алкоголю після консультації зі спеціалізованим відділенням	GPP
14.11	Рекомендується, щоб немовлята, народжені жінками, які регулярно вживали алкоголь під час вагітності, були ретельно обстежені педіатром, обізнаним з анамнезом матері, на предмет фетальних розладів алкогольного спектра, з подальшим лікуванням під керівництвом відповідних спеціалістів	GPP

Надання підтримки матерям і дітям та просвітницької роботи з партнерами в їхньому житті

Підтримка вагітних жінок, матерів і дітей

Щоб підвищити ймовірність здорових результатів для матері та дитини, жінки мають довіряти своїм медичним працівникам і відчувати, що вони отримують хороші поради та підтримку. Лікарі можуть завоювати цю довіру, будучи доступними, доброзичливими, неупередженими і готовими піклуватися і підтримувати своїх пацієнток в період вагітності та грудного вигодовування, навіть якщо вони вирішили вживати алкоголь.

Просвітницька робота з партнерами та сім'єю

Важливо, щоб партнери вагітних жінок були поінформовані про ризики, пов'язані з вживанням алкоголю, і про те, як вони можуть підтримати свою жінку-партнера та інших членів сім'ї під час вагітності та грудного вигодовування. Зокрема, близькі родичі можуть найкраще підтримати вагітну жінку або жінку, яка годує груддю, якщо не питимуть поруч з нею або утримуватимуться від вживання алкоголю.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.12	Оцінка сім'ї є важливим аспектом лікування вживання психоактивних речовин у жінок. Інтервенція має бути спрямована на всю сім'ю, щоб зменшити вживання алкоголю	GPP

Культурні міркування

Уявлення про вагітність і пологи у жінок з різних культурних середовищ можуть відрізнятися між самими жінками та їхніми медичними працівниками. Наприклад, жінка з корінних народів може вірити, що її вагітність пов'язана з її традиційними сновидіннями.

Медичні повідомлення про ризики вживання алкоголю під час вагітності та грудного вигодовування мають враховувати різні культурні вірування (див. також Розділ 15 і Розділ 16).

Деяким жінкам, які дотримуються певних культурних переконань щодо вагітності, може бути корисно допомогти їм розглянути можливість взагалі не вживати алкоголь або вживати його лише в дуже низьких кількостях протягом усього дітородного періоду.

Різні культурні переконання можуть принаймні частково пояснити, чому деякі жінки не звертаються за допологовою допомогою до пізніх термінів вагітності. Іншим фактором може бути те, що вони мають обмежений доступ до прийнятних і «культурно безпечних» послуг.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
14.13	Жінкам з числа корінного населення та мешканок островів Торресової протоки слід пропонувати направлення до культурно прийнятних клінічних служб	GPP
14.14	Жінкам з культурно різноманітного походження слід запропонувати направлення до культурно прийнятних клінічних служб	GPP

Алкоголь і проблеми з психічним здоров'ям

Вагітність і материнство можуть бути не надто позитивним досвідом для деяких жінок. Жінки особливо вразливі, якщо вони мають серйозні проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія і тривога, посттравматичний стресовий розлад або психотичне захворювання, та/або супутню алкогольну залежність (коморбідність/подвійний діагноз). Серйозне занепокоєння в Австралії

викликає також насильство в сім’ї. Всі жінки мають проходити скринінг на предмет такого насильства і отримувати відповідні направлення.

Як і будь-якій вагітній або молодій матері, важливо, щоб її прагнення, життєві навички та особливі потреби були визнані, так само як і її страхи та проблеми, пов’язані з вагітністю та материнством. Медичні працівники та інші надавачі послуг мають побудувати міцні терапевтичні стосунки з жінкою та забезпечити співпрацю між собою, що забезпечить належне розуміння її потреб і цілісне реагування на них, щоб допомогти їй впоратися з більш широкими життєвими викликами в цей період.

Важливо дослідити питання провини за вплив вживання психоактивних речовин на дитину, а також проінформувати кожну жінку про ймовірні наслідки в її конкретному випадку.

Зв’язок жінки з медичними службами та програмами з підготовки до пологів на ранній стадії вагітності або якомога раніше має вирішальне значення для надання їй консультацій з питань психічного здоров’я та поєднання зловживання алкоголем, а також будь-якої культурно прийнятної підтримки, якої вона може потребувати.

Партнер також може відчувати депресію, тривогу або інші проблеми з психічним здоров’ям і відчувати себе ізольованим від свого партнера та дитини. Визнання того, що батьківство і зміна сімейних стосунків можуть бути стресом для обох батьків, може стати першим кроком у лікуванні проблем психічного здоров’я та коморбідних розладів.

Зв’язок матерів і партнерів з відповідними службами та місцевими групами підтримки та/або можливість отримати консультацію чи неформальну бесіду є важливими елементами, які можуть допомогти жінкам як під час вагітності, так і в період батьківства.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
14.15	Скринінг на вживання психоактивних речовин, психічне здоров’я та насильство в сім’ї, направлення та відповідний супровід є важливими ком понентами комплексного плану догляду за всіма вагітними жінками	GPP

Розділ 16. ГРУПИ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА КУЛЬТУРНИМИ ТА МОВНИМИ ОЗНАКАМИ

Автори: Кен Каррі, Ясмін Лесе та Елісон Лаура Яворські

У цьому розділі представлено огляд лікування проблем, пов’язаних із алкоголем, у групах, що відрізняються за культурними та мовними ознаками.

ГРУПИ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА КУЛЬТУРНИМИ ТА МОВНИМИ ОЗНАКАМИ

В Австралії кожна третя людина народилася за кордоном, а в кожній п’ятій родині розмовляють іншими мовами, окрім англійської. Після англійської найпоширенішими мовами, якими розмовляють вдома, є мандаринська китайська, арабська, кантонська, в’єтнамська, італійська та грецька. Представники груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, зазвичай менш схильні до вживання алкоголю, ніж ті, хто не належить до таких груп. Однак, зважаючи на неоднорідність представників груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, деякі з них повідомляють про практику вживання алкоголю, пов’язану з підвищеним ризиком для здоров’я. Існує занепокоєння щодо шкоди від вживання алкоголю на рівні окремої людини, сім’ї та спільноти в різних спільнотах груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками.

На рівень споживання алкоголю в культурно різноманітних спільнотах впливає низка факторів. Існує дві моделі пояснення: модель акультурації та модель акультураційного стресу.

- Під акультурацією зазвичай розуміють процес, за допомогою якого нові мігранти знайомляться з соціальними, культурними, гендерними нормами та практиками нового суспільства і переймають їх. Про це свідчить тенденція серед деяких членів спільноти груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, до збільшення споживання алкоголю з часом у країні перебування, що пов’язано з такими факторами, як освіта та знання мови країни перебування.
- Акультураційний стрес передбачає, що алкоголь використовується як механізм для подолання емоційного впливу економічної ізоляції, соціальної маргіналізації, сімейно-культурних конфліктів та дискримінації після переселення. Поточні наслідки впливу травми, отриманої до переселення, серед біженців/осіб, подібних до біженців, перетинаються з цими факторами у складний спосіб.

Таким чином, важливо враховувати ширші макроструктурні фактори, зокрема економічні та політичні умови, а також умови в спільноті, які сприяють погіршенню стану здоров’я, як важливий компонент зменшення шкоди, пов’язаної з алкоголем, та нерівності у сфері охорони здоров’я.

Доступність лікування

Служби лікування алкогольної та наркотичної залежності в Австралії повідомляють про нижчу відвідуваність серед австралійського населення людей, які народилися в інших країнах, а також людей, які розмовляють вдома іншими мовами, окрім англійської. Спільноти груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, можуть стикатися зі значними бар'єрами в доступі до західних програм лікування та участі в них. Окрім мовних труднощів, причини включають відсутність культурної релевантності та відповідності програм лікування, занепокоєння щодо надійності та інклюзивності основних послуг, страх наслідків залучення до служб (наприклад, проблеми з імміграцією) або порушення конфіденційності. Краще розуміння культурних питань необхідне під час розробки та надання послуг з лікування в загальнодоступних та спеціалізованих закладах.

Культурна компетентність у лікуванні та наданні послуг

Хоча розуміння расової, етнічної та культурної приналежності (зокрема власної) необхідне для розуміння різноманітності людської динаміки та ефективного лікування пацієнтів, врахування культурних особливостей є важливим на всіх рівнях роботи і на всіх етапах лікування та одужання.

Культурна компетентність визначається як «набір моделей поведінки, ставлення і політики, які дозволяють людям, організаціям і системам ефективно працювати в крос-культурних умовах» (Кросс та ін., 1989). Врахування культурної компетентності в лікуванні покращує процес прийняття терапевтичних рішень і пропонує альтернативні способи визначення та планування програми лікування, чітко спрямованої на прогрес і одужання.

Досягнення культурної компетентності вимагає участі расово та етнічно різноманітних груп і груп населення, які не отримують належних послуг, у розробці та впровадженні підходів до лікування та навчальних заходів. Цьому може сприяти створення міжвідомчих партнерств і протоколів з організаціями груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками. Організаційна прихильність, зокрема належний розподіл ресурсів, посилює важливість підтримання культурної компетентності консультантів та іншого клінічного персоналу.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
16.1	Лікарі мають працювати в партнерстві з медичними працівниками та/або організаціями груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, з метою покращення доступу до лікування та надання відповідної допомоги	C

Відмінності між середовищами надання послуг (наприклад, НУО та державними системами) та відповідна підтримка, необхідна для розвитку культурно-компетентних систем і процесів, потребують подальших досліджень.

Клінічна оцінка та залучення

Оцінка людей з проблемами вживання психоактивних речовин значною мірою залежить від здатності лікаря встановити ефективну комунікацію та взаєморозуміння в різних мовних та культурних системах. Для людей з груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, які погано розмовляють англійською мовою, і для лікарів, які прагнуть взаємодіяти з ними, питання мови та культури можуть стати значною перешкодою для оцінки та лікування. Для оцінки потреби в мовній підтримці можна використовувати метод зворотного навчання або інші відповідні методи.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
16.2	Для людей з груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, необхідно запитати мову, якою вони розмовляють удома, а також мову, якою розмовляють їхні батьки чи пращури. Розпитайте про важливість культурної ідентичності пацієнта для нього, не роблячи припущень. Такий підхід іноді називають культурним прийняттям	D

Ряд досліджень показують, що пацієнти з груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, надають перевагу бікультурному та двомовному консультуванню, якщо це можливо. Культурна відповідність пацієнта і терапевта в оцінці та лікуванні також може сприяти кращим результатам. Однак, слід обговорити з пацієнтами їхні уподобання щодо вибору лікаря або перекладача, які розмовляють однією мовою з пацієнтом. Іноді пацієнти можуть турбуватися про конфіденційність або відчувати збентеження, якщо лікар походить з тієї ж культурної спільноти, що може ускладнити відкриту комунікацію. Таке ж питання може виникнути і щодо перекладачів, особливо там, де існує відносно невелика спільнота з певної мовної групи.

Використання перекладачів

Якщо найкращим варіантом є використання перекладача під час клінічної взаємодії, їх зазвичай залучають через загальнонаціональну Службу письмового та усного перекладу або відповідний державний/територіальний урядовий департамент (див. настанови RACGP[45]). Лікувальні заклади мають

[45] https://www.racgp.org.au/downhad/documents/AFP/2010/April/201004phillips.pdf.

узгодити зі своїм керівництвом або фінансуючим органом, що саме стосується їхніх послуг.

Робота з перекладачами вимагає певних навичок, і лікарі мають прагнути до подальшого навчання, щоб ефективно використовувати послуги перекладачів. Тут наведено кілька простих стратегій, однак, залежно від обставин пацієнта (наприклад, травми в анамнезі), необхідно застосовувати додаткові методи.

- Надайте пацієнту можливість вибору перекладача (наприклад, за статтю або субспільнотою), якщо це можливо;
- Говоріть безпосередньо з пацієнтом, а не з перекладачем;
- Виділіть час для інструктажу та підбиття підсумків роботи перекладача до і після консультації;
- Використовуйте короткі речення та мінімізуйте жаргон, де це можливо. Навіть загальновживані терміни, такі як «консультування», можуть не мати еквівалентів у деяких мовах, і пояснення процесів, пов’язаних із ними, може бути більш корисним.

Мовні ресурси, якщо вони доступні, можуть бути особливо цінними для людей з груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, якщо їх використовувати в поєднанні з відповідною підтримкою лікаря.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
16.3	Використовуйте метод зворотного зв’язку або інші відповідні методи для оцінки потреби в мовній підтримці. Надайте пацієнту можливість вибору перекладача (наприклад, за статтю), якщо це можливо. Забезпечте бікультурне та білінгвальне лікування/консультування, де це можливо та за бажанням пацієнта	C
16.4	Для складних розмов про вживання алкоголю краще залучати професійного перекладача, ніж члена сім’ї або опікуна	C

Інформація мовами спільнот	
Служба мультикультурної комунікації з питань охорони здоров’я	https://www.mhcs.health.nsw.gov.au

Переклади в галузі охорони здоров’я	https://www.healthtranslations.vic.gov.au
Інформація про наркотики у вашій бібліотеці	https://www.sl.nsw.gov.au/drug-info
Your Room	https://yourroom.health.nsw.gov.au (використовуйте тег пошуку за мовою)

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
16.5	Використовуйте відповідні матеріали та ресурси як з точки зору мови, так і з точки зору соціально-демографічних показників, таких як вік і стать.	B

Надання послуг, потреба в цільових послугах і ресурсах

За певних обставин існуючі науково обґрунтовані інтервенції або не є ефективними для залучення культурної групи, або не дають змоги цій групі досягти позитивних результатів. Аналогічно, існуючі інтервенції можуть неналежним чином реагувати на унікальні ризики або фактори стійкості, або унікальні симптоми в конкретній спільноті. Культурна адаптація або модифікація стандартних науково обґрунтованих інтервенцій з урахуванням культурних особливостей та потреб спільноти груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, у деяких ситуаціях може покращити залучення, утримання пацієнтів та результати лікування. Окрім відповідності мови та етнічної приналежності працівників, адаптація також включає в себе включення в лікування культурних переконань щодо здоров’я, культурних цінностей (таких як важливість сім’ї) та медичних практик.

Один з комплексних оглядів літератури про скринінг, короткі інтервенції та направлення на лікування (SBIRT) у расових та етнічних підгрупах у США показав, що особлива увага до валідованих скринінгів, належне використання мови/грамотності, побудова довіри та врахування уподобань пацієнта і громади в сфері охорони здоров’я можуть підвищити прийнятність та ефективність SBIRT у різних групах населення. Нещодавно Ньюкомб та колеги (2019) запропонували використовувати підхід Таланоа – орієнтовану на тихоокеанські народи методологію бесіди та обміну інформацією під час проведення скринінгового тесту на вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин (ASSIST), щоб глибше дослідити рівень вживання психоактивних речовин серед тихоокеанських народів. Подальші дослідження, спрямовані на виявлення конкретних ефективних культурних адаптацій в умовах Австралії, допоможуть

покращити надання послуг з надання лікування групам, що відрізняються за культурними та мовними ознаками.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
16.6	Проявляйте повагу та культурну чутливість у підходах до скринінгу, оцінки, лікування та направлення. Де це можливо, інтегруйте елементи культурної філософії, практик і стилів спілкування в лікування	B

Інші дослідники запропонували розробку нових культурно-орієнтованих моделей інтервенцій у сфері охорони здоров'я. Культурно-орієнтована модель послуг Мультикультурного освітнього центру з питань наркотичної та алкогольної залежності (DAMEC) спирається на спільне розуміння та досвід громади, визнає вплив культури на індивідуальну та сімейну ідентичність, враховує вплив зміни поколінь, акультурації та дискримінації під час надання послуг з лікування. Інший метод, модель Фонофале (Пулоту-Ендеманн), окреслює цілісний підхід, який може бути застосований до тихоокеанських спільнот у контексті охорони здоров'я і включає (серед іншого) елементи сім'ї, духовності та культури.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
16.7	Використовуйте культурні та сімейні системи підтримки за бажанням пацієнтів	C

Висновок

Незважаючи на бар'єри, що перешкоджають спільнотам груп, що відрізняються за культурними та мовними ознаками, отримувати допомогу в лікуванні алкогольної залежності, існують переконливі докази ефективності лікування людей з таких спільнот. Її можна підвищити, якщо лікарі будуть проявляти повагу та чутливість до культурних особливостей. Лікарі мають визнавати важливість відмінностей у культурних спільнотах, обговорювати з пацієнтами різні варіанти і намагатися враховувати сильні сторони культурних особливостей. Культурна компетентність лікарів має бути визнана важливим аспектом надання послуг з лікування алкогольної залежності, а служби мають залучати працівників і організації, що належать до двох культур.

Розділ 17. ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СЕКСУАЛЬНОЮ ТА ГЕНДЕРНОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ

Автори: Джулі Муні-Сомерс, Нікола Блек, Соня Мемедович, Тобі Лі та Аманда Роксбург

У цьому розділі розглядаються фактори ризику та варіанти лікування для груп населення, що відрізняються за сексуальною та гендерною ідентичністю.

ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СЕКСУАЛЬНОЮ ТА ГЕНДЕРНОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ

Сексуальність – це відчуття людиною себе як сексуальної особи і зазвичай відображає її сексуальний потяг та сексуальну практику. Гетеросексуальні люди відчувають сексуальний потяг до людей протилежної статі, лесбійки відчувають сексуальний потяг до інших жінок, геї відчувають сексуальний потяг до інших чоловіків, бісексуальні люди відчувають сексуальний потяг до людей будь-якої статі, а квір-люди відчувають сексуальний потяг до людей будь-якого гендеру (термін «квір» також є загальним терміном для позначення сексуальності та гендерної різноманітності). Дані трьох національних репрезентативних опитувань свідчать про те, що 3,2% дорослих австралійців повідомляють про негетеросексуальну ідентичність.

Гендерна ідентичність означає відчуття людиною своєї приналежності до певного гендеру. Цисгендерні люди ідентифікують себе зі статтю, яку вони отримали при народженні, гендер трансгендерних людей не збігається зі статтю, яку вони отримали при народженні. Більшість трансгендерних людей ідентифікують себе як жінка/особа жіночої статі або чоловік/особа чоловічої статі, проте люди, які вважають, що їхній гендер не збігається а ні з жіночим, а ні з чоловічим, а ні з виключно чоловічим або жіночим, використовують терміни «небінарний» або «гендерно флюїдний». Достовірних даних про частку гендерно різноманітних людей в Австралії немає; систематичний огляд опитувань населення США показав, що їхня частка становить 0,5%.

Створення доказової бази щодо патернів вживання алкоголю та результатів лікування серед людей із сексуальною та гендерною різноманітністю є складним завданням. Сексуальність та/або ґендерна ідентичність рідко враховуються у великих опитуваннях та дослідженнях лікування, а маркери не включені до Національного мінімального набору даних для всіх спеціалізованих служб з лікування алкогольної та наркотичної залежності, що фінансуються урядом.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
17.1	Стандартизовані маркери сексуальності та гендерної ідентичності мають бути включені до Національного мінімального набору даних послуг з лікування алкогольної та наркотичної залежності, а також в епідеміологічні, клінічні та лікувальні дослідження	GPP

Патерни вживання алкоголю

Узгоджені міжнародні дані свідчать про те, що лесбійки, геї та бісексуали (ЛГБ) частіше, ніж гетеросексуальні люди, повідомляють про вживання алкоголю та проблеми з ним. Рівень вживання алкоголю серед ЛБ-жінок стабільно вищий, а рівень проблемного вживання або залежності вищий, ніж серед їхніх гетеросексуальних однолітків; про відмінності між ГБ-чоловіками та гетеросексуальними чоловіками повідомляється вкрай рідко.

Невиключна сексуальність (наприклад, бісексуальність або «переважно» гетеросексуальність чи гомосексуальність) асоціюється з більш високим рівнем вживання алкоголю або проблемним вживанням алкоголю порівняно з виключною сексуальністю (наприклад, гетеросексуальністю, лесбійством, гомосексуальністю).

Молоді люди з різноманітною сексуальною орієнтацією постійно демонструють більший ризик вживання алкоголю та більш ранній початок проблемного вживання алкоголю, з аналогічною картиною більшої нерівності для молодих жінок ЛБ. Вживання алкоголю не зменшується з віком так само, як у загальній популяції. Обмежені дані щодо вживання алкоголю та проблемного вживання алкоголю серед гендерно диверсифікованих груп населення мають неоднозначні висновки та обтяжені методологічними проблемами; репрезентативні дослідження не виявляють суттєвих відмінностей між гендерно диверсифікованими та цисгендерними людьми.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
17.2	Враховуючи повідомлення про відмінності у проблемному вживанні алкоголю серед геїв/лесбійок та бісексуалів, лікарі мають бути обізнані про різноманітність між підгрупами за сексуальною орієнтацією	C
17.3	У зв’язку з відхиленнями від нормативних гендерних моделей вживання алкоголю, лікарі	B

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
17.2	Враховуючи повідомлення про відмінності у проблемному вживанні алкоголю серед геїв/лесбійок та бісексуалів, лікарі мають бути обізнані про різноманітність між підгрупами за сексуальною орієнтацією	C
	мають бути особливо уважними до скринінгу та ранніх інтервенцій для жінок з різною сексуальною орієнтацією	
17.4	Через відхилення від нормативних вікових моделей вживання алкоголю лікарі мають бути особливо уважними до скринінгу та ранніх інтервенцій для людей з різною сексуальною орієнтацією впродовж усього життя	B

Чинники проблемного вживання алкоголю

Люди із сексуальною та гендерною різноманітністю вживають алкоголь з тих самих причин, що й гетеросексуальні та цисгендерні люди. У літературі описано два додаткових пояснення.

Вживання алкоголю як стресова реакція на досвід дискримінації та відторгнення

Люди, які відрізняються за сексуальною та гендерною приналежністю, можуть зазнавати стигми, дискримінації, відторгнення та фізичного насильства з різних джерел, зокрема, від сім'ї, друзів та незнайомих людей (див. Розділ 3). Понад чверть ЛГБ-людей і до половини гендерно різноманітних людей повідомляють про словесні утиски або насильство протягом попереднього року, причому багато хто змінює свою поведінку або приховує свою сексуальність та/або гендер у сім'ї, в суспільстві та під час звернення за послугами. Криміналізація та законодавчо закріплена дискримінація щодо сексуальної та ґендерної різноманітності була скасована в Австралії відносно недавно, але певна інституціоналізована дискримінація все ще зберігається. Багато людей із сексуальною та ґендерною різноманітністю мають культурне середовище, в якому сексуальність або ґендерна різноманітність є кримінально караними; одностатеві стосунки за згодою між повнолітніми людьми в 11 країнах караються смертною карою. Існують неоднозначні докази позитивного зв'язку між стресом, пов'язаним із приналежністю до сексуальної або гендерної меншини, та вживанням психоактивних речовин.

Нормативний вплив соціалізації на основі алкоголю

Історично склалося так, що сексуальні та гендерні спільноти організовувалися в місцях, що мають відповідні дозволи, задля безпеки, зустрічей з однодумцями та вираження своєї ідентичності. Існує теорія, що така соціалізація на основі алкоголю нормалізувала вживання алкоголю (і заборонених речовин). Люди з різною сексуальною та гендерною приналежністю сприймають культуру вживання алкоголю як нормальну; частіше відвідування барів пов'язане з переоцінкою вживання алкоголю серед однолітків і збільшенням вживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
17.5	Під час оцінки, лікування та подальшого догляду лікарі мають враховувати досвід пацієнта в управлінні стигматизованою ідентичністю	C
17.6	Під час оцінки, лікування та подальшого догляду лікарі мають враховувати потенційний вплив взаємодії пацієнта з сексуально та гендерно різноманітною спільнотою, а також вплив специфічних для цієї спільноти норм вживання алкоголю	C

Доступ до лікування та досвід лікування

Люди з різною сексуальною орієнтацією отримують доступ до лікування від алкогольної залежності частіше, ніж гетеросексуальні люди. В Австралії чоловіки-геї мають удвічі більше шансів, а жінки-лесбійки – втричі більше шансів коли-небудь пройти лікування від алкогольної залежності, ніж гетеросексуальні люди. Немає даних щодо звернення за лікуванням людей, які відрізняються за гендерною приналежністю. Люди з різною сексуальною та гендерною приналежністю, які починають лікування від залежності від психоактивних речовин, частіше мають коморбідні психічні розлади та/або зверталися за психіатричною допомогою.

Розкриття ідентичності

У літературі висловлюється занепокоєння тим, що нездатність бути чесним і відкритим щодо своєї сексуальної орієнтації або гендеру не дозволить пацієнтам проводити терапевтичну роботу, необхідну для вирішення проблем, які сприяли виникненню їхніх проблем з алкоголем, лікування цих проблем і ризику рецидиву. Існують докази нижчого рівня задоволеності та зв'язку з лікуванням, оскільки ЛГБ-люди відчувають себе вразливими, незахищеними, ізольованими, відстороненими або неправильно зрозумілими. Гендерно різноманітні люди повідомляють про значно нижчий рівень відчуття підтримки,

здатності бути чесними та відкритими, задоволеності, завершення програми та синдрому відміни алкоголю. Рівень відкритості з персоналом позитивно асоціюється з відчуттям терапевтичної підтримки та зв'язку з лікуванням, а також із завершенням програми, і негативно асоціюється з припиненням лікування або випискою; не було виявлено жодного зв'язку з абстиненцією.

Розкриття сексуальної або гендерної приналежності є особистим ризиком, оскільки багато пацієнтів мають безпосередній досвід дискримінації у сфері охорони здоров'я або опосередковано знають про дискримінацію з розповідей інших людей. Рішення про розкриття інформації пацієнти часто приймають від лікаря до лікаря, від консультації до консультації. Медичні працівники, зазвичай, не запитують про сексуальну орієнтацію, вважаючи, що розкриття інформації є обов'язком пацієнта. Медичні працівники, які відчувають дискомфорт або налаштовані агресивно по відношенню до сексуальної орієнтації чи гендерної різноманітності пацієнтів, можуть не отримати клінічно важливу інформацію про потенційний вплив стресу та дистресу, пов'язаного з ідентичністю меншини, про підтримку та соціальну мережу пацієнта, а також про роль алкоголю в їхніх соціальних мережах[46]. Медичні працівники повідомляють, що вони не проходять навчання або тренінги з надання допомоги пацієнтам із сексуальною та гендерною різноманітністю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
17.7	Лікарі потребують навчання з питань здоров'я та потреб у медичній допомозі людей з сексуальною та гендерною різноманітністю	GPP
17.8	Служби лікування алкогольної залежності мають створити середовище, в якому питання сексуальності та гендерної ідентичності є нормальними, щоб пацієнти відчували, що розкриття інформації є важливою частиною їхнього лікування та догляду	GPP
17.9	Служби лікування алкогольної залежності та лікарі мають усвідомлювати, що сегрегований за статтю доступ до послуг може бути обмеженим та/або незручним для гендерно різноманітних пацієнтів; служби мають роз'яснити критерії доступу до послуг	GPP

[46] https://store.samhsa.gov/system/files/sma12-4104.pdf

17.10	Лікарі мають сприяти відкритості та відчуттю зв’язку для вивчення клінічно важливих психосоціальних факторів у пацієнтів з різною сексуальною та гендерною ідентичністю	GPP

Ефективність лікування

Хоча докази щодо результатів лікування людей з різною сексуальною та гендерною ідентичністю в межах загальних програм свідчать про нижчий рівень утримання від вживання алкоголю, вони є обмеженими та застарілими. Спеціалізовані програми лікування для людей із різною сексуальною та гендерною ідентичністю мають на меті створити сприятливе та безпечне терапевтичне середовище для подолання процесу камінг-ауту та його впливу на вживання психоактивних речовин, а також розробити альтернативні способи соціалізації, що не зосереджуються на алкоголі. Існує мало доказів ефективності цих програм у порівнянні зі звичайним лікуванням; одне з досліджень, проведене в США, показало, що спеціалізоване лікування «практично усунуло будь-які відмінності в поточних показниках синдрому відміни алкоголю між гетеросексуальними та гомосексуальними/бісексуальними [чоловіками] учасниками». Нечисленні спеціалізовані послуги з лікування залежності від психоактивних речовин в Австралії надаються організаціями на базі спільнот (наприклад, ACON у Новому Південному Уельсі та Thorne Harbour Health у Вікторії), і їхня ефективність не оцінювалася.

Зростаюча доказова база щодо ефективності конкретних методів лікування людей, які відрізняються за сексуальною орієнтацією та гендерною ідентичністю, свідчить про більшу ефективність мотиваційного інтерв’ювання/вибору цілей у зменшенні вживання алкоголю серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, та трансгендерних жінок, а також про те, що люди, які отримували поведінкову терапію для пар, збільшували кількість днів вживання алкоголю значно повільніше, ніж ті, хто отримував індивідуальну поведінкову терапію. Занепокоєння щодо ефективності лікування в змішаних групах через потенційну гомофобію або трансфобію з боку інших пацієнтів, або сімейного консультування, коли існує відчуження через сексуальність або гендер, систематично не вивчалися.

Незважаючи на занепокоєння, немає жодного дослідження, яке б вивчало, як сексуальність або гендерна ідентичність враховується у профілактиці рецидивів, лікуванні та підтримці після лікування. Люди з різною сексуальною та гендерною ідентичністю можуть очікувати та/або стикатися з проблемами під час відновлення зв’язків з ЛГБТ-спільнотами, пошуку та підтримки соціальної підтримки, дружби та романтичних партнерів у соціальному, громадському та комерційному просторі, який не пов’язаний з алкоголем. Вони також можуть очікувати та/або відчувати стигму та дискримінацію в загальних

програмах відновлення, таких як «Анонімні алкоголіки», хоча існує мало досліджень щодо досвіду та результатів таких програм.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
17.11	Зростаюча доказова база свідчить про те, що мотиваційні інтерв'ю та постановка цілей є ефективними для подолання проблемного вживання алкоголю серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, та серед трансгендерних жінок	C
17.12	За відсутності конкретних доказів для вирішення проблемного вживання алкоголю серед жінок-ЛБ, трансгендерних чоловіків та небінарних людей слід використовувати звичайні підходи, що базуються на найкращих практиках. При цьому необхідно провести додаткові дослідження	C
17.13	Дослідження лікування мають включати стандартизовані маркери сексуальності та гендеру, а також звітувати про результати лікування за гендером та сексуальністю	GPP
17.14	Незважаючи на заклики до спеціалізованого лікування з урахуванням культурних особливостей, є обмежені докази його ефективності порівняно з загальноприйнятим лікуванням. Потрібно провести додаткові дослідження	GPP
17.15	Для профілактики рецидивів, лікування та подальшого догляду лікарі мають враховувати доступ пацієнтів до соціальної підтримки, соціальної організації спільнот людей з різною сексуальністю та гендерною ідентичністю, а також направлення до спеціалізованих закладів для ЛГБТ-спільнот для подальшого догляду	GPP

Покращення зв'язку з лікуванням, задоволеності та ефективності

Більшість людей із різноманітною сексуальністю та гендерною ідентичністю лікуються у закладах загального профілю і мають право на ефективне лікування в безпечному та сприятливому середовищі. Рекомендації

щодо культурно-компетентної та інклюзивної практики зосереджені на утвердженні та відзначенні, а не на толерантності та прийнятті людей із різноманітною сексуальністю та гендерною ідентичністю[47]. Конкретні стратегії для досягнення цього включають:

- Використання в реєстраційних формах, оцінках і матеріалах для підтримки інтервенцій термінології, яку люди із різноманітною сексуальністю та гендерною ідентичністю використовують для опису самих себе.
- Розміщення видимих маркерів інклюзії в місцях перебування пацієнтів та участь у заходах спільноти.
- Визначення та просування безпечних варіантів направлення для лікування та подальшого догляду.
- Розуміння занепокоєння пацієнтів щодо конфіденційності, а також прозорість і гнучкість у питаннях збору та обміну інформацією про сексуальність та/або гендерну ідентичність.
- Комплексна політика, навчання та нагляд за всім персоналом щодо інклюзивної практики.
- Прагнення отримати офіційну акредитацію інклюзивної практики та надання послуг для ЛГБТ.
- Наявність персоналу з різноманітною сексуальністю та гендерною ідентичністю.
- Зв’язки з місцевими спільнотами та організаціями, що представляють різноманітну сексуальність та гендерну ідентичність.
- Лікарі розвивають знання про множинні та перехресні утиски, з якими стикаються пацієнти, а також про те, як соціальні фактори можуть сприяти вживанню алкоголю та створювати ризик рецидиву.
- Лікарі визнають складні стосунки з сім’ями походження, а також важливість і актуальність небіологічних родинних зв’язків для лікування, одужання і профілактики рецидивів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
17.16	Лікувальні служби потребують наукових доказів щодо конкретних інтервенцій на рівні лікарів і служб, спрямованих на підвищення культурної компетентності та інклюзивності для людей із різною сексуальністю та гендерною ідентичністю в лікуванні	GPP
17.17	Лікарі та лікувальні служби мають використовувати рефлексію, дії та конструктивну	GPP

[47] https://www.acon.org.au/wp-content/uploads/2019/02/AOD-lnclusive-Practice-Guidelines-for-Treatment_Providers_A4_v11.pdf

	взаємодію зі спільнотами людей із різною сексуальністю та гендерною ідентичністю, щоб забезпечити культурну компетентність та інклюзивність медичної допомоги	

Розділ 18. ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ

Автори: Апо Деміркол та Брайан Дрейпер

У цьому розділі розглядаються фактори ризику та рекомендації щодо лікування людей старшого віку, які страждають на розлади вживання алкоголю.

ЛЮДИ СТАРШОГО ВІКУ

Загальноприйнятого визначення старості не існує. Термін «літня людина» в Австралії зазвичай використовується для позначення всіх людей віком 65 років і старше, за деякими винятками, зокрема, австралійців з числа корінного населення та жителів островів Торресової протоки (див. Розділ 15), а також осіб, які відвідують служби допомоги у зв'язку з вживанням психоактивних речовин, де «літня людина» часто визначається як особа віком 50 років і старше (Австралійський інститут охорони здоров'я та соціального забезпечення, 2018; Міністерство охорони здоров'я Нового Південного Уельсу, 2015).

У 2017 році приблизно 3,8 мільйона австралійців (15% всього населення Австралії) були у віці 65 років і старше, а протягом наступних 50 років очікується, що кількість літніх людей в Австралії зросте до 8,6-10,2 мільйона, що становить 21-23% всього населення (Австралійське бюро статистики, 2018).

Про це свідчать дані опитування домогосподарств у межах Національної стратегії боротьби з наркозалежністю 2016 року (Австралійський інститут охорони здоров'я та соціального забезпечення, 2017) серед австралійців у віці 60 років і старше:

- 10,2% осіб у віці 60-69 років і 13,6% осіб у віці 70 років і старше вживали алкоголь щодня, а 39,7% осіб у віці 60-69 років і 30,4% осіб у віці 70 років і старше вживали алкоголь щотижня.
- Люди у віці 60 років були найбільш схильні вживати 5 або більше стандартних порцій алкоголю принаймні 5 днів на тиждень (7% у 2016 р.), тоді як люди у віці 70 років і старші були найменш схильні вживати алкоголь у ризикованих кількостях: лише 11% вживали 5 або більше порцій алкоголю за один раз протягом останнього року.
- Частка людей у віці від 50 років (від 9,1% до 11,9%) та 60 років (від 4,7% до 6,1%), які вживали 11 або більше стандартних порцій за один раз за останні 12 місяців, значно збільшилася в період з 2013 по 2016 рік.

Ці дані відображають майже подвоєння кількості людей у віці 50-64 років, які отримують допомогу в службах лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків та алкоголю, Нового Південного Уельсу за десятиліття з 2004-5 по 2013-14 роки (Міністерство охорони здоров'я Нового Південного Уельсу, 2015). Нинішнє покоління літніх людей протягом свого життя зазнало більш ліберальної соціальної культури щодо вживання алкоголю, що, можливо, сприяло цьому зростанню. Хоча рівень ризикованого вживання алкоголю з віком знижується, у медичних закладах літні люди частіше повідомляють про проблеми, пов'язані з алкоголем.

Патерни вживання алкоголю серед літніх людей

Описано три патерни зловживання алкоголем у старшому віці:

- Ті, що вижили (ті, хто почав вживати алкоголь раніше): часто розвивають розлад вживання алкоголю у віці 20 років і передчасно старіють, оскільки не користуються профілактичними послугами, і можуть потребувати послуг, пов'язаних із доглядом за літніми людьми, у віці від 50 років.
- Ті, що продовжують зловживати алкоголем: їхнє тривале зловживання алкоголем починає проявлятися як відкрита проблема лише тоді, коли відбуваються вікові зміни, і раніше добре переносилось, хоча й надмірне, вживання алкоголю перестає бути переносимим або призводить до шкоди.
- Ті, що реагують (ті, хто почав вживати алкоголь пізніше): схильні до розвитку розладів вживання алкоголю після 50 років, і це може бути пов'язано з такими проблемами, як погіршення здоров'я, хронічний біль, стрес, безсоння, важка втрата, безробіття, депресія, соціальна ізоляція і нудьга.

Вікові фізіологічні зміни та алкоголь – наслідки вживання алкоголю з меншим ризиком для здоров'я

Вікові фізіологічні зміни призводять до того, що літні люди мають нижчу толерантність до алкоголю, ніж молоді. У літніх людей рівень алкоголю в крові, зазвичай, вищий, ніж у молодих, після вживання однакової кількості алкоголю. Фактори, які сприяють цьому, включають підвищений вміст жиру в організмі, повільніший метаболізм алкоголю через зниження рівня ферменту алкогольдегідрогенази, а також зменшення загальної кількості води в організмі з віком. Таким чином, люди старшого віку мають вищу чутливість до алкоголю і знижену здатність до його ефективного метаболізму.

Чи є користь від легкого та помірного вживання алкоголю для людей старшого віку?

Незважаючи на численні дослідження, які мають на меті показати переваги легкого та помірного вживання алкоголю (одна-дві порції на день) для цілого ряду показників здоров'я, останні дослідження показують, що уявна користь для здоров'я може бути пов'язана з методологічними проблемами, такими як поганий відбір груп порівняння, систематична помилка неправильної

класифікації, і насправді не існує жодної прямої користі для фізичного здоров'я від вживання алкоголю серед людей старшого віку.

Ризики для здоров'я та коморбідності, пов'язані зі вживанням алкоголю серед людей старшого віку

Люди старшого віку потребують особливої уваги через поєднання нижчої толерантності до алкоголю внаслідок вікових фізіологічних змін, впливу тривалого вживання алкоголю на здоров'я, підвищеного ризику супутніх коморбідностей та вживання медикаментів з віком, а також впливу цих факторів на їхнє незалежне функціонування та соціальну взаємодію.

Фізичне здоров'я:

- Численні ускладнення зловживання алкоголем на фізичне здоров'я добре описані, зокрема, захворювання печінки, серцеві розлади, розлади шлунково-кишкового тракту та неврологічні розлади, пов'язані з вживанням алкоголю.
- Люди старшого віку, які вживають алкоголь, більш схильні до травматичних падінь і загибелі в автокатастрофах, ніж ті, хто не вживає алкоголь.
- У деяких випадках наявні хронічні захворювання, такі як хронічний біль, можуть призвести до збільшення споживання алкоголю.
- Люди старшого віку, які тривалий час вживають алкоголь, піддаються підвищеному ризику розвитку різних видів раку.
- Високий рівень фізичної коморбідності у людей старшого віку пов'язаний з підвищеним вживанням ліків, що відпускаються за рецептом, багато з яких взаємодіють з алкоголем, а деякі з них протипоказані (див. Розділ 20).

Психічне здоров'я:

- Депресія пов'язана з вживанням алкоголю.
- Зловживання алкоголем пов'язане з суїцидальною поведінкою у людей старшого віку, хоча з віком ризик знижується.
- Інші наслідки зловживання алкоголем в старшому віці для психічного здоров'я включають тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, антисоціальні розлади особистості, глобальний психологічний дистрес і збільшення тривалості госпіталізації в психіатричні лікарні.

Вживання психотропних та заборонених наркотичних речовин:

- Людям старшого віку з розладами вживання алкоголю часто призначають седативно-гіпнотичні, анксіолітичні та антидепресивні препарати, і вони більш схильні до вживання заборонених наркотиків (див. Розділ 20)

Когнітивні порушення:

- Легке або помірне вживання алкоголю в середньому та пізньому віці не збільшує ризик розвитку деменції і не є захисним фактором від деменції.
- На противагу цьому, надмірне вживання алкоголю в середньому та пізньому віці пов’язане з погіршенням когнітивних функцій та підвищеним ризиком розвитку первинної деменції і пов’язаного з алкоголем пошкодження мозку.
- У деяких випадках зловживання алкоголем може розвинутися в контексті первинної деменції у літніх людей без наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю в анамнезі, оскільки вони забувають, скільки вони випили.
- Зловживання алкоголем у людей з первинною деменцією пов’язане зі збільшенням кількості госпіталізацій через падіння, черепно-мозкові травми та поведінкові проблеми.

Скринінг на розлади вживання алкоголю

Тест CAGE та тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT) є найбільш часто використовуваними інструментами для скринінгу алкогольної залежності та небезпечного вживання алкоголю в загальному населенні, а також валідовані для людей старшого віку. З метою покращення їхньої чутливості у людей старшого віку рекомендовано визначити пороговою точкою для виявлення розладів для AUDIT до ≥5, а для AUDIT-C (Тест на виявлення розладів вживання алкоголю-споживання) – до ≥4.

Незалежно від закладу охорони здоров’я, скринінг на шкідливе вживання алкоголю слід проводити всім новим пацієнтам старше 50 років і переглядати його через регулярні проміжки часу, тобто принаймні раз на рік, з метою документування вживання та зловживання алкоголем.

Для людей старшого віку, які звертаються з незрозумілою фізичною та психологічною симптоматикою, а також з невідповідностями або протиріччями в анамнезі та основних життєвих подіях, слід провести повторний скринінг або оцінку вживання алкоголю та інших психоактивних речовин.

Люди старшого віку, які вживають алкоголь і приймають інші лікарські засоби, особливо ті, що приймають кілька лікарських засобів або психоактивні препарати (наприклад, заспокійливі засоби, антидепресанти), мають звернутися до свого лікаря, щоб він перевірив їх на наявність взаємодії з іншими препаратами.

Зважаючи на вплив алкоголю на загальний стан здоров’я, комплексна оцінка має включати фізичні, розумові та когнітивні здібності, харчування, наявність хронічного болю, соціальні умови, загальний стан здоров’я, а також перевірку лікарських засобів, що приймаються.

Тяжкість і лікування супутніх фізичних і психічних станів слід переглянути через кілька тижнів або місяців після припинення вживання алкоголю і завершення синдрому відміни алкоголю. Абстиненція може бути пов’язана з помітним поліпшенням інших станів (таких як гіпертонія,

когнітивні функції, психічний стан). Крім того, вживання алкоголю могло маскувати основне захворювання.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
18.1	Незалежно від закладу охорони здоров'я, скринінг на шкідливе вживання алкоголю слід проводити всім новим пацієнтам старше 50 років і переглядати його через регулярні проміжки часу, принаймні раз на рік, з метою документування випадків вживання, зловживання алкоголем і пов'язаних із ним ускладнень	D
18.2	Для людей старшого віку, які звертаються з незрозумілою фізичною та психологічною симптоматикою, а також з невідповідностями або протиріччями в анамнезі та основних життєвих подіях, слід провести повторний скринінг або оцінку вживання алкоголю та інших психоактивних речовин	D
18.3	Під час оцінки людей старшого віку необхідно враховувати супутні фізичні або психічні захворювання, прийом лікарських засобів, соціальні умови та функціональні обмеження	D
18.4	Необхідно повторно оцінити будь-які супутні фізичні та психічні стани через кілька тижнів або місяців після припинення вживання алкоголю. Зупинка вживання алкоголю може бути пов'язана з помітним поліпшенням стану; і навпаки, вживання алкоголю могло маскувати основне захворювання	D

Діагностика розладів вживання алкоголю у людей старшого віку

Для діагностики розладів вживання алкоголю в цей час використовуються Міжнародна класифікація хвороб-10-го видання (МКХ-10) та Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів-5 (DSM-V). Обидві ці діагностичні системи були розроблені для молодих людей, тому деякі аспекти критеріїв не можуть бути застосовані до людей старшого віку. Під час діагностики пацієнтів старшого віку мультидисциплінарна команда, до складу якої входять спеціаліст із лікування залежності та психіатр/геріатр старшого віку, може допомогти в обговоренні тонкощів деяких несумісностей у цих діагностичних системах.

Що є ефективним у лікуванні розладів вживання алкоголю у людей старшого віку?

Люди старшого віку отримують користь від лікування, а в деяких випадках, зазвичай, мають кращі результати, ніж молоді люди. Люди старшого віку можуть добре реагувати на короткі інтервенції (див. Розділ 6), мотиваційне інтерв'ю та підходи, спрямовані на покращення, а також на персоналізований зворотній зв'язок від їхніх лікарів. Щоденники вживання алкоголю, психоосвіта та подальші листи або телефонні дзвінки з конкретними питаннями щодо вживання алкоголю є ефективними інструментами для зменшення кількості або частоти вживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
18.5	Для людей старшого віку, які вживають алкоголь на ризикованих рівнях або зазнають шкоди, пов'язаної з алкоголем (наприклад, падіння, порушення здатності керувати автомобілем, взаємодія з іншими препаратами), слід застосовувати короткі інтервенції	А

Лікування СВ у людей з алкогольною залежністю

Коморбідні фізичні захворювання та пов'язані з ними недуги у людей старшого віку підвищують ризик ускладненого перебігу СВ алкоголю (див. Розділ 8), тому важливо ретельно оцінювати та уважно спостерігати за пацієнтами старшого віку, які належать до групи ризику розвитку ускладнень синдрому відміни алкоголю, в ідеалі – в умовах стаціонару.

Належне управління харчовим статусом, а також оптимальне управління коморбідними фізичними та психічними проблемами, ймовірно, забезпечить коротшу госпіталізацію і знизить ризик основних ускладнень синдрому відміни алкоголю, таких як біла гарячка.

Кліренс лоразепаму та оксазепаму мінімально залежить від віку, тому ці два препарати рекомендуються для лікування симптомів синдрому відміни алкоголю. Люди старшого віку, ймовірно, потребують менших доз бензодіазепінів для лікування симптомів СВ, тому для цієї групи рекомендується підхід, що базується на симптомах.

Дефіцит тіаміну є поширеним серед людей з тяжкими розладами вживання алкоголю. Існують переконливі емпіричні докази на користь застосування тіаміну внутрішньовенно (щонайменше 500 мг два-три рази на день) під час госпіталізації для лікування СВ алкоголю.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
18.6	Лікування СВ у людей старшого віку з алкогольною залежністю потребує ретельного моніторингу, призначення харчових добавок, особливо тіаміну внутрішньовенно, обережного застосування седативних препаратів та лікування коморбідних станів	GPP
18.7	Слід з обережністю призначати лікарські засоби людям старшого віку, які вживають алкоголь. Бензодіазепіни короткої дії (такі як оксазепам, лоразепам) є кращими для лікування СВ алкоголю, ніж бензодіазепіни тривалої дії (такі як діазепам)	D

Профілактика рецидивів

Використання фармакотерапії для профілактики рецидивів у людей старшого віку є сферою для подальших досліджень (див. Розділ 10). Існують певні докази ефективності застосування налтрексону у літніх людей. Оскільки літні пацієнти, зазвичай, приймають багато лікарських засобів, необхідно ретельно зважити, щоб уникнути ускладнень, пов’язаних із поліпрагмазією, перед початком прийому будь-яких додаткових препаратів.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
18.8	Психологічні та фармакологічні підходи до лікування мають бути адаптовані до фізичного, когнітивного та психічного здоров’я літніх пацієнтів з особливою увагою до ускладнень поліпрагмазії	D

Розділ 19. КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ

Автори: Лорен Мондс, Ніколь Рідлі, Уоррен Лодж та Едріенн Уіталл

У цьому розділі представлено огляд варіантів лікування та підходів до пацієнтів з когнітивними порушеннями.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ

Люди з когнітивними порушеннями

Поширеність когнітивних порушень серед людей, які звертаються за лікуванням розладів вживання алкоголю, є високою (до двох третин мають ту чи іншу форму порушень). Порушення когнітивних функцій пов’язані з гіршою прихильністю до лікування та підвищеним ризиком рецидиву. Тому рання оцінка та постійний моніторинг когнітивного статусу є важливими для належного планування лікування та максимізації ймовірності успіху лікування.

Скринінг, оцінка та планування лікування

Огляд когнітивних функцій має бути частиною оцінки на початку лікування. Це включає початковий скринінг та лікування гострих причин когнітивних порушень (алкогольний делірій при енцефалопатії Верніке; див. Розділ 22). Якщо після лікування цих гострих станів підозрюється хронічне та/або значне когнітивне порушення, показане більш ретельне обстеження у фахівця з відповідною кваліфікацією. Такий поетапний режим оцінки є найкращою практикою для умов, що характеризуються високим рівнем когнітивних порушень, обмеженим часом персоналу (особливо персоналу, який має спеціальну підготовку з когнітивної оцінки, наприклад, нейропсихологів) та обмеженим бюджетом системи охорони здоров’я.

Використання стандартизованого інструменту когнітивного скринінгу (наприклад, Монреальського когнітивного тесту; огляд інструментів когнітивного скринінгу див. у Вставці 19.1) має бути невід’ємною частиною будь-якого скринінгу пацієнта. Враховуючи безліч потенційних причин когнітивних порушень у людей з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, оцінка поточного когнітивного статусу має включати збір анамнезу щодо інших факторів ризику когнітивних порушень (наприклад, черепно-мозкова травма, психічні розлади) на додаток до фізичного стану здоров’я пацієнта. Слід також оцінити історію розвитку та освіти (наприклад, порушення навчання або інтелектуальні розлади, обмежена освіта); когнітивні порушення можуть бути неправильно діагностовані, якщо не врахувати преморбідний рівень здібностей (наприклад, грамотність). Лікарі мають бути особливо пильними щодо пацієнтів з високим ризиком виявлення когнітивних порушень – літніх (віком від 50 років), які тривалий час зловживали алкоголем та/або мають патологію центральної нервової системи, наприклад, черепно-мозкову травму або епілепсію.

Найпоширеніший інструмент когнітивного скринінгу є Міні-тест психічного стану (MMSE), хоча і добре валідований для скринінгу ранньої деменції, має обмежену чутливість у виявленні пов’язаного з вживанням алкоголю когнітивного порушення. MMSE захищена авторським правом. Монреальський когнітивний тест (MoCA) зараз є найбільш валідованим інструментом для використання в осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю (див. Вставку 19.1). Якщо можливо, формальну когнітивну оцінку

слід відкласти до того часу, поки пацієнт не досягне кількатижневого синдрому відміни алкоголю, щоб виявити найвищий рівень продуктивності. Однак ранній когнітивний скринінг та/або оцінка краще, ніж відсутність такої оцінки взагалі, й може бути більш достовірною з точки зору встановлення ймовірних поточних повсякденних порушень. Більш комплексна оцінка когнітивних функцій (наприклад, нейропсихологічна оцінка) рекомендується, якщо когнітивні порушення зберігаються після тривалого синдрому відміни алкоголю (наприклад, від одного до двох місяців), і особливо, якщо є занепокоєння щодо впливу когнітивних порушень на функціонування (наприклад, здатність повернутися до роботи). Результати оцінки можуть стати основою для призначення відповідного лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших необхідних інтервенцій (наприклад, потреба в опікунстві, догляді за людьми старшого віку або залученні служби з питань інвалідності). Після проведення повного нейропсихологічного обстеження лікар має обговорити результати з пацієнтом та його оточенням, а також надати пацієнту письмові матеріали у зрозумілому для нього форматі. Важливо залучити до цього обговорення лікарів, які лікують пацієнта, та його оточення, оскільки сам пацієнт може бути не в змозі запам’ятати рекомендації або виконати їх.

Когнітивні порушення можуть впливати на мотивацію, концентрацію уваги, здатність критично оцінювати ситуації та набувати нових навичок, але вони можуть (і часто це відбувається) покращуватися після періоду відмови від вживання алкоголю. Тому лікарі мають враховувати можливість покращення когнітивних функцій, даючи пацієнтові достатньо часу для відновлення від алкоголю перед тим, як остаточно планувати лікування. Однак встановлення режиму може маскувати когнітивні порушення, і якщо його перервати, то вони можуть проявитися в повному обсязі.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
19.1	Усі пацієнти мають пройти скринінг когнітивних порушень на початку лікування. У разі підозри на когнітивні порушення слід провести комплексне обстеження, яке включає медичний огляд (зокрема недостатність харчування, фізичні та психіатричні коморбідності), огляд інших факторів ризику когнітивних порушень (наприклад, перенесена черепно-мозкова травма) та когнітивний скринінг за допомогою стандартизованого інструменту (наприклад, Монреальського когнітивного тесту). Нейропсихологічна оцінка може бути корисною, якщо когнітивні порушення продовжуються після початкового періоду стабілізації	А

19.2	Пацієнтам, які продовжують лікування, рекомендується періодично проводити повторну оцінку когнітивних функцій (наприклад, щорічно), оскільки рівень порушень може змінюватися. Пацієнтів слід обстежувати раніше, якщо є якісь невідповідності в стані пацієнта або якщо пацієнти не відповідають цілям/вимогам лікування. Рекомендується використовувати ті ж самі показники, що й на початковому етапі, щоб мати змогу виявити будь-які зміни в результатах	B
19.3	Необхідно враховувати можливість покращення когнітивних функцій, передбачивши достатній період утримання від вживання алкоголю (або суттєвого зменшення вживання алкоголю) до завершення планування лікування; план лікування має також передбачати покращення харчування та лікування супутніх захворювань, що піддаються лікуванню. Планування лікування має здійснюватися у співпраці з пацієнтом, його близькими (наприклад, сім'єю та друзями), а також відповідними медичними працівниками (наприклад, лікарями загальної практики, фахівцями з медицини залежностей)	A

ВСТАВКА 19.1: Інструменти когнітивного скринінгу

Інструмент когнітивного скринінгу Монреальський когнітивний тест (MOCA)	**Час на проведення 15 - 20 хвилин**
Переваги • Хороші показники чутливості та специфічності для виявлення когнітивних порушень серед населення з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. • Оцінює візуально-просторові, виконавчі функції, увагу, пам'ять, мову, абстрагування, орієнтацію в часі та просторі. • Альтернативні форми для обмеження практичних навичок при повторному проведенні. • Паперові або мобільні формати. • Версії кількома мовами.	**Недоліки** • З вересня 2020 року для доступу до тесту MoCA буде обов'язковим офіційне навчання та сертифікація з адміністрування та підрахунку балів (виняток становлять студенти, лікарі-резиденти, ординатори та нейропсихологи). Зараз це коштує 125

• Вільно доступні для некомерційного використання. • Може застосовуватися будь-яким медичним працівником, який має відповідну підготовку, з інтерпретацією лише медичним працівником, який має досвід у сфері когнітивного розвитку. • Доступні нормативні набори даних, зокрема для дорослих віком від 18 років і старше	доларів США за особу (для груп пропонуються знижки). • Може не виявити легке когнітивне порушення або когнітивне порушення у осіб з високим рівнем освіти
Інструмент когнітивного скринінгу Шкала дослідження когнітивної функції Адденбрука-iii (ace-iii)	**Час на проведення 20 - 30 хвилин**
Переваги • Попередня версія (ACE-R), яка має схожі психометричні властивості, має прийнятну чутливість/специфічність щодо розладів вживання психоактивних речовин. • Оцінює увагу, пам’ять, швидкість мовлення, мовні та візуально-просторові функції. • Більш детальна оцінка мовних і практичних функцій, ніж MoCA; може бути більш придатною для клінічних умов, де підозрюється коморбідне вживання психоактивних речовин і нейродегенеративні розлади. • Доступні альтернативні форми для обстеження практичних навичок. • Паперові або мобільні формати. • Версії кількома мовами. • Вільно доступний для клінічної практики та досліджень. • Не вимагає обов’язкової кваліфікації або навчання	**Недоліки** • Потребує подальшої валідації в групах лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. • Більш тривалий час проведення порівняно з MoCA. • Відсутні нормативні дані для осіб молодшого віку (до 50 років)

Інструмент когнітивного скринінгу Повторювана батарея тестів для оцінки нейропсихологічного стану (r-bans)	**Час на проведення 20 - 30 хвилин**

Переваги • Здатний виявити когнітивні порушення у людей з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. • Оцінює безпосередню та відстрочену пам’ять, візуально-просторові, здібності, мову, увагу. • Більш детальна оцінка навичок навчання та пам’яті, ніж MoCA/ACE-III. • Доступні альтернативні форми для полегшення повторного проведення • Повний набір нормативних даних	**Недоліки** • Більш тривалий час проведення порівняно з MoCA або ACE-III. • Не оцінює виконавчу функцію – це потребує додаткового тестування. • Потребує спеціальної кваліфікації користувача (спеціаліст у суміжних галузях охорони здоров’я або психолог). • Коштує $594 австралійських долари за базовий тестовий набір

Варіанти лікування

За наявності тяжких когнітивних порушень:

• Слід заохочувати повне утримання від вживання алкоголю (або суттєве зменшення вживання алкоголю).

• Слід розглянути можливість нутритивної підтримки, зокрема тривалого застосування добавок з тіаміном.

• Лікування має бути структурованим і рутинним, що обмежує потребу в складних навичках прийняття рішень (наприклад, розглянути потребу в стаціонарному лікуванні).

• Елементи лікування, які потребують значної когнітивної обробки, слід переглянути, оскільки вони можуть бути неефективними.

• Інформація, що надається пацієнтам, має бути адаптована відповідно до типу їхніх порушень (наприклад, бути чіткою і надаватися в декількох формах, тобто в письмовій та усній).

• Пацієнтам слід надавати можливість практикувати поведінку, якої їх навчають, у різних умовах, з підказками і без них.

• Лікувальні інтервенції можуть зосереджуватися більше на зв’язку людини з розширеною зовнішньою підтримкою (наприклад, заходи в спільноті, Національна програма страхування на випадок інвалідності) або на допомозі із захисними інтервенціями (наприклад, опікунство), ніж на посиленні особистої мотивації людини до зміни поведінки.

Хоча лікарі вже давно визнали, що багато людей з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, також мають когнітивні порушення, було отримано мало доказів того, які методи лікування є найбільш ефективними.

Проте, оцінку рівня когнітивних функцій слід використовувати для планування лікування. Навіть незначні когнітивні порушення можуть по-різному впливати на ефективність лікування.

Люди з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, можуть мати слабке уявлення про природу і ступінь своїх когнітивних порушень. Через конкретні та ригідні процеси мислення, які можуть виникати внаслідок когнітивних порушень, спричинених розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, пацієнти з когнітивними порушеннями можуть мати труднощі з обробкою всієї необхідної інформації про свою проблему і можуть бути негнучкими у зміні своєї поведінки. Вони також можуть бути імпульсивними і мати труднощі з генеруванням нових способів вирішення проблем, коли вони виникають. Тому лікарі мають усвідомлювати, що така негнучкість є наслідком нездатності зрозуміти необхідність змін або труднощів зі зміною існуючих способів поведінки, а не запереченням проблеми чи відмовою змінювати поведінку. У таких ситуаціях, особливо коли когнітивний дефіцит є тимчасовим, лікарі мають спробувати різні підходи до лікування (див. нижче), щоб залучити пацієнта до лікування.

Залучення пацієнта з когнітивними порушеннями до лікування

Хоча багато стратегій, розглянутих у цьому розділі, застосовуються до всіх пацієнтів, вони можуть бути особливо важливими для залучення пацієнтів з когнітивними порушеннями. Нижченаведені стратегії можуть підвищити залученість пацієнта до лікування:

- **Надайте пацієнту письмову інформацію про лікування та розкажіть йому про процес лікування** – пацієнт може з більшою ймовірністю розпочати лікування, якщо він розумітиме, в чому воно полягатиме, як проходитиме, і що від нього вимагатиметься робити.
- **Майте на увазі, що обговорення різних варіантів лікування з пацієнтом може бути представлено таким чином, щоб врахувати його тип когнітивних порушень** (наприклад, допомогти пацієнту записати варіанти лікування, якщо він погано запам’ятовує). Якщо лікар вважає, що пацієнт здатний прийняти рішення, він має бути залучений до прийняття рішення про те, в якому лікуванні брати участь.
- **Встановіть позитивні стосунки з пацієнтом з когнітивним порушеннями шляхом:**
  - максимально простого та структурованого надання інформації;
  - застосування емпатійного, неупередженого, неавторитарного підходу;
  - уважного вислуховування того, що говорить пацієнт;
  - планування достатнього часу для консультацій.
- **Підтримуйте контакт з пацієнтами з когнітивними порушеннями.** Для підвищення ймовірності того, що пацієнт прийде на прийом, лікарі мають:
  - зателефонувати та/або надіслати текстове повідомлення перед консультацією, щоб нагадати пацієнтові, що у нього призначена зустріч;

- призначати прийом на один і той самий час в один і той самий день, щоб зменшити ймовірність забути про нього;
- заохочувати мережі підтримки супроводжувати пацієнта, якщо це доречно;
- якщо пацієнт забув про зустріч, зателефонувати йому та домовитися про інший час;
- організувати направлення на подальший догляд до завершення лікування, щоб не допустити прогалин у безперервному лікуванні. Часто саме ця прогалина призводить до рецидиву.

Когнітивний дефіцит також може впливати на лікування, обмежуючи здатність пацієнта ефективно висловлювати свої думки та почуття, а також розуміти комунікацію з лікарем. Лікар має максимально спростити спілкування, а за потреби повторити інформацію кілька разів. Він має використовувати мультимодальну презентацію матеріалу, де це можливо (наприклад, вербально, візуально, експериментально/«виконуючи»). Лікар може регулярно перевіряти, чи розуміє пацієнт те, що він говорить, шляхом прохання підсумувати своїми словами, а не просто запитувати, чи він зрозумів. Пацієнтам з проблемами пам’яті слід заохочувати записувати свої думки та запитання у щоденник і рекомендувати їм звертатися до своїх записів, щоб переконатися, що проблеми з пам’яттю не впливають на потенційні результати лікування. Планування лікування також має здійснюватися у співпраці з пацієнтом, його близькими (наприклад, сім’єю та друзями), а також відповідними медичними працівниками (наприклад, лікарем загальної практики, фахівцем з медицини залежностей).

Ведення пацієнта з когнітивними порушеннями, пов’язаними з алкоголем

За наявності когнітивних порушень визначте, чи є вони гострими (делірій), чи хронічними, чи гострими при хронічному перебігу (тобто гостре погіршення хронічного стану).

Якщо пацієнт перебуває в гострому стані сплутаності свідомості:

- Госпіталізуйте, якщо це доречно.
- Розгляньте можливість наявності енцефалопатії Верніке. Невідкладно призначте парентеральне введення тіаміну (див. Розділ 22).
- Виключіть та лікуйте інші причини сплутаності свідомості, такі як сепсис, зневоднення, метаболічні порушення, субдуральна гематома, постіктальна сплутаність свідомості, інтоксикація, ішемія/інфаркт, печінкова енцефалопатія. Проведіть відповідні дослідження: аналіз сечі, концентрацію алкоголю в крові, аналіз крові, рентген, ЕЕГ, КТ або МРТ.
- Зорієнтуйте пацієнта щодо знайомого персоналу та родичів, використання календаря та годинника, яскравого світла вночі.
- Використовуйте бензодіазепіни з антипсихотичними препаратами або без них у разі гострих поведінкових розладів; однак майте на увазі, що ці

лікарські засоби також можуть спричиняти гострі когнітивні порушення, які можуть затьмарити результати будь-якого когнітивного скринінгу.

Якщо когнітивні розлади не є гострими або повільно проходять, розгляньте наявність пов'язаних із алкоголем когнітивних розладів/пошкодження головного мозку, синдрому Верніке-Корсакова:

- Проведіть більш детальні тести когнітивних функцій, наприклад, MoCA (див. Вставку 19.1).
- За можливості, направте пацієнта на нейрокогнітивну оцінку до клінічного психолога/нейропсихолога. Час проведення оцінки буде залежати від причини направлення (наприклад, у разі направлення на стаціонарне лікування може виникнути потреба в оцінці здатності приймати рішення на ранній стадії лікування). Якщо існує ймовірність дотримання відмови від вживання алкоголю, бажано провести комплексне тестування після початкового гострого періоду (1-2 місяці), однак це необхідно збалансувати з ризиком потенційного рецидиву.
- Дослідіть і, за можливості, пролікуйте інші потенційні причини когнітивних порушень, такі як хвороба Альцгеймера або інші форми деменції, дефіцит вітаміну B12, прийом холінергічних препаратів, новоутворення, ішемія/інфаркт, черепно-мозкова травма, епілепсія або інші розлади ЦНС.
- Виключіть психіатричну коморбідність, яка може проявлятися когнітивними змінами, наприклад, великий депресивний розлад, сильна тривога, психоз.
- Підкресліть важливість відмови від вживання алкоголю для відновлення мозку для пацієнта та їхніх мереж підтримки. Впроваджуйте інтервенції в навколишньому середовищі для оптимізації відновлення мозку та мінімізації ризику рецидиву (наприклад, вільне від алкоголю середовище, низький рівень стресу, структуроване середовище з акцентом на харчуванні).
- Розгляньте можливість залучення до структурованої щоденної діяльності (наприклад, групи спільнот, волонтерська робота) як спосіб сприяння формуванню розпорядку та структури. Розгляньте можливість участі в соціальних групах ("групах за кавою"), які не є надмірно когнітивно складними, але сприяють соціальному залученню. Анонімні алкоголіки або подібні групи лікування, які роблять акцент на структурі та розпорядку, також можуть бути доречними для деяких людей з когнітивними порушеннями.
- Проведіть оцінку ризиків щодо безпеки пацієнта для самостійного життя в спільноті. Залучіть до процесу оцінки соціального працівника та ерготерапевта.
- Розгляньте варіанти організації проживання пацієнта. Зустріньтеся з родиною, щоб обговорити обмеження пацієнта та його потреби в повсякденному житті. Розгляньте варіанти проживання з наданням підтримки, якщо це доречно. Розгляньте потребу в опіці, якщо пацієнт має значні порушення, йому небезпечно жити самостійно, але він має обмежене уявлення про потреби в догляді.

• Обмеження доступу до ресурсів (наприклад, управління фінансами, обмеження доступу до місць, де можна придбати алкоголь) може бути доречною інтервенцією, якщо пацієнт не здатний приймати поінформовані рішення щодо вживання психоактивних речовин або ведення фінансів.

• Розгляньте необхідність примусового лікування, якщо пацієнт продовжує вживати алкоголь і не бере участі у відповідному лікуванні.

• Розгляньте окремі варіанти реабілітації, якщо когнітивні порушення мінімальні та є певна здатність до засвоєння нового матеріалу та навичок. Використовуйте описані вище стратегії для залучення пацієнта до лікування та підтримки контакту.

• За можливості, зосередьтеся на навчанні належному управлінню поведінкою та профілактиці рецидивів у повторюваній, відносно конкретизованій формі (див. Вставку 19.2 з додатковими рекомендаціями).

• Розгляньте можливість покращення когнітивних функцій після тривалого періоду утримання від вживання алкоголю та скоригуйте план лікування відповідно до цього.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
19.4	У разі підтвердження когнітивних порушень лікування слід адаптувати до когнітивних здібностей пацієнта (наприклад, спростити інструкції, зробити нагадування про призначення)	A
19.5	У разі виявлення когнітивних порушень, направлення на когнітивну корекцію може покращити когнітивне функціонування пацієнта та клінічні результати (наприклад, контроль над вживанням алкоголю), а також може сприяти залученню до інших методів лікування	GPP
19.6	Якщо когнітивні порушення є більш серйозними, залучення зовнішньої підтримки (наприклад, членів сім'ї), направлення до офіційних служб підтримки (наприклад, Національної програми страхування на випадок інвалідності) або юридичні інтервенції (наприклад, опікунство) можуть допомогти залучити пацієнта до лікування та контролювати його вживання алкоголю	B

Когнітивна корекція/реабілітація

Методи когнітивної реабілітації/когнітивного навчання були запропоновані як інтервенції для відновлення та/або покращення когнітивних

функцій у людей з розладом вживання алкоголю, а також для потенційного усунення впливу на лікування. Існують певні докази покращення когнітивних функцій у певних сферах (наприклад, виконавчі функції, робоча пам’ять) після застосування методів когнітивної реабілітації в осіб з розладами вживання психоактивних речовин. Крім того, комбіновані методи лікування, такі як модифікація когнітивних упереджень і тренінги з управління цілями, також покращують когнітивні результати, хоча на сьогодні недостатньо доказів, щоб рекомендувати якусь одну стратегію. Крім того, хоча існує певна узгодженість в ефективності підходів до формування навичок, ступінь покращення клінічних результатів, таких як зниження частоти рецидивів, залишається неясним. Когнітивне відновлення після зупинки від вживання алкоголю також відіграє важливу роль у поліпшенні результатів, які спостерігаються в цих дослідженнях. Для того, щоб краще з’ясувати довготривалі ефекти цих методів, необхідні більш систематичні докази з участю лише осіб із розладами пов'язаними з вживанням алкоголю, а також чіткіші докази покращення довготривалих наслідків вживання алкоголю і перенесення когнітивних навичок на більш широке відновлення.

ВСТАВКА 19.2: Можливі адаптації лікування для осіб з когнітивними порушеннями

Когнітивна слабкість	Потенційний повсякденний вплив	Потенційні стратегії
Увага	- короткий проміжок концентрації уваги - легко відволікається - проблеми під час розмов/довгих інструктажів - легко втомлюється	- обмежте відволікаючі фактори навколишнього середовища (наприклад, відведіть в окрему, тиху кімнату) - спростіть і скоротіть обговорення – зосередьтеся на одному або двох основних питаннях - розбивайте завдання на етапи (наприклад, використовуйте список і працюйте з підетапами) - слідкуйте за втомою, робіть часті перерви - скорочуйте тривалість сесій

Швидкість обробки інформації	- може знадобитися більше часу, щоб відповісти на запитання або виконати завдання - труднощі зі сприйняттям довгої, швидкої або складної інформації - може повільно реагувати на ситуації	- повільне надання інформації у темпі, що відповідає швидкості людини - дайте пацієнтові достатньо часу, щоб відповісти і виконати завдання. Будьте терплячими - розбивайте інформацію на невеликі компоненти і розглядайте по одному питанню за раз - очікуйте, що людині знадобиться більше часу, щоб отримати користь від інтервенцій - навчіть пацієнтів стратегіям, які дають їм більше часу на прийняття рішень (наприклад, робити перерви)
Навчання та пам’ять (легкі порушення)	- труднощі із засвоєнням та запам’ятовуванням нової інформації - проблеми із запам’ятовуванням того, що обговорювалося раніше - пропуски призначених зустрічей	- складайте план на кожній зустрічі (наприклад, пункти) і звертайтеся до нього під час сесії - подавайте інформацію різними способами – вербально, за допомогою наочних матеріалів, разом з пацієнтом - повторіть інформацію і попросіть пацієнта висловитися своїми словами, щоб перевірити розуміння - закінчуйте сеанс усним та письмовим підсумком - забезпечте структуру та розпорядок (наприклад,

		призначення на той самий час у той самий день) - заохочуйте використання щоденника/календаря на телефоні/будильника на телефоні - надсилайте нагадування про майбутні зустрічі (наприклад, через SMS або телефонний дзвінок напередодні) - використовуйте іменні бейджики для персоналу
Навчання та пам’ять (значні порушення)	- непослідовність у розповідях про поведінку (наприклад, про останнє вживання алкоголю) - труднощі з наданням важливих деталей, зокрема особистої історії, історії хвороби, патернів вживання психоактивних речовин - конфабуляція.	- використовуйте зовнішню підтримку для полегшення залучення (наприклад, транспортування на прийом) - розгляньте варіанти лікування з високим ступенем структурованості (наприклад, групи АА, стаціонарне лікування) - уникайте методів лікування, що залежать від нового навчання когнітивних навичок (наприклад, КПТ) - розгляньте можливість участі в соціальних заходах, які мінімізують пам’ять (наприклад, групи вільного відвідування) - підтримуйте планування за допомогою розкладів, щотижневиків, нагадувань про зустрічі - за згодою пацієнта, спробуйте отримати

		інформацію від джерела інформації (наприклад, сімейних спогадів або опікуна), щоб підтвердити та доповнити ключові історичні деталі
Виконавча дисфункція	- повторюваність у словах і діях - проблеми з багатозадачністю - труднощі з виконанням складного завдання з декількома етапами - конкретність у мисленні - труднощі з генеруванням альтернативних рішень проблем - труднощі із застосуванням вивченої інформації в інших ситуаціях - труднощі з мисленням з точки зору інших - поганий контроль імпульсів та/або емоцій - зниження розуміння своєї поведінки	- використовуйте конкретні приклади та рольові ігри, а не абстрактні поняття - заохочуйте попереднє планування кроків, пов’язаних із завданням - проводьте мозковий штурм потенційних проблем заздалегідь - забезпечте чіткі та послідовні межі та наслідки для поведінки - підкріплюйте позитивну поведінку (наприклад, словесне схвалення, винагороди) - заохочуйте поведінкові стратегії (наприклад, дихальні вправи) - тренування стратегій самоконтролю також може допомогти керувати поведінкою (наприклад, «зупинись, подумай, зроби») - може знадобитися допомога та підтримка для розуміння та заповнення складних форм - розгляньте роль опіки, фінансового менеджменту, примусового лікування. - зменшіть вплив поведінкових тригерів (наприклад, доступ до алкоголю) - перевірте інформацію, де це важливо, у надійного

		джерела інформації

Розділ 20. КОМОРБІДНІСТЬ: АЛКОГОЛЬ ТА ІНШІ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Автори: Майк МакДонаф та Лінда Гоуінг

У цьому розділі представлено огляд підходів до лікування пацієнтів, які вживають кілька наркотичних речовин, з особливим акцентом на тих, хто має полінаркотичну залежність.

КОМОРБІДНІСТЬ: АЛКОГОЛЬ ТА ІНШІ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Найпоширенішою коморбідністю для людей з діагнозом «розлад вживання алкоголю» є розлад вживання інших психоактивних речовин (ПАР); такі розлади зустрічаються в цій групі в сім разів частіше, ніж у загальній популяції. Найпоширенішими коморбідними розладами у людей з алкогольною залежністю зазвичай є вживання інших седативних засобів, таких як бензодіазепіни, канабіс, опіоїди, а також стимуляторів, таких як нікотин і метамфетамін. Відповідно, люди з розладами вживання алкоголю мають пройти скринінг на наявність інших розладів вживання ПАР.

Наявність більш ніж одного розладу, пов’язаного з вживанням ПАР, збільшує ризик для пацієнта і створює проблеми для лікаря, який його лікує. До речовин, що мають найбільше клінічне значення в поєднанні з розладом вживання алкоголю, належать:

- Куріння тютюну з нікотиновою залежністю.
- Вживання фармацевтичних препаратів, зокрема тих, що мають несприятливу седативну взаємодію з алкоголем, таких як бензодіазепіни, габапентиноїди та антипсихотичні препарати, такі як кветіапін.
- Заборонені наркотики, зокрема стимулятори (наприклад, метамфетамін).
- Опіоїди, зокрема анальгетики та терапія опіоїдними агоністами.

Вживання двох або більше ПАР, які, як відомо, викликають «відповідальність за зловживання», одночасно з небезпечним, шкідливим або залежним вживанням алкоголю (з посиланням на Міжнародну класифікацію хвороб 11) описується в цьому документі як «вживання алкоголю та інших психоактивних речовин». Важливо розуміти, що більшість патернів полізалежності пов’язані з алкоголем і що існують різні патерни полізалежності, деякі з яких включають епізодичне вживання однієї або декількох інших речовин, а інші – залежність від однієї або декількох речовин. Більшість людей з розладом вживання алкоголю в поєднанні з вживанням інших ПАР мають коморбідні психічні розлади, зокрема фонові розлади,

пов’язані з травмою (наприклад, ПТСР), та розлади особистості (наприклад, пограничні та антисоціальні риси/кластер). Крім того, люди з розладами вживання алкоголю та інших ПАР часто набувають медичних ускладнень через хронічне вживання багатьох ПАР у високих дозах в анамнезі. Це можуть бути хвороби, пов’язані з курінням, когнітивні порушення внаслідок періодичної інтоксикації та/або передозування, захворювання печінки, гіпертензія та серцево-судинні захворювання внаслідок вживання важких алкогольних напоїв та стимуляторів. Таким чином, це складна для управління група населення, в якій часто зустрічаються як фізичні, так і психічні коморбідності, що супроводжують полізалежність.

Мотивацією осіб, які вживають декілька ПАР зазвичай може бути контроль рівня та тривалості СВ. Мотивом також може бути посилення бажаного ефекту наркотичних речовин шляхом одночасного вживання кількох речовин зі схожими ефектами (наприклад, накопичення седативної взаємодії). За наявності психічної коморбідності інтоксикація може зменшити тривожні емоційні переживання, як описано далі в Розділі 21. Іншою поведінкою, що іноді спостерігається, є вживання деякими людьми комбінацій наркотичних засобів з різними ефектами для того, щоб полегшити продовження вживання однієї або декількох речовин. Наприклад, поєднання стимуляторів, таких як амфетаміни, зі значним вживанням алкоголю може призвести до зниження седативного ефекту через посилення ефекту алкогольного сп’яніння і, таким чином, сприяти більш інтенсивному вживанню алкоголю.

Іншим фактором може бути заміна алкоголю іншою ПАР або навпаки, особливо коли доступ до постачання тих чи інших речовин є нестабільним. Окрім того, ПАР може вживатись для полегшення виходу з інтоксикації. Наприклад, седативний засіб може бути прийнятий для зниження небажаних стійких ефектів стимулюючого засобу. Взаємодія алкоголю з іншими наркотичними речовинами може бути пов’язана з фармакокінетичними, фармакодинамічними та метаболічними механізмами. Наприклад, у разі вживання алкоголю кокаїн метаболізується до кокаетину, активного метаболіту тривалої дії, який, як вважається, сприяє інтоксикації та токсичності, зокрема ураженню серцево-судинної системи.

Чому люди приймають кілька психоактивних (наркотичних) речовин?

Для контролю рівня та тривалості інтоксикації.

Для посилення бажаного ефекту від ПАР шляхом вживання препаратів зі схожою дією (алкоголь + бензодіазепіни).

Для зменшення бажаного ефекту від вживання наркотичних засобів з різною дією, щоб полегшити продовження вживання (наприклад, алкоголь + стимулятори).

Для заміни іншого наркотичного засобу, коли доступ до іншого обмежений.

Для відновлення після інтоксикації (наприклад, алкоголь, щоб замаскувати дію стимулятора).

Існують докази зростання поширеності розладів вживання алкоголю серед населення старшого віку (особливо серед когорти 50-65 років або «бебі-бумерів»). Ця вікова група також більш схильна до вживання заборонених ПАР у минулому, на відміну від попередніх поколінь. Крім того, літнім людям частіше призначають лікарські засоби, і серед них більш поширена поліпрагмазія. Деякі лікарські засоби, що призначаються для лікування розладів вживання алкоголю, з одночасним вживанням інших наркотичних речовин або без них, мають ризик несприятливої взаємодії. До таких можливих взаємодій належать налтрексон з опіоїдними анальгетиками, дисульфірам з варфарином, фенітоїном, амітриптиліном тощо, а також баклофен з бензодіазепінами (останні іноді призначають для амбулаторного лікування синдрому відміни алкоголю); крім того, останні два лікарські засоби становлять ризик несприятливої седативної взаємодії з алкоголем, тобто, якщо на фоні прийому таких лікарських засобів виникає потяг до вживання алкоголю. Тому можливість несприятливої взаємодії між препаратами завжди потребує ретельного розгляду в осіб з розладом вживання алкоголю та інших психоактивних речовин та/або під час отримання поліпрагмазії.

Скринінг

Лікарі мають зібрати детальний анамнез вживання алкоголю та ПАР, щоб оцінити взаємозв’язок між розладом вживання алкоголю та іншими ПАР. Оскільки одночасне вживання декількох ПАР може бути епізодичним і може включати або не включати залежність від однієї або декількох речовин, детальний анамнез є ключовим для оцінки та подальшого формулювання діагнозу. Наприклад, епізодичне вживання ПАР може бути пов’язане з конкретними ситуаціями і тому потенційно піддається специфічній поведінковій інтервенції; крім того, одна (або більше) з вживаних речовин може бути певним чином взаємопов’язана, наприклад, деякі люди з опіоїдною залежністю можуть вживати бензодіазепіни для посилення ефекту опіоїдів, або людина з алкогольною залежністю вживає стимулюючі засоби для підвищення рівня уваги і, можливо, навіть для того, щоб легше було вживати алкоголь далі.

Що стосується скринінгу на розлади вживання алкоголю та ПАР, існує валідований та рекомендований ВООЗ скринінговий інструмент, розроблений для оцінки множинного вживання наркотиків, – «Скринінговий тест на вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин» (ASSIST; див. Додаток). Цей скринінговий інструмент був розроблений для виявлення вживання ПАР (зокрема, кількох речовин) та пов’язаних із цим проблем у закладах первинної та загальної медичної допомоги, відділеннях невідкладної допомоги та лікарняних амбулаторіях, зокрема в акушерських відділеннях. ASSIST забезпечує валідну оцінку ризику, пов’язаного зі вживанням ПАР, як для окремих речовин, так і для загального рівня залучення до вживання ПАР.

Цей скринінговий інструмент дозволяє відрізнити людей, які вживають ПАР з низьким ризиком, від тих, у кого виникли або є ризик виникнення проблем, зокрема, залежність від алкоголю або інших ПАР. ASSIST є у вільному доступі в Інтернеті, а також у вигляді додатку для смарт-пристроїв («eASSIST»), який може використовуватися пацієнтами і автоматично оцінюватись лікарем (див. Додаток).

У деяких випадках ступінь складності, пов'язаний із коморбідностями та ризиками, може вказати лікарю під час скринінгу на необхідність отримання допомоги спеціаліста. Фахівці з медицини залежностей можуть співпрацювати з іншими лікарями у веденні складних пацієнтів, якщо це показано клінічними показаннями.

Оцінка та план лікування

Початкова оцінка має бути комплексною і включати медичний, психологічний, соціальний та широкий анамнез вживання ПАР (Розділ 4). Оцінюючи кількісні показники частоти вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, необхідно враховувати, що вживання алкоголю часто пов'язане з вживанням інших ПАР, наприклад, людина може збільшити вживання бензодіазепінів, коли алкоголь не є доступним. Необхідно оцінити медичну та психіатричну коморбідність і провести стратифікацію ризиків, щоб визначити, яку речовину (речовини) слід вважати пріоритетною для лікування. Для цього необхідно отримати таку інформацію: 1) заявлені пацієнтом цілі лікування, 2) оцінку психічного стану та 3) фізичне обстеження, причому останні два аспекти вимагають особливої уваги до виявлення коморбідних станів. Часто з цієї причини, а також через складність розладів вживання алкоголю та інших ПАР, оцінку краще проводити після детоксикації в контрольованих умовах. Під час проведення будь-якого комплексного обстеження є слушна нагода провести звірку лікарських засобів, щоб визначити, які препарати пацієнт вважає необхідними для продовження прийому, а також які препарати можна зменшити, відмінити або направити на консультацію до іншого спеціаліста.

Зважаючи на те, що розлад вживання алкоголю та інших ПАР часто супроводжуються коморбідними станами, важливим моментом у будь-якому плані лікування є визначення того, як буде проводитися лікування коморбідних станів під час фази зупинки вживання речовин та в подальшому після її завершення. Частою проблемою в цій ситуації є те, що деякі люди змінюють свою думку про початкову мету лікування під час або після періоду детоксикації і починають шукати додаткове дозування іншого препарату для заміщення (наприклад, людина з алкогольною залежністю також має хронічний біль, і їй призначають опіоїди і прегабалін, але після необхідної алкогольної детоксикації вона вимагає збільшення дози опіоїдних анальгетиків). Планування лікування перед початком фази зупинки вживання психоактивних речовин має включати непередбачувані ситуації, щоб впоратися з будь-яким використанням інших/додаткових лікарських засобів.

Важливо розуміти патерн вживання алкоголю та наркотичних речовин, щоб визначити, які речовини можуть бути пов’язані з рецидивом вживання інших психоактивних речовин. Наприклад, оскільки вживання алкоголю часто пов’язане з тютюнопалінням, якщо пацієнт бажає кинути палити, важливою частиною профілактики рецидивів є одночасне вирішення проблеми вживання алкоголю через потенційний зв’язок з наслідками куріння.

Серед осіб з розладом вживання алкоголю та інших ПАР поширена практика заміщення речовин, тобто, якщо зупиняється прийом однієї речовини (навмисно, як частина стратегії лікування, або мимоволі), починається вживання іншої. Це необхідно враховувати під час планування зменшення дози або навіть зупинки вживання однієї чи кількох речовин для осіб з розладами вживання алкоголю та інших ПАР. Хоча на початковому етапі зменшення дози або припинення вживання речовини може бути бажаною метою лікування пацієнта, а також доцільною з медичної точки зору, подальшим наслідком може бути заміна на іншу речовину або лікарський засіб, яким зловживають. Корисною є інтеграція допомоги, наявність одного лікаря, який призначає лікування, або регулярна комунікація між лікарями, які призначають лікування.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
20.1	Усі пацієнти з розладами вживання алкоголю мають пройти скринінг на вживання інших ПАР за допомогою оцінки кількості-частоти або за допомогою структурованих скринінгових інструментів, таких як опитувальник ASSIST	GPP
20.2	Одночасна залежність від декількох ПАР, зазвичай, пов’язана з високим рівнем фізичної, психіатричної та психосоціальної коморбідності. Комплексні плани лікування мають бути спрямовані на вирішення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з урахуванням коморбідних станів	GPP
20.3	Комунікація між лікарями має важливе значення, якщо в лікуванні беруть участь кілька лікарів, особливо якщо лікарів, які призначають лікарські засоби, більше одного	GPP

СВ при розладі вживання алкоголю та залежності від інших психоактивних речовин

Лікування СВ у людей з розладами вживання алкоголю та інших ПАР є складним, а терапевтичні підходи значною мірою залежать від речовин, що

вживаються в цей час, та їхніх дозувань. Хоча неможливо охопити всі підходи, специфічні для алкоголю та інших речовин, а також їх комбінацій, у цьому розділі коротко розглянуто деякі поширені приклади.

Вибіркове утримання від вживання

У деяких ситуаціях пацієнти можуть бути готові відмовитися лише від однієї або двох речовин. Часто це можна зробити в амбулаторних умовах (Розділ 8). Це вимагатиме надання підтримуючої допомоги та регулярного моніторингу. Будь-які лікарські засоби, зазвичай, надаються шляхом щоденного прийому під наглядом лікаря (хоча, якщо є хороша підтримка сім'ї, хтось із членів сім'ї може бути готовий взяти на себе відповідальність за щоденний нагляд за прийманням лікарських засобів).

Нікотин

Нікотин є найпоширенішою речовиною, яку одночасно вживають люди з розладом вживання алкоголю. Підтримка у припиненні куріння завжди має надаватися теперішнім курцям як частина загального лікування СВ в будь-яких умовах. У державних лікувальних установах (які є зонами, вільними від тютюнового диму) звичайною практикою є надання відповідної нікотинозамісної терапії всім пацієнтам, які можуть бути залежними від нікотину, зокрема курцям канабісу, які змішують канабіс з тютюном. Варениклін як фармакотерапія є безпечним та ефективним для курців з розладами вживання алкоголю, а деякі дані свідчать про те, що він може бути корисним у лікуванні обох захворювань. Однак деякі люди не мотивовані кидати курити і можуть не бажати вступати до лікувального закладу, де заборонено куріння, або дотримуватися такої політики. Прагматичний підхід до вирішення цієї проблеми включає відкрите обговорення політики та варіантів лікування, надання переваги амбулаторному лікуванню, прийняття нікотинової заміни на час перебування в стаціонарі, надання доступу до місця для куріння або періодів відсутності.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
20.4	Лікування відмови від куріння можна проводити одночасно з лікуванням алкогольної залежності – варениклін може сприяти зменшенню як тютюнопаління, так і вживання алкоголю	C

Кризові та екстрені ситуації

Пацієнти можуть звернутися за підтримкою при СВ викликаному вживанням декількох психоактивних речовин у кризовій ситуації, наприклад, у випадку сімейної кризи або судової справи, що перебуває на розгляді. У кризових ситуаціях зазвичай рекомендується надавати підтримку при СВ в

умовах стаціонару, наприклад, у відділенні детоксикації в спільноті, яке забезпечує цілодобовий моніторинг.

Іноді пацієнти можуть потрапити до відділення невідкладної допомоги і потребувати хірургічного втручання або іншого невідкладного медичного лікування. Стаціонарна підтримка при СВ під наглядом передбачає визначення речовини, яка має найбільший ризик тяжкості СВ (зазвичай це алкоголь, за ним ідуть інші седативні препарати), з подальшим налагодженням постійного догляду після виписки з лікарні. З особливою обережністю слід ставитися до пацієнтів з пограничним розладом особистості, які перебувають у кризовому стані, оскільки за таких обставин вони не завжди добре реагують на стаціонарне лікування. Тому, якщо немає серйозних медичних/психіатричних станів, що потребують госпіталізації, таким пацієнтам рекомендується коротка кризова інтервенція. Лікування СВ, як описано в Розділі 8, слід планувати на більш пізній час, коли кризовий стан не буде переважати.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
20.5	Пацієнти, які переживають СВ викликаний вживанням декількох ПАР, потребують ретельного моніторингу, посиленої психосоціальної допомоги та призначення додаткових лікарських засобів або лікарських засобів у більшому дозуванні	GPP

Опіоїдні та інші седативні препарати

Хоча седативні препарати можуть дещо полегшити симптоми СВ в цілому, чим вищий загальний щоденний вплив алкоголю та інших седативних препаратів, тим вища ймовірність тяжкого СВ. Алкоголь є речовиною, яка найчастіше потребує лікування СВ, і лікується бензодіазепінами (див. Розділ 8). При наданні такого лікування пацієнту, який також вживає кілька седативних препаратів, алкогольний СВ, ймовірно, буде важчим, а отже, потребуватиме більших доз бензодіазепінів. Зазвичай бензодіазепіни тривалої дії, такі як діазепам, дають у вигляді послідовних навантажувальних доз (Розділ 10).

Стимулюючі засоби

Коли залежність від декількох ПАР пов'язана з вживанням психостимуляторів, зазвичай відсутня потреба у проведенні додаткової специфічної фармакотерапії, оскільки раптове припинення регулярного вживання психостимуляторів, найімовірніше, буде пов’язане з седативним ефектом.

Як алкоголь, так і психостимулятори пов’язані з ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, тому в умовах лікування люди, які зловживають алкоголем і стимулюючими засобами, завжди мають проходити скринінг на наявність серцево-судинних ускладнень. Хоча артеріальна

гіпертензія є поширеним явищем при гострих станах, стрес і СВ зазвичай підвищують артеріальний тиск, і тому вимірювання, проведені після того, як СВ минув, зазвичай краще відображають гіпертензивний стан.

Фармакотерапія для профілактики рецидивів

Призначення будь-якого лікарського засобу пацієнту, схильному до одночасно вживання декількох ПАР, створює особливий ризик несприятливої медикаментозної взаємодії в поєднанні з імовірністю поганого дотримання режиму лікування. Перед призначенням більшості лікарських засобів для профілактики рецидивів зазвичай рекомендується початкова детоксикація. Спеціальних препаратів для профілактики рецидивів розладів вживання алкоголю при вживанні інших ПАР не існує, проте такі лікарські засоби доступні для лікування алкогольної, нікотинової та опіоїдної залежностей. Нижче коротко описано фармакотерапію розладів вживання алкоголю, яку зазвичай призначають, та опіоїдну замісну терапію.

Фармакотерапія розладів вживання алкоголю

Лікарські засоби, рекомендовані для профілактики рецидиву алкогольної залежності, включають дисульфірам, налтрексон і акампросат; інші препарати, такі як баклофен і топірамат, іноді застосовуються не за призначенням (див. Розділ 10). Алкогольна залежність, ускладнена залежністю від інших ПАР, також може лікуватися за допомогою цих лікарських засобів. Ризик несприятливої взаємодії з цими препаратами загалом низький, за винятком опіоїдів з налтрексоном. Однак у пацієнтів з комбінованою залежністю від опіоїдів та алкоголю прийом налтрексону, розпочатий після припинення вживання опіоїдів, може допомогти у профілактиці рецидивів як алкогольної, так і опіоїдної залежності. Застосування дисульфіраму у разі розладу вживання алкоголю при залежності від інших ПАР слід розглядати з обережністю, оскільки він може взаємодіяти з низкою лікарських засобів та інших речовин. Проте його можна розглядати як варіант, коли розлад вживання алкоголю чітко пов’язаний із вживанням пацієнтом інших наркотичних засобів, наприклад, у пацієнта, який отримує метадонову терапію, розвивається алкогольна залежність, тому йому призначають дисульфірам одночасно з прийомом метадону, щоб запобігти рецидиву залежного вживання алкоголю і водночас забезпечити безпечне продовження лікування метадоном. Існує також обмежена кількість доказів того, що дисульфірам може бути корисним для профілактики рецидиву кокаїнової залежності. Баклофен є седативним засобом, і його слід уникати пацієнтам, які одночасно приймають рецептурні або нерецептурні седативні препарати.

Замісна підтримувальна терапія/підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ЗПТ/ПТАО)

Зазвичай, будь-які розлади вживання алкоголю та/або інших ПАР є пересторогою для призначення терапії препаратами ЗПТ з використанням

метадону або бупренорфіну, але після комплексної оцінки, пацієнт, у якого виявлено опіоїдну залежність та розлад вживання алкоголю, може бути визнаний придатним для призначення ЗПТ. У таких ситуаціях зазвичай рекомендується розпочинати лікування в стаціонарних умовах (наприклад, у відділенні детоксикації), щоб зменшити ризик несприятливої взаємодії алкоголю, опіоїдів та інших препаратів, таких як бензодіазепіни. Наполегливо рекомендується подальший ретельний моніторинг в амбулаторних умовах для виявлення будь-яких ознак рецидиву вживання алкоголю та/або інших ПАР. Для людей з розладом вживання алкоголю та підозрою на інтоксикацію слід надавати перевагу щоденному призначенню ЗПТ з моніторингом за допомогою алкотестера. Дози можуть бути зменшені або не видаватись, якщо інтоксикація підтверджена. Коротка інтервенція може бути ефективною для зменшення вживання алкоголю (див. Розділ 6). З особливою обережністю рекомендується розглядати можливість застосування бупренорфіну пролонгованої форми пацієнтам з активним розладом вживання алкоголю. Також важливо знати, що у деяких пацієнтів з опіоїдною залежністю вживання алкоголю та/або інших ПАР можуть бути пов’язані з невідповідним дозуванням препаратів ЗПТ, і якщо це так, варто розглянути можливість підвищення дозування препаратів ЗПТ після припинення вживання алкоголю/інших ПАР.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
20.6	Пацієнти, залежні від алкоголю та бензодіазепінів або опіоїдів, мають бути стабілізовані лікарськими засобами-агоністами під час проходження синдрому відміни алкоголю	GPP
20.7	Активний розлад вживання алкоголю значно підвищує ризик передозування, пов’язаного з прийомом опіоїдних препаратів для лікування хронічного болю або ЗПТ. Необхідний ретельний моніторинг, і якщо рівень алкоголю в крові підтверджує інтоксикацію, слід зменшити дозу або припинити прийом препаратів ЗПТ. Перед початком лікування людей, залежних як від алкоголю, так і від опіоїдів, рекомендується отримати консультацію фахівця	GPP

Подальший догляд

Захворюваність і смертність, пов’язані з розладами вживання алкоголю та інших ПАР, вимагають від лікарів, які проводять оцінку та/або надають будь-яке невідкладне втручання, розроблення подальшого «Плану догляду». Цей план має включати стратегію регулярного перегляду стану пацієнта, співпрацю

з ключовими особами, які можуть підтримувати пацієнта (наприклад, сім'я, чоловік/дружина, хороші друзі, опікун, місцевий фармацевт, інші особи, які призначають ліки), що також допоможе отримати супутню інформацію для клінічного моніторингу.

Розділ 21. КОМОРБІДНІСТЬ: СУПУТНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА РОЗЛАДИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Автори: Ендрю Бейлі, Джеймс Фем; Кірстен С Морлі, Лексін Стапінскі, Кетрін Міллз, Крістіна Марель, Френсіс Кей-Лембкін та Марі Тіссон

КОМОРБІДНІСТЬ: СУПУТНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА РОЗЛАДИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Поєднання психічних розладів та розладів вживання алкоголю створює особливі труднощі в лікуванні людей з алкогольною залежністю.

Коморбідні психічні розлади є поширеним явищем серед людей з алкогольною залежністю. В Австралії з 8841 особи, опитаних у 2007 році в межах Національного дослідження психічного здоров'я та благополуччя, 2,9% відповідали критеріям шкідливого вживання алкоголю, а 1,4% – критеріям розладу вживання алкоголю. З цієї останньої групи половина (53,6%) відповідає критеріям тривожного розладу, а третина (34,0%) – критеріям афективного розладу або розладу настрою (Австралійське бюро статистики, 2008). Інші розлади, пов'язані з розладом вживання алкоголю, включають інші розлади вживання ПАР. І навпаки, серед людей з психічними розладами, такими як депресія, 34% чоловіків і 15% жінок мають супутні проблеми із вживанням алкоголю. Вплив травми (наприклад, серйозні травми або смерть, участь у небезпечному для життя інциденті, погрози зброєю тощо) є дуже поширеним серед людей з розладами вживання алкоголю. Хоча люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) більш ніж у п'ять разів частіше страждають від розладів вживання алкоголю, ніж люди без ПТСР, лише 5% людей з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, відповідають критеріям ПТСР. Приблизно кожна п'ята людина з шизофренією має розлад вживання алкоголю в певний момент свого життя. Таким чином, коморбідні психічні розлади є досить поширеним явищем, щоб їх наявність можна було передбачити і спланувати їх лікування.

Наступний розділ слід читати в контексті Австралійських національних настанов з лікування супутніх розладів психічного здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших наркотичних речовин, у закладах лікування алкогольної та інших видів залежності (Марель та ін., 2016) (www.comorbidityguidelines.org.au). Ці національні настанови містять більше порад і ресурсів, ніж у цій статті. Додаткову допомогу можна отримати з настанов для конкретних розладів, наведених у Додатку 6а. На додаток до цих

ресурсів у наступному розділі наведено конкретну інформацію та рекомендації щодо розладів вживання алкоголю, а також додано дослідження, опубліковані з 2015 року.

На Рисунку 21.1 показано керівні принципи роботи з людьми з коморбідним вживанням алкоголю та психічними розладами, адаптовані з Марель та ін. (2016, с. 15)

Під час роботи з клієнтами з коморбідними психічними розладами службам охорони здоров'я та медичним працівникам рекомендується враховувати такі принципи, описані в цих настановах:

- Як окремий медичний працівник, працюйте в межах своїх можливостей (сфери діяльності або клінічної компетенції), реалістично оцінюйте свої можливості, використовуйте досвід інших та координуйте надання допомоги.
- Визнайте, що лікування коморбідних станів є частиною основної діяльності в галузі охорони здоров'я.
- Забезпечте рівний доступ до медичної допомоги.
- Прийміть політику відкритості. Не споживач медичних послуг має розуміти, як організовані медичні послуги, і не споживач має знати, куди краще звернутися за допомогою, а медичні працівники мають координувати надання допомоги та сприяти людині в отриманні оптимального медичного догляду.
- Визнайте, що коморбідність є поширеним явищем і що всі пацієнти мають регулярно проходити скринінг на наявність коморбідних станів.
- Здійснюйте постійний моніторинг симптомів та оцінку результатів лікування.
- Застосовуйте клієнтоорієнтований підхід.
- Наголошуйте на спільному характері лікування.
- Майте реалістичні очікування, неупереджене ставлення та неконфронтаційний підхід до лікування.
- Висловлюйте впевненість в ефективності програми лікування.
- Залучайте сім'ю та опікунів до лікування.
- Консультуйтеся та співпрацюйте з іншими медичними працівниками; та
- Забезпечте безперервність лікування.

Під час обговорення коморбідних психічних розладів у цьому розділі використовується термінологія п'ятого видання «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» Американської психіатричної асоціації («Американська психіатрична асоціація», 2013) або Міжнародної класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (11-те видання), оскільки вони містять конкретні критерії, які визначають кожен розлад. Ці класифікації є корисними, оскільки вони є найбільш поширеними класифікаціями, що використовуються в науковій літературі. Розлад вживання алкоголю та більшість психічних розладів - це синдроми, які визначаються характерними патернами симптомів та ознак, про які повідомляється і які спостерігаються. Симптоми та ознаки, про які повідомляється, є реальними, в

той час як синдроми – це назви для опису патернів ознак і симптомів, які виникають разом, мають спільний клінічний перебіг і мають певну клінічну корисність. Хоча глибинні механізми, які пояснюють ці симптоми та ознаки, можуть бути виявлені в ході майбутніх досліджень, ці розлади залишаються описовими синдромами.

Коморбідність представляє діагностичні та лікувальні дилеми. Коли людина вперше звертається за допомогою з приводу розладу вживання алкоголю, вирішальну роль відіграють мотивація та залучення, а також збір інформації та вироблення спільного розуміння проблем, з якими вона стикається. Симптоми та занепокоєння, висловлені під час перших контактів, можуть вимагати негайної уваги. З часом може виявитися, що деякі проблеми є прямим наслідком інтоксикації або СВ і зникають після подолання СВ або значного скорочення вживання алкоголю. В інших випадках психічні розлади розвиваються паралельно з розладами вживання алкоголю. У деяких випадках психічні розлади та вживання алкоголю взаємодіють між собою, що призводить до поглиблення проблеми, більшого функціонального впливу та гіршої відповіді на лікування. Крім того, психічні розлади можуть з'явитися або погіршитися на початку СВ від алкоголю і можуть бути «замасковані» алкоголем. Диференціальна діагностика може бути більш важливою для довгострокових інтервенцій – незалежно від того, як розвинулася коморбідність, початкове ведення та лікування, зазвичай, схожі.

Оскільки коморбідність часто означає наявність у людини двох пов'язаних розладів, можливо, краще розглядати мультиморбідність і як термін, і як нагадування про необхідність враховувати широкий спектр проблем зі здоров'ям і пов'язаних із ним проблем.

Людям із коморбідним вживанням алкоголю та психічними розладами слід пропонувати лікування обох розладів в межах стандартної медичної допомоги. Інтервенції для людей з коморбідністю мають бути більш інтенсивними, оскільки ця група населення, зазвичай, має більш складний перебіг і гірший прогноз, ніж люди з поодинокими розладами. Слід подбати про координацію інтервенцій, щоб вони були інтегрованими і доповнювали одна одну.

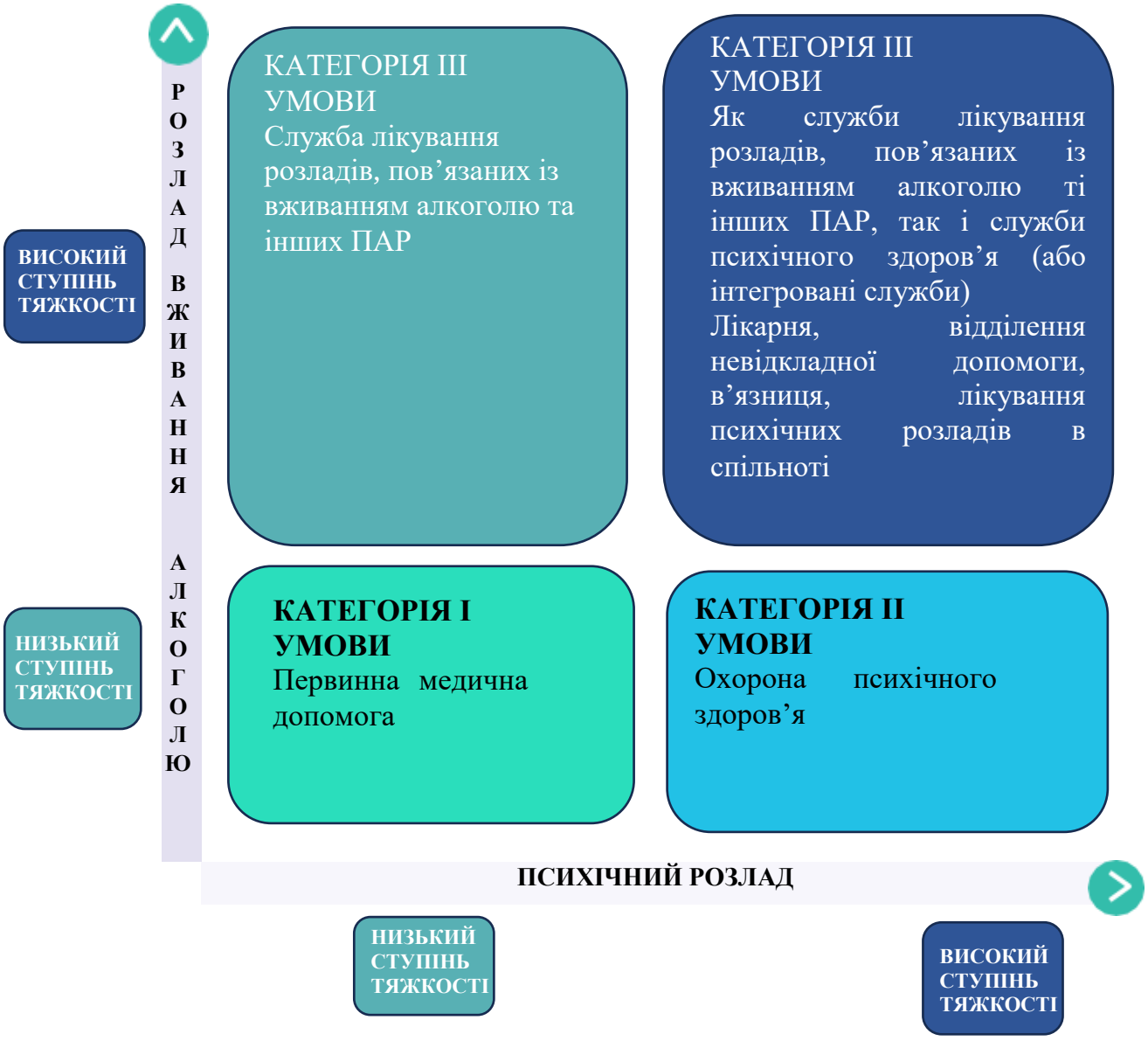
Інтеграція та координація допомоги людям з коморбідним вживанням алкоголю та психічними розладами має відбуватися на рівні служби або команди, а також в межах допомоги, що надається окремим особам. Спеціалізовані служби для людей з проблемами алкогольної залежності потребують досвіду в оцінці та лікуванні коморбідних психічних розладів. Люди, яких направляють з однієї служби до іншої, іноді не користуються направленням (з різних зрозумілих і законних причин), а різні служби іноді мають різні критерії прийнятності. У розрізнених системах охорони здоров'я люди з більш складними проблемами можуть бути втрачені з поля зору. Таким чином, для забезпечення безперервності допомоги бажано залучати фахівців з питань психічного здоров'я до роботи служб лікування алкогольної залежності, а не очікувати, що люди з коморбідними розладами зможуть впоратися з

географічними, адміністративними та клінічними відмінностями між службами. Слід застосовувати настанови, що пропагують інтегровану допомогу для людей з хронічними та складними захворюваннями. Інтеграція змісту лікування розглядається в наступних розділах.

На Рис. 21.1 показано рівні інтеграції спеціалізованих служб з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших ПАР, а також психічного здоров'я. Залежно від відносної тяжкості розладу вживання алкоголю та психічного розладу, допомога може надаватися у відповідному спеціалізованому закладі або в умовах первинної медичної допомоги. Наприклад, у Настановах штату Вікторія щодо програм боротьби з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю та інших ПАР коморбідні психічні розлади вказані як один із критеріїв для госпіталізації для лікування гострого СВ (VicHealth, 2018).

Рисунок 21.1

Рівень медичної допомоги особам з супутнім вживанням алкоголю та психічними розладами



Примітка: *Адаптовано з Центру лікування залежності від психоактивних речовин, 2005. Лікування залежності від психоактивних речовин у осіб із супутніми розладами. Протокол покращення лікування (TIP), серія 42, номер публікації DHSS (Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення) (SMA) 05-3922. Адміністрація служб лікування залежності від психоактивних речовин та психічного здоров'я, Роквілль, штат Меріленд.*

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.1	Людям з розладом вживання алкоголю та коморбідними психічними розладами слід пропонувати лікування обох розладів. Слід подбати про координацію інтервенцій	C
21.2	Необхідні більш інтенсивні інтервенції для людей з коморбідними станами, оскільки ця група населення має тенденцію до більшої інвалідизації та гірший прогноз, ніж ті, хто має одну патологію	GPP
21.3	Як мінімум, усі працівники, які працюють з пацієнтами, що вживають алкоголь та інші наркотичні речовини, мають бути «поінформовані про коморбідні стани», знати симптоми поширених психічних розладів та способи їх лікування	GPP

Оцінка та діагностика

На основі Національних настанов з коморбідності Марель та ін. (2016, с. 62)

- З огляду на високий рівень психічних розладів серед людей з розладами вживання алкоголю, дуже важливо, щоб стандартний скринінг та оцінка були проведені для цих станів.
- Скринінг та оцінка створюють основу для майбутніх відносин між пацієнтом та працівником і мають проводитися в співчутливій та емпатійній манері, визнаючи при цьому позитивні та негативні наслідки вживання алкоголю.
- Важливо враховувати повний перелік проблем у процесі формулювання випадку (соціокультурні фактори, житлові умови, юридичні питання, фінансові питання, родинні та близькі стосунки, медичний анамнез,

анамнез життя), а не лише проблеми, пов’язані з вживанням алкоголю та психічним здоров’ям.

- В ідеалі повна оцінка має відбуватися після періоду утримання від вживання алкоголю або, принаймні, коли немає СВ чи інтоксикації.
- Протягом лікування пацієнта слід проводити кілька оцінок, оскільки симптоми можуть змінюватися з плином часу.
- Важливо надавати пацієнту зворотний зв’язок за результатами оцінювання в позитивній і зрозумілій формі.

Люди, які звертаються до служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших ПАР

Оцінка коморбідних психічних розладів і симптомів має бути частиною стандартних процедур оцінки (див. Розділ 4).

Важливо, щоб оцінка загальних проблем, таких як тривога і депресія, була звичною практикою в установах, що надають послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Важливо пам’ятати, що однією з цілей оцінки є виявлення проблем, які потребують уваги. Особливо при складних і хронічних проблемах важливо залучити пацієнта, оскільки він міг мати кілька частково успішних контактів зі службами охорони здоров’я, що може призвести до стигматизації та деморалізації. Оцінка також має бути зосереджена на визначенні найбільш нагальних потреб людини, зокрема тих, що мають безпосередній вплив на її виживання та якість життя. Таким чином, ризик суїциду в стані алкогольного сп’яніння є більш пріоритетним в оцінці, ніж диференціальна діагностика великого депресивного розладу; ризик домашнього насильства є більш важливим, ніж оцінка посттравматичного стресового розладу; ризик втоми і зниження мотивації є більш важливим, ніж оцінка розладу сну; а імпульсивні ризики є більш пріоритетними, ніж розлад дефіциту уваги і гіперактивності. Часто необхідно розпочати лікування потенційних коморбідних розладів до того, як буде встановлено диференційний діагноз. Довготривале лікування виграє від ширшої обізнаності про основні стани, але збір доказів не має заважати залученню пацієнта до лікування або вирішенню нагальних пріоритетів. Період утримання від вживання алкоголю (традиційно 4-6 тижнів) є найпоширенішим способом встановлення диференціального діагнозу.

Коли слід проводити оцінку?

Оцінка коморбідних психічних розладів має відбуватися: a) для всіх пацієнтів під час першого звернення, b) після позитивних результатів скринінгу, c) на прохання пацієнта, d) коли пацієнт припинив або може припинити лікування, e) коли прогрес не відповідає очікуванням, або f) у разі несподіваної або різкої зміни стану пацієнта.

Першим кроком в оцінці коморбідних психічних розладів є розгляд їхньої тяжкості. Легкі симптоми тривоги і депресії можуть не потребувати окремої уваги, але більш важкі форми можуть змінити фокус і умови лікування. Шкала

10 симптомів Кесслера, також відома як К10, є широко використовуваним показником психологічного дистресу, який підходить для скринінгу широкого спектру психічних розладів (див. Додаток). Більш коротка версія К6, що складається з 6 пунктів, має схожі скринінгові властивості та може бути кращою з огляду на стислість. Вона також може повторюватися для моніторингу прогресу і для оцінки результатів у людей з тривожними і депресивними розладами.

Диференціальна діагностика може зайняти певний час і не має бути перешкодою для початку лікування, заснованого на симптомах. Як зазначалося вище, ключовим методом є період утримання від вживання (умовно 4-6 тижнів) або значне скорочення вживання алкоголю. Крім того, ретельний збір анамнезу може виявити, що коморбідні психічні розлади почалися до вживання алкоголю. Наприклад, лікування антидепресантами депресивного розладу є більш ефективним, якщо цей розлад почався до початку вживання алкоголю або якщо депресія зберігається і після завершення СВ та досягнення утримання від вживання алкоголю, порівняно з депресією, яка виникає лише в межах «розладу активного вживання алкоголю». Також може бути корисно звернути увагу на наявні симптоми – пригнічений настрій, схвильованість, безсоння і збудження можна пояснити як наслідок вживання алкоголю або як окремий тривожний чи депресивний розлад, тоді як фобічне уникнення, флешбеки, розлад мислення, швидше за все, вказують на окремі психічні розлади. Якщо є впевненість у наявності окремого психічного розладу або тривожних симптомів, що погіршують самопочуття, слід негайно розпочати оптимальну інтервенцію.

Після позитивного результату скринінгу на К10 або К6 може знадобитися більш детальна оцінка на наявність конкретних психічних розладів. Ми не знайшли достатніх доказів, щоб рекомендувати за або проти будь-якого з типово доступних варіантів, таких як направлення на консультацію до психіатра, використання структурованих або напівструктурованих діагностичних інтерв'ю, додаткових опитувальників для оцінки конкретного розладу та/або клінічне інтерв'ю. За відсутності остаточних доказів, клінічний консенсус полягає в тому, що будь-який з цих методів для більш комплексної оцінки є прийнятним, якщо вони можуть бути застосовані вчасно, скоординовано, співчутливо і з залученням пацієнта.

Якщо є більше часу або ймовірність коморбідних станів вища, додаткову інформацію в межах комплексної оцінки можуть надати спеціальні скринінгові опитувальники для виявлення поширених коморбідних станів. Стандартизованими опитувальниками, валідизованими для скринінгу за допомогою золотого стандартного клінічного інтерв'ю в коморбідних вибірках, є Шкала самооцінки для діагностики синдрому розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослих (рівень доказовості С), Скринінговий опитувальник для діагностики психозів (також з рівнем доказовості С). Можуть бути використані скринінговий опитувальник щодо травм (TSQ) та скринінговий опитувальник ПТСР для первинної медичної допомоги (PC-

PTSD) (D), індекс короткого сну для виявлення безсоння (D), опитувальник щодо розладів харчової поведінки EDEQ для виявлення розладів харчової поведінки (D), а також опитувальник штату Айова для виявлення розладів особистості (IPDS-SR, 11 пунктів) та стандартизована шкала оцінки особистості (SAPAS-SR, 8 пунктів) для виявлення розладів особистості (D).

Формальний звичайний моніторинг прогресу зі зворотним зв'язком з лікарями та пацієнтами може бути корисним для виявлення тих, хто не досягає очікуваного прогресу (Крітс Крістоф та ін., 2012; Ламберт, 2010), а додаткові переваги можуть бути отримані від стандартизованої оцінки бар'єрів на шляху до прогресу (таких як мотивація та терапевтичний альянс, див. Розділ 9).

Оцінка коморбідних психічних розладів має проводитися регулярно, оскільки клінічна картина може змінюватися залежно від поточного статусу щодо вживання алкоголю. Люди з коморбідними розладами настрою та вживання алкоголю мають регулярно проходити оцінку та моніторинг ризику суїциду відповідно до встановлених рекомендацій (див. Додаток 6а).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.4	K10 або K6 рекомендовані для скринінгу коморбідних психічних розладів у людей, які звертаються з приводу розладів вживання алкоголю	A
21.5	Диференціальна діагностика коморбідних розладів має проводитися після подолання СВ алкоголю, що може пояснювати деякі тривожні та депресивні симптоми	B
21.6	Для виявлення специфічних психічних розладів рекомендується використовувати Шкалу самооцінки діагностики у дорослих розладу дефіциту уваги та гіперактивності (ASRS), а також Скринінговий опитувальник для діагностики психозів як частину комплексного обстеження	C
21.7	Скринінговий опитувальник щодо травми (TSQ) та/або скринінговий опитувальник ПТСР первинної медичної допомоги (PC-PTSD) рекомендовані для скринінгу ПТСР, індекс короткого сну для виявлення безсоння, опитувальник щодо розладів харчової поведінки (EDEQ) для виявлення розладів харчової поведінки, а також опитувальник штату Айова для	D

	виявлення розладів особистості (IPDS-SR) та/або стандартизована оцінка особистості в скороченому вигляді (SAPAS-SR) для виявлення розладів особистості в межах комплексної оцінки	
21.8	Звичайна стандартизована оцінка вживання алкоголю та симптомів коморбідних розладів може попередити лікарів про пацієнтів, які не досягають очікуваного прогресу, щоб виявити та усунути бар'єри на шляху до прогресу	GPP

Люди, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я

Вживання алкоголю та проблеми, до яких воно може призвести, є досить поширеним явищем, тому необхідно оцінювати вживання алкоголю всім особам, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я. Тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT) (див. Розділ 4) є підходящим скринінговим інструментом для виявлення небезпечного або шкідливого вживання алкоголю та алкогольної залежності серед людей, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я.

Неупереджене ставлення до вживання алкоголю має вирішальне значення для оцінки та лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в службах охорони психічного здоров'я. Якщо показники AUDIT знаходяться в небезпечному діапазоні, може бути достатньо просвітницької роботи та практичних порад щодо зменшення вживання алкоголю. Якщо виявлено значну шкоду від вживання алкоголю або у людини є ознаки залежності, більш ймовірно, що проблема з алкоголем навряд чи покращиться, якщо зосередитися виключно на її психічних розладах, і рекомендується специфічне лікування. Як зазначено вище, диференціальна діагностика може бути корисною лише для довгострокового лікування і навряд чи є головним клінічним пріоритетом. Вживання алкоголю може бути способом, за допомогою якого людина намагається впоратися з психічним розладом. Слід дотримуватися рекомендацій щодо психологічного та фармакологічного лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, наведених у цьому документі. Існують неоднозначні докази використання коротких інтервенцій щодо скорочення вживання алкоголю в осіб з іншими психічними розладами. Таким чином, може бути доцільним застосування коротких інтервенцій, спрямованих на скорочення вживання алкоголю, за умови належного моніторингу та подальшого спостереження, щоб можна було посилити інтервенцію, якщо цілі лікування не будуть досягнуті.

Вживання алкоголю пов'язане з підвищеним ризиком самогубства. Інтоксикація, ймовірно, збільшує ймовірність суїцидального ризику і представляє підвищений гострий ризик. Період СВ та початок утримання від вживання алкоголю також може бути періодом підвищеного ризику, оскільки може посилюватися дистрес і симптоми, які можуть вказувати на психічні

розлади. Люди з коморбідними розладами настрою та вживання алкоголю мають регулярно проходити оцінку та моніторинг ризику суїциду відповідно до встановлених рекомендацій (див. Додаток 6а).

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.9	Для всіх осіб, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я рекомендованим є проведення AUDIT у повній або скороченій версіях (AUDIT-C) для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, в межах комплексної оцінки	A
21.10	Коротка інтервенція, що включає мотиваційне інтерв'ю, рекомендується для людей з психічними розладами та небезпечним або шкідливим вживанням алкоголю, які звертаються за допомогою до закладів з психічного здоров'я, з належним моніторингом та подальшим спостереженням для посилення інтервенції, якщо зниження рівня вживання алкоголю не буде досягнуте	D

Лікування

За загальним принципом, супутні психічні розлади та розлади вживання алкоголю слід лікувати паралельно або інтегровано, застосовуючи доказові методи лікування для обох проблем. Користувачі цих настанов мають ознайомитися з клінічними настановами щодо конкретних психічних розладів, а за відсутності вказівок або доказів протилежного, застосовувати ці рекомендації до лікування осіб з коморбідними станами. Слід подбати про координацію методів лікування, щоб вони були взаємодоповнюючими, а не суперечливими.

Умови та організація надання допомоги

Оскільки коморбідність є скоріше нормою, ніж винятком для людей, які звертаються по допомогу з приводу розладів вживання алкоголю, службам слід планувати і передбачати наявність коморбідності. Травматичний досвід дуже поширений серед осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, та інших ПАР, тому належна практика полягає в тому, щоб під час створення простору, політики та процедур враховувати травматичний досвід, щоб не викликати зайвих травматичних спогадів. Створення безпечного простору з достатнім рівнем приватності, вільного від матеріалів насильства або сексуального характеру на екранах телевізорів або в журналах (наприклад, у

зонах очікування), а також достатня кількість персоналу для контролю за поведінкою інших людей, яка може бути сприйнята як нав’язлива або агресивна, є одними з ключових особливостей допомоги, що враховує травматичний досвід.

Розлади вживання алкоголю можуть бути хронічними і впливати на мотивацію пацієнта, і це ще більше проявляється у людей, які мають коморбідні психічні розлади, тому рекомендується організовувати допомогу таким чином, щоб вона була інтегрованою, скоординованою, такою, що сприяє залученню, і з мінімальними адміністративними бар’єрами. Консенсусні настанови з ведення мультиморбідності та настанови з коморбідності призводять до наведених нижче рекомендацій.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.11	При організації допомоги необхідно враховувати високу поширеність травматичного досвіду у пацієнтів і адаптувати до цього політики та простір, щоб уникнути ретравматизації людей, які пережили травму	GPP
21.12	Надавайте допомогу, яка відповідає особистим цілям і пріоритетам людини	GPP
21.13	Розгляньте можливість скорочення інтервенцій, які несуть велике навантаження на людину, якщо це може поставити під загрозу її прихильність до лікування	GPP
21.14	Розробіть та узгодьте індивідуальний план ведення пацієнта з чітким розподілом обов’язків щодо координації допомоги	GPP

Інтервенції в сфері електронної системи охорони здоров’я та онлайн-терапії

Надання допомоги особисто – найпоширеніший спосіб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. З часу останнього видання цих настанов електронна система охорони здоров’я і, зокрема, надання психологічних інтервенцій через Інтернет стали більш життєздатним варіантом. Така онлайн-терапія може бути ефективною і може покращити доступ до лікування. Ці інтервенції надають інформацію, описують процедури психологічної терапії та надають індивідуальну підтримку різними способами. Це не просто заміна особистого контакту на телефонний або відеоконференцзв'язок.

Хоча онлайн-терапія для поширених психічних розладів доступна (наприклад, MindSpot, (https:// mindspot.org.au/), this way up (https://thiswayup.org.au/), Beacon (https://beacon.anu.edu.au/) eMHprac (https://www.emhprac.org.au), HeadtoHealth (https://headtohealth.gov.au/)) специфічна для коморбідного вживання психоактивних речовин та психічних розладів є більш важкодоступною, оскільки вони часто є предметом дослідницьких випробувань без будь-яких механізмів широкого розповсюдження. Онлайн-терапія не є рішенням проблеми нестачі кадрів. Для служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, та інших ПАР, які не мають персоналу для проведення інтервенцій щодо коморбідності на місці, онлайн-терапія може стати корисним доповненням до планів лікування. Однак слід подбати про координацію інтервенцій з метою моніторингу прогресу, забезпечення безперервності лікування та максимального залучення пацієнтів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.15	Онлайн-терапія може забезпечити своєчасний та економічний доступ до науково обґрунтованої терапії коморбідних психічних розладів у межах ширшого плану лікування, де здійснюється моніторинг прогресу, підтримується залучення та безперервність лікування	GPP

Загальні коментарі щодо психосоціальних інтервенцій

За загальним принципом, коморбідні психічні розлади слід лікувати відповідно до клінічних практичних настанов для цих конкретних розладів. Допомога має бути скоординованою та інтегрованою, але існує мало доказів на користь використання спеціальних психологічних інтервенцій. Існують помітні винятки (наприклад, коморбідний ПТСР та алкоголь), які розглядаються нижче.

Деякі міркування такі:

- Якщо можливо, лікуванням розладу вживання алкоголю та коморбідних розладів має займатися один і той самий медичний працівник, а якщо це неможливо;
- Будь-яка комбінація конкретних методів має бути скоординована.

Може статися так, що серед людей з тяжкою алкогольною залежністю зосередження на коморбідних психічних розладах може відволікти увагу від важливого безпосереднього завдання - зменшення вживання алкоголю на ранній стадії лікування, а отже, зашкодити довгостроковим результатам. Існує альтернативна точка зору, згідно з якою залучення людей до лікування коморбідних розладів може бути способом досягти певних початкових успіхів,

створити імпульс і налагодити взаєморозуміння, яке потім зорієнтує людину на те, щоб вона була готова працювати над розладом вживання алкоголю.

Зазвичай, коли люди вивчають нові способи управління дистресом та емоціями, вони часто відчувають більший дистрес і сильніші емоції. Особливо, коли вони намагаються не справлятися з ними за допомогою алкоголю, цілком ймовірно, що в короткостроковій перспективі вони почуватимуться гірше. Психологічна просвіта щодо ймовірних наслідків відмови або зменшення вживання алкоголю є важливою частиною будь-якої інтервенції.

Конкретними психологічними інтервенціями, які мають сильну емпіричну підтримку для лікування психічних розладів, не ускладнених коморбідністю, є когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія та міжособистісна терапія. Інші види психотерапії можуть бути ефективними, але загалом немає достатніх доказів, щоб рекомендувати їх використання.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.16	Забезпечте психологічну просвіту щодо природи та поширеності коморбідних психічних розладів при розладах вживання алкоголю, а також ймовірності покращення стану у разі відмови або значного скорочення вживання алкоголю	GPP

Загальні зауваження щодо фармакологічного лікування

Фармакологічне лікування довело свою ефективність у лікуванні тривоги, депресії та психозу у разі супутніх психічних розладів та розладів вживання алкоголю. Загальний підхід, рекомендований Кранцлер і Сойка (2018): «Коли психіатричні симптоми зберігаються, незважаючи на значне зниження або припинення вживання алкоголю, оптимальним підходом є продовження фармакотерапії алкогольної залежності та додавання специфічних психіатричних лікарських засобів». (с. 817).

Як і раніше, наведені нижче рекомендації слід розглядати разом з клінічними настановами щодо конкретних коморбідних психічних розладів. Далі ми зосередимося на тому, чи є лікарський засіб: 1) кращим за плацебо за своєю основною метою; 2) не призводить до погіршення результатів лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю; 3) призводить до покращення загальних результатів лікування, таких як якість життя.

З огляду на складність коморбідних та мультиморбідних станів, важливо враховувати рекомендації щодо поліпрагмазії (Національний інститут досконалості охорони здоров’я та медичної допомоги, 2017) та призначення препаратів не за призначенням (Королівський коледж психіатрів Австралії та Нової Зеландії, 2018). Слід брати до уваги потенціал взаємодії між препаратами. Слід враховувати профіль побічних ефектів будь-яких призначених лікарських засобів на предмет потенційного загострення будь-

яких коморбідних станів. Лікарі також мають бути уважними до можливості гіршого дотримання призначень і підвищеного ризику передозування в стані алкогольного сп’яніння. Як зазначалося вище, координація допомоги між різними медичними працівниками має вирішальне значення.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.17	Якщо симптоми психічних розладів зберігаються, незважаючи на значне зменшення або припинення вживання алкоголю, оптимальним підходом є продовження фармакотерапії розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, та додавання специфічних психіатричних лікарських засобів	GPP
21.18	Люди, які отримують фармакотерапію щодо розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, мають перебувати під більш ретельним наглядом на предмет загострення коморбідних симптомів	GPP

Розлади нейророзвитку

Розлади дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) часто зустрічається у людей, які проходять лікування від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Одне рандомізоване контрольоване дослідження підтримує використання інтегрованої когнітивно-поведінкової терапії для лікування РДУГ та розладів вживання алкоголю замість КПТ для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, принаймні в короткостроковій перспективі, без погіршення результатів лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. КПТ для лікування РДУГ, ймовірно, включає стратегії вирішення проблем, стратегії покращення уваги, а також зменшення імпульсивності та шкідливих патернів мислення.

Нижче наведені рекомендації щодо лікування РДУГ, взяті з настанов щодо коморбідних станів. Фармакотерапія для лікування РДУГ, включаючи психостимулятори (наприклад, метилфенідат і дексамфетамін) та інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (атомоксетин), виявилася корисною для людей з РДУГ і коморбідним вживанням психоактивних речовин. Їхній ефект не такий значний для людей із коморбідністю порівняно з тими, хто страждає лише на РДУГ. Рекомендується використовувати їх у поєднанні з психотерапією через більшу ефективність. Рекомендується ретельне медичне обстеження для виключення серцево-судинних та інших протипоказань для призначення психостимуляторів. Хоча психостимулятори є більш ефективними, ніж інші фармакотерапевтичні засоби, необхідно ретельно

зважити їх переваги та потенційний ризик нецільового та неправильного використання, а також ризики неоптимального лікування РДУГ.

Настанова NICE Сполученого Королівства щодо РДУГ (Національний інститут досконалості охорони здоров'я та медичної допомоги, 2019) рекомендує повільніше титрувати дозу препаратів для лікування РДУГ та частіше проводити моніторинг у тих, хто «зловживає психоактивними речовинами».

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.19	Одночасне використання КПТ для лікування РДУГ та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, може призвести до кращих результатів лікування РДУГ, ніж фокусування лише на лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, принаймні в короткостроковій перспективі	C
21.20	Психостимулятори (метилфенідат) та інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (атомоксетин) виявилися корисними для людей з РДУГ та коморбідним вживанням психоактивних речовин, зокрема алкоголю	B
21.21	Титрування дози препаратів для лікування РДУГ має бути повільнішим, а моніторинг – частішим у осіб із зловживанням психоактивними речовинами включаючи алкоголь	GPP

Шизофренія та інші психотичні розлади

Атипові антипсихотики є першою лінією лікування коморбідних психотичних захворювань та розладів вживання психоактивних речовин.

Для людей з розладами вживання алкоголю та шизофренією не існує переконливих доказів переваги одного психосоціального лікування над іншим для зменшення вживання психоактивних речовин або покращення психічного стану. Кокранівський огляд програм лікування людей з важкими психічними розладами та зловживанням психоактивними речовинами, зокрема алкоголем, свідчить про те, що доказова база в кращому випадку є незадовільною, оскільки для аналізу доступно дуже мало досліджень.

Однак одне дослідження продемонструвало ефективність мотиваційного інтерв'ю для підвищення рівня утримання від вживання алкоголю в цій групі населення.

Когнітивно-поведінкова терапія також виявляється ефективною в лікуванні осіб з коморбідними психозами. Наприклад, інтеграція мотиваційного інтерв'ю, когнітивно-поведінкової терапії та сімейної інтервенції зі стандартною психіатричною допомогою приносить більше користі людям з коморбідною шизофренією та розладами вживання психоактивних речовин, ніж лише стандартна психіатрична допомога. Типові переваги включають покращення загального функціонування, зменшення позитивних симптомів і збільшення відсотка днів утримання від вживання алкоголю або наркотичних речовин.

Інтеграція психосоціального лікування психічного розладу з психосоціальним лікуванням розладів вживання алкоголю може бути корисною. Стратегії профілактики рецидивів мають враховувати тригери як для розладів вживання алкоголю, так і для психічних розладів.

Спеціальне мотиваційне інтерв'ю, лікування в надзвичайних ситуаціях та спеціалізовані програми стаціонарного лікування для людей з подвійним діагнозом, як повідомляється в роботі Марель та ін. (2016), можуть виявитися ефективними.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.22	КПТ, мотиваційне інтерв'ю є ефективними для людей з розладами вживання алкоголю та шизофренією	C
21.23	Заохочувальна терапія покращує результати лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, у осіб шизофренією і може бути додане до інших методів лікування психозу	C
21.24	Довготривала (12 місяців або більше) спеціалізована програма стаціонарного лікування для людей з подвійним діагнозом (за наявності) може бути пов'язана з підвищенням рівня утримання від вживання алкоголю та зниженням ризику бездомності	C

Фармакотерапію слід пропонувати, як описано в Розділі 10.

Обмежені дані свідчать, що серед людей з шизофренією два атипові антипсихотики (рисперидон і клозапін) можуть зменшити зловживання

алкоголем, куріння і, можливо, зловживання деякими іншими психоактивними речовинами.

Доведено, що додавання психосоціальної підтримки до фармакологічного лікування є ефективним у лікуванні коморбідних психозів та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Лікарі мають усвідомлювати потенційну можливість низької прихильності до медикаментозного лікування у людей, які вживають алкоголь у великих кількостях, і яким призначені антипсихотичні лікарські засоби. Вживання алкоголю може призвести до надмірного седативного ефекту, що може вплинути на безпеку цих лікарських засобів у пацієнтів з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.25	Дисульфірам не має бути препаратом першої лінії фармакотерапії для людей з психотичними розладами та з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю	GPP
21.26	Клозапін виявляється більш ефективним, ніж інші антипсихотики, у зменшенні симптомів психозу у людей з коморбідною шизофренією та розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, без значного впливу на скорочення/зупинку вживання алкоголю	C

Біполярний та пов’язані з ним розлади

Фармакологічне лікування біполярного розладу атиповими антипсихотиками (такими як кветіапін, оланзапін, рисперидон) або літієм має потужну доказову базу.

Біполярний розлад і коморбідний розлад вживання психоактивних речовин (зокрема, алкоголю) можна лікувати за допомогою комплексної групової терапії, принаймні, щодо вживання психоактивних речовин, що ґрунтується на результатах роботи однієї дослідницької групи, що включала два рандомізовані контрольовані дослідження.

Невелика кількість досліджень низької якості у людей з коморбідними біполярними розладами та вживанням психоактивних речовин підтверджує ймовірну ефективність атипових антипсихотиків (таких як кветіапін, оланзапін, рисперидон) або літію у зменшенні симптомів біполярного розладу без узгоджених доказів впливу на них вживання психоактивних речовин (зокрема, алкоголю).

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
21.27	Інтегративна групова терапія коморбідного біполярного розладу та розладу вживання психоактивних речовин, ймовірно, забезпечить кращі результати у частині лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, ніж інтервенції, спрямовані лише на вживання психоактивних речовин, для людей з такою коморбідністю	B
21.28	Атипові антипсихотики (такі як кветіапін, оланзапін, рисперидон) зменшують симптоми біполярного розладу у людей з коморбідним біполярним розладом та вживанням психоактивних речовин, але існує мало доказів їх користі у частині лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, зокрема алкоголю	C

Депресивні розлади

Тут узагальнено рекомендації щодо лікування коморбідного депресивного розладу з Національних клінічних настанов з коморбідності. Лікування першої лінії полягає у проведенні психологічної просвіти щодо депресії в контексті вживання алкоголю з наданням інформації про те, як боротися з симптомами. Якщо симптоми не зникають, можна застосувати психологічні інтервенції з потужною доказовою базою в лікуванні депресивних розладів, такі як КПТ, поведінкова активація, когнітивна терапія та міжособистісна терапія. Терапія з використанням цифрових технологій може бути зручним способом доступу до цих видів терапії за умови моніторингу прогресу, підтримання залучення та координації допомоги. Для забезпечення додаткової користі можна інтегрувати мотиваційне інтерв’ю та/або заохочувальну терапію. У нещодавньому мета-аналізі було виявлено певну користь від набору інтегрованих програм когнітивно-поведінкової терапії великого депресивного розладу та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, порівняно з фокусуванням лише на лікуванні алкогольної залежності. Були описані конкретні напрями/складові когнітивно-поведінкової терапії, такі як поведінкова активація, когнітивна терапія та міжособистісна терапія. Немає достатніх доказів, щоб рекомендувати так звані терапії третьої хвилі, такі як терапія прийняття та рішучості, зменшення стресу на основі усвідомленості та когнітивна терапія на основі усвідомленості, але вони можуть бути корисними, якщо немає достатньої ефективності від попередніх підходів. Антидепресанти є

альтернативною терапією другої лінії для лікування коморбідних алкогольних і депресивних розладів.

Мета-аналізи рандомізованих контрольованих досліджень показують, що антидепресанти мають помірний позитивний ефект для лікування коморбідних депресивних розладів та розладів вживання психоактивних речовин. Вони не рекомендуються як самостійне лікування. Мета-аналіз рандомізованих клінічних досліджень демонструє, що антидепресанти більш ефективні для лікування самостійної депресії (яка почалася до розладу вживання алкоголю або зберігається під час утримання від вживання), ніж для лікування депресії, яка виникає лише під час вживання алкоголю або у стані СВ.

Антидепресанти можуть допомогти полегшити депресивні симптоми, але мало впливають на зменшення вживання алкоголю, якщо не супроводжуються і не підтримуються психосоціальним лікуванням розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю.

СІЗЗС зменшують депресивні симптоми у разі коморбідного перебігу депресії та розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, однак результати досліджень щодо їхньої ефективності у зменшенні вживання алкоголю суперечливі. СІЗЗС не слід використовувати як основну терапію для зменшення вживання алкоголю у разі коморбідної депресії. Трициклічні антидепресанти слід застосовувати з обережністю в цій групі населення через високий ризик поганої прихильності до лікування, зловживання та передозування.

Антидепресанти не мають бути першою лінією лікування у пацієнтів із коморбідними розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю, за винятком випадків наявності інтенсивних суїцидальних думок, тяжких депресивних симптомів або наявності в анамнезі попереднього депресивного захворювання. Лікарі мають враховувати потенційну можливість поганої прихильності до лікування серед осіб, які зловживають алкоголем. В першу чергу слід застосовувати психологічне лікування, інтегруючи підходи, спрямовані на зменшення вживання алкоголю, з підходами, спрямованими на депресивні симптоми.

Якщо налтрексон застосовується у людей з депресією, може знадобитися додатковий моніторинг для виявлення потенційного погіршення настрою. Аналогічно, існує потенціал для дуже рідкісного погіршення настрою у пацієнтів, які приймають дисульфірам. Баклофен може бути пов’язаний з посиленням депресії.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.29	Доказові психосоціальні інтервенції для лікування депресії, зокрема КПТ, можуть бути інтегровані з мотиваційним інтерв’ю та/або заохочувальною терапією	С

21.30	Інтеграція психосоціального лікування розладів настрою з психосоціальним лікуванням розладів вживання алкоголю може бути корисною	D
21.31	Антидепресанти (сертралін, іміпрамін, дезипрамін та флуоксетин), ймовірно, зменшують депресію в осіб з коморбідною депресією, яка не залежить від вживання алкоголю, з невеликим або непостійним впливом на вживання алкоголю	B
21.32	Антидепресанти можуть надавати обмежену користь щодо симптомів депресії у тих, у кого депресія виникає лише під час активного розладу вживання алкоголю	C
21.33	Очікується, що антидепресанти не впливають на вживання алкоголю, і їх не слід призначати для зменшення вживання алкоголю	C
21.34	Під час розгляду застосування трициклічних антидепресантів у пацієнтів з глибокою депресією, які продовжують зловживати психоактивними речовинами, слід зважити потенційну користь та ризик суїциду	GPP

Тривожні розлади, обсесивно-компульсивні та пов’язані з ними розлади

Тривожні розлади є поширеними коморбідностями у людей з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю. Важливо відокремлювати симптоми тривожності, зокрема, чи є вони наслідками розладів, що пов'язані з вживанням алкоголю, або окремим тривожним розладом, що потребує окремого лікування. Клінічні дослідження коморбідного вживання алкоголю та тривожних розладів підтверджують або a) рекомендовані інтервенції для обох розладів, або b) у рідкісних випадках – комбіновані або інтегровані інтервенції.

Деякі дані свідчать про те, що специфічні методи КПТ, такі як вплив на ситуації, що викликають страх, добре переносяться людьми з розладами вживання психоактивних речовин, не призводять до рецидиву вживання наркотичних речовин і дійсно сприяють зниженню тривожності.

Типові фармакологічні препарати для лікування тривожних розладів (агорафобії, панічного розладу, соціального тривожного розладу та генералізованого тривожного розладу) також зменшують тривогу, коли вони

поєднуються з розладами вживання алкоголю, але, зазвичай, не впливають на вживання алкоголю.

СІЗЗС зменшують симптоми тривожності у пацієнтів з коморбідними тривожними розладами та розладами вживання алкоголю. Вони показані для лікування обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) та панічного розладу у таких пацієнтів. Однак, мало якісних доказів підтверджують їхню здатність знижувати вживання алкоголю в довгостроковій перспективі у пацієнтів з коморбідними тривожними розладами.

Бензодіазепіни є ефективними анксіолітиками і застосовуються для лікування гострого СВ алкоголю, але не мають використовуватися поза цими показаннями. Вони не рекомендуються для лікування коморбідних тривожних розладів через високий ризик розвитку залежності та потенційну синергічну взаємодію з алкоголем.

Ми не знайшли клінічних досліджень фармакотерапії коморбідного ОКР та розладу вживання алкоголю. Таким чином, будь-яка рекомендація ґрунтується на даних, отриманих від людей без коморбідності. СІЗЗС рекомендуються для першої лінії лікування ОКР окремо або в поєднанні з психологічною терапією.

Поєднання фармакологічних і психосоціальних інтервенцій може бути корисним, особливо коли психосоціальні інтервенції для лікування розладів, що пов'язані з вживанням алкоголю, інтегровані з інтервенціями для лікування тривожних розладів.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.35	КПТ, поведінкова терапія, когнітивна терапія та міжособистісна терапія мають бути розглянуті для лікування людей з коморбідними психічними розладами та розладами, що пов'язані з вживанням алкоголю, оскільки вони продемонстрували свою ефективність у некоморбідних випадках	B
21.36	СІЗЗС можуть зменшувати симптоми тривожності у людей з коморбідними тривожними розладами та розладами, що пов'язані з вживанням алкоголю, не впливаючи на вживання алкоголю	C
21.37	Бензодіазепіни не рекомендуються для лікування коморбідної тривожності у людей з розладами, що пов'язані з вживанням алкоголю, через високий ризик розвитку залежності та	GPP

	потенційну синергічну взаємодію з алкоголем	

Розлади, пов’язані з травмою та стресом

Більшість людей, які звертаються до служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших ПАР, ймовірно, пережили певні травматичні події у своєму житті. Багато з них мають постійні проблеми, пов’язані з цими подіями. Участь у бойових діях, фізичне та/або сексуальне насильство, нещасні випадки, що загрожують життю, та стихійні лиха підвищують ризики щодо зловживання алкоголем та ПТСР. Як інтервенція з організації допомоги – ми не знайшли прямих доказів щодо надання допомоги, що враховує травматичний досвід, в умовах залежності від алкоголю або інших ПАР, але докази з інших ситуацій свідчать про те, що вона може бути корисною.

Рекомендації щодо лікування коморбідної травми та ПТСР з Австралійських настанов 2013 року щодо лікування дорослих з гострим стресовим розладом та ПТСР (Австралійський центр посттравматичного психічного здоров’я (ACPMH), 2013), а також Національних настанов щодо коморбідності узагальнені в цьому документі та підкріплені високоякісними Кокранівськими дослідженнями. Існують чіткі докази того, що інтервенція має бути індивідуальною, а не груповою, і що підходи, орієнтовані на травму, призводять до кращих результатів, ніж ті, що не фокусуються на травмі. Однак, оскільки існує відносно мало медичних працівників, навчених надавати психотерапію, орієнтовану на травму, існує потреба в значному навчанні та клінічному нагляді для забезпечення та підтримки кадрового потенціалу.

Австралійські клінічні практичні настанови з ПТСР рекомендують додавати фармакотерапію до КПТ, орієнтованої на травму, якщо тільки одна КПТ не приносить достатньої користі (Австралійський центр посттравматичного психічного здоров’я (ACPMH), 2013).

Систематичний огляд 18 досліджень використання бензодіазепінів для лікування ПТСР виявив гірші результати щодо вживання психоактивних речовин під час застосування бензодіазепінів. Згідно з оглядом Марель та ін. (2016), антидепресанти сертралін, дезипрамін і пароксетин, а також налтрексон і дисульфірам були успішно випробувані для лікування коморбідних ПТСР і розладів вживання психоактивних речовин. Не було достатньо доказів для надання рекомендацій щодо застосування антиконвульсантів топірамату та габапентину при коморбідному ПТСР та розладах вживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.38	Для людей з розладом вживання алкоголю та коморбідним ПТСР рекомендується індивідуальна комплексна/супутня терапія,	B

	сфокусована на травмі (зокрема, тривала експозиція)	
21.39	У контексті ПТСР та розладів вживання психоактивних речовин, компонент лікування ПТСР, сфокусований на травмі, не має розпочинатися доти, доки людина не продемонструє здатність справлятися з дистресом, не вдаючись до вживання психоактивних речовин, та відвідувати сеанси, не перебуваючи під впливом наркотичних речовин або алкоголю	GPP
21.40	У контексті ПТСР та розладів вживання психоактивних речовин, коли приймається рішення спочатку лікувати розлади вживання психоактивних речовин, лікарі мають усвідомлювати, що симптоми ПТСР можуть погіршитися через гострий СВ або втрату вживання психоактивних речовин як механізму подолання стресу. Лікування має включати інформацію про ПТСР та стратегії подолання симптомів ПТСР у міру того, як людина контролює вживання психоактивних речовин	GPP
21.41	Бензодіазепіни не рекомендуються для лікування коморбідного ПТСР та розладів вживання алкоголю, оскільки вони можуть призвести до погіршення результатів вживання психоактивних речовин	B
21.42	Антидепресанти сертралін, дезипрамін і пароксетин, а також налтрексон і дисульфірам можуть бути корисними для лікування коморбідних ПТСР і розладів вживання психоактивних речовин	B

Розлади харчування та харчової поведінки

Розлади харчування та харчової поведінки, зокрема нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, часто зустрічаються у людей з розладами вживання алкоголю. Прямих доказів цього бракує, тому оптимальним підходом є використання рекомендованих інтервенцій для окремих розладів.

Розлади сну та неспання

Порушення сну є поширеним явищем у людей з розладами вживання алкоголю і може зникнути після зупинки або значного скорочення вживання алкоголю. Може знадобитися симптоматичне лікування, а якщо проблеми не зникають після 6 тижнів і до 3 місяців зупинки або значного зниження споживання алкоголю, вони можуть потребувати більш ретельної оцінки та лікування. Докази обмежені невеликою кількістю досліджень щодо безсоння. Психологічні інтервенції (КПТ для лікування безсоння), як видається, демонструють більшу перевагу над контролем порівняно з фармакотерапією, яка була протестована для поліпшення сну і рекомендована як перша лінія лікування.

Слід подбати про те, щоб фармакотерапія, спрямована на лікування розладів вживання алкоголю, наприклад, налтрексон, не мала небажаних наслідків у вигляді погіршення безсоння. Габапентин, кветіапін, тразодон (недоступний в Австралії) та інші препарати були випробувані в невеликих дослідженнях з суперечливими результатами, тому необхідні подальші дослідження. Існує мало доказів того, що лікування розладів сну фармакологічним шляхом покращує наслідки, пов’язані з алкоголем.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.43	Гігієна сну та психологічна просвіта щодо сну рекомендуються як інтервенції першої лінії для лікування безсоння, яке триває після зупинки вживання алкоголю	GPP
21.44	Поведінкові інтервенції, зокрема КПТ та прогресивна м’язова релаксація, рекомендуються як інтервенції другої лінії для лікування безсоння	GPP

Руйнівні розлади, розлади контролю імпульсів та поведінки

Фрустрація, гнів та агресивна поведінка є поширеними проблемами для людей, які звертаються за допомогою з приводу розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Часто вони є наслідком вживання алкоголю, пов’язані з впливом розладу вживання алкоголю або навіть можуть бути ознакою депресивного розладу. Може бути корисно розглянути діагнози деструктивних розладів, розладів контролю імпульсів та поведінки. Однак прямих доказів, на яких можна було б базувати настанови щодо коморбідності, мало або взагалі немає, а найкращі докази походять з літератури, присвяченої окремим розладам.

Розлади особистості

Антисоціальні та пограничні розлади особистості є поширеними симптомами, з якими звертаються до служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших ПАР. Два систематичні огляди показали, що діалектична поведінкова терапія для осіб, які зловживають психоактивними речовинами (ДПТ-Р), двофокусна схема-терапія (ДФСТ) та динамічна деконструктивна психотерапія є ефективними у зменшенні симптомів пограничного розладу особистості у людей з розладами вживання психоактивних речовин. Через необхідність навчання та складність проведення лікування Лі та ін. (2015) рекомендують ДПТ-Р, а не альтернативні методи.

Існує дуже мало прямих даних клінічних досліджень для обґрунтування вибору фармакотерапії. Одне дослідження показало, що налтрексон і дисульфірам мають подібні ефекти у людей з коморбідним діагнозом антисоціального розладу особистості або пограничного розладу особистості, порівняно з тими, хто має лише розлад вживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
21.45	Діалектична поведінкова терапія (ДПТ-Р) має бути надана людям з коморбідним розладом особистості та розладом вживання алкоголю	В

Розділ 22. КОМОРБІДНІСТЬ: МЕДИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ РОЗЛАДІВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Автори: Пол Кларк та Белайнью Тайє

У цьому розділі наведено настанови щодо оцінки, лікування та профілактики фізичної коморбідності у пацієнтів з розладами пов'язаними з вживанням алкоголю.

КОМОРБІДНІСТЬ: МЕДИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ РОЗЛАДІВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Тягар медичних ускладнень розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю

У всьому світі вживання алкоголю спричиняє більшу частку смертей серед чоловіків, ніж серед жінок. В Австралії вживання алкоголю спричиняє 30 інших захворювань і травм, зокрема, 8 видів раку та хронічні захворювання печінки. Загалом, тягар хвороб і смертей, пов’язаних із алкоголем, у молодих людей переважно є наслідком нещасних випадків (наприклад, дорожньо-

транспортних пригод і падінь) або самоушкоджень (наприклад, самогубств або спроб самогубства), тоді як у австралійців старшого віку додаткова захворюваність і смертність від алкоголю пов'язана переважно з хронічними захворюваннями, такими як цироз печінки і рак.

Розлад вживання алкоголю пов'язаний з більш ніж 60 фізичними коморбідностями, і загалом ризик коморбідності, пов'язаної з вживанням алкоголю, зростає залежно від дози. Деякі з медичних коморбідностей є такими:

Таблиця 22.1

Короткострокові та довгострокові наслідки вживання алкоголю

КОРОТКОСТРОКОВІ НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я
• Нещасні випадки • Навмисні та ненавмисні травми • Отруєння
ХРОНІЧНІ МЕДИЧНІ КОМОРБІДНОСТІ
• Серцево-судинні захворювання (наприклад, гіпертензія, серцеві дизритмії та алкогольна кардіоміопатія). • Шлунково-кишкові розлади (наприклад, алкогольний гепатит, цироз печінки, панкреатит та шлунково-кишкові кровотечі). • Розлади опорно-рухового апарату, такі як остеопороз. • Неврологічні розлади, зокрема, синдром Верніке-Корсакова, дегенерація мозочка, черепно-мозкова травма, пов'язана з алкоголем, міопатія та периферична нейропатія). • Інфекції (наприклад, позалікарняна пневмонія, туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД). • Порушення харчування (наприклад, дефіцит тіаміну). • Метаболічні порушення (наприклад, гіпоглікемія та цукровий діабет). • Ендокринна недостатність (наприклад, зниження фертильності, гіпогонадизм, остеопороз). • Шкірні захворювання (наприклад, порфірія, псоріаз, екзема). • Рак, включаючи рак печінки, ротової порожнини, гортані, глотки, стравоходу, кишечника, молочної залози, шкіри

Чи існує користь для здоров'я від вживання алкоголю?

Зараз невідомо який рівень вживання алкоголю є корисним для здоров'я. Припущення про те, що малі порції алкоголю можуть захистити серцево-судинну систему (так звана «крива J»), ґрунтується на дослідженнях, які зазнали методологічних упереджень. Більшість останніх досліджень великих груп населення, зокрема мета-аналізів, в яких розглядалися упередження щодо

відмови від вживання алкоголю, показали, що алкоголь не має жодних переваг для здоров’я, а збільшення споживання алкоголю асоціюється зі скороченням тривалості життя. Припущення про користь для здоров’я сприяє когнітивному упередженню, яке виправдовує продовження вживання алкоголю для людей з розладами. Це негативно впливає на зусилля громадської охорони здоров’я, спрямовані на зменшення шкоди від вживання алкоголю на суспільному рівні. Тому під час лікування важливо розвіяти міфи про користь алкоголю для здоров’я, соціальний контекст розладів та ризики для здоров’я.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
22.1	Рекомендується інформувати пацієнтів про те, що вживання алкоголю не має позитивного впливу на здоров’я, а також про те, що не існує чіткого безризикового порогу для вживання алкоголю. Безпечна порція для вживання алкоголю залежить від багатьох факторів, таких як стан печінки, наявність інших коморбідностей, віку та статі	А

Оцінка та лікування медичних ускладнень вживання алкоголю

Пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, можуть розглядати медичні ускладнення зловживання алкоголем, як поштовх до змін, замість того, щоб звертатися по безпосередню допомогу з приводу проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю. Для багатьох людей занепокоєння медичними ускладненнями може бути єдиним мотивом для звернення за допомогою з приводу алкогольної залежності, й ці фактори можуть бути важливими для залучення пацієнтів до програм лікування, орієнтованих на абстиненцію, та збереження їхньої прихильності до них.

Пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, часто мають значні фізичні коморбідності та потребують оцінки цих коморбідностей, незалежно від причини їх виникнення. Тому лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, має включати скринінг основних проблем з фізичним здоров’ям, зокрема, печінки та підшлункової залози, серцево-судинних захворювань і раку. Лікарі, які беруть участь в оцінці та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, мають бути обізнані з оцінкою важливих медичних коморбідностей та володіти відповідними методиками. Зазвичай молоді люди з проблемами, пов’язаними з алкоголем, частіше звертаються з гострими травмами, пов’язаними з алкоголем, тоді як старші пацієнти частіше звертаються з хронічними ускладненнями, пов’язаними з алкоголем.

Фармакологічні інтервенції для лікування розладів, що пов'язані з вживанням алкоголю (див. Розділ 10), такі як налтрексон і дисульфірам, можуть бути небезпечними у разі прогресуючого захворювання печінки, тому лікарі,

які призначають такі препарати, мають бути здатними оцінити основний діагноз декомпенсованого цирозу печінки, пов’язаного з вживанням алкоголю.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.2	Комплексне медичне обстеження для виявлення фізичних коморбідностей рекомендується пацієнтам з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю, навіть якщо причина консультації не включає в себе медичну коморбідність	B

Розлади вживання алкоголю при травмах та пошкодженнях

Випадкові та невипадкові травми, пов’язані з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю, становлять значну частку звернень до відділень невідкладної допомоги. Майже кожна п’ята смерть від травм і 1,4% всіх втрат років життя з поправкою на інвалідність (DALY) пов’язані зі вживанням алкоголю. Зловживання алкоголем пов’язане з помітно підвищеним ризиком травматизму. Особливо високий ризик насильства та травм, пов’язаних зі зловживанням алкоголем, мають молоді люди та чоловіки. Травми, пов’язані з вживанням алкоголю, стосуються не лише людей, які вживають алкоголь, але й тих, хто його не вживає. Скринінг на наявність розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю, та проблем з ним за допомогою добре перевірених інструментів, таких як тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT) (див. Розділ 4), має проводитися на рівні невідкладної та первинної медичної допомоги. Ефективна соціальна політика, спрямована на зменшення шкоди, може знизити пов’язану з алкоголем захворюваність і смертність від травм.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.3	Скринінг та оцінка розладів вживання алкоголю рекомендується проводити у відділеннях невідкладної та первинної медичної допомоги з використанням валідованих інструментів, таких як AUDIT	A

Серцево-судинні захворювання, пов’язані з вживанням алкоголю

Гіпертензія

Регулярне вживання алкоголю підвищує ризик розвитку гіпертензії (ризик залежить від вживаних порцій). Зменшення вживання алкоголю покращує артеріальний тиск і має бути ранньою рекомендацією для лікування

пацієнтів з гіпертензією. Зменшення вживання алкоголю має бути ключовою стратегією для зниження артеріального тиску у пацієнтів з гіпертензією, щоб зменшити захворюваність і смертність від гіпертензії.

Алкогольна кардіоміопатія

Алкогольна кардіоміопатія становить близько третини всіх кардіоміопатій. Вплив алкоголю відрізняється у різних людей, однак існує залежний від дози та тривалості впливу на масу лівого шлуночка та діастолічну дисфункцію, а для жінок – зниження фракції викиду лівого шлуночка.

Порушення серцевого ритму

Шкідливе вживання алкоголю пов’язане з розвитком серцевої аритмії, зокрема, і в осіб з нормальною серцевою функцією. Фібриляція передсердь є найпоширенішою серед порушень серцевого ритму, пов’язаних із вживанням алкоголю, і може вражати людей зі структурно нормальним серцем. Дизритмії також можуть бути проявом алкогольної кардіоміопатії. Раптова смерть при зловживанні алкоголем (SUDAM) нещодавно була описана в серії випадків, і алкоголь може бути невизнаною етіологічною причиною, ймовірно, вторинною через асоційоване подовження інтервалу QT.

Оцінка та лікування серцево-судинних розладів, пов’язаних із алкоголем

Працівники первинної медичної допомоги та первинної ланки реанімації повинні мати високий рівень підозри щодо наявності проблем з алкоголем як причини серцево-судинних ускладнень, таких як кардіоміопатія та аритмії, навіть якщо пацієнти мають інші захворювання. Лікарі, які лікують пацієнтів із розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю, у яких є підозра на серцево-судинні захворювання, мають рекомендувати їм утримання від вживання алкоголю як частину інтервенції для лікування цих захворювань і запобігання подальшим ускладненням.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
22.4	Високий рівень підозри на серцево-судинні захворювання, такі як аритмія, спостерігається у людей з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю, навіть без клінічних ознак і симптомів серцево-судинних захворювань. Пацієнтам з розладами вживання алкоголю рекомендується план лікування, орієнтований на утримання від вживання алкоголю, для запобігання ускладненням серцево-судинних захворювань та покращення клінічних результатів	B

Неврологічні розлади, пов’язані з вживанням алкоголю

Зниження когнітивних функцій, пов’язане з вживанням алкоголю, може призвести до деменції і виникати на тлі травм. Воно може бути нерозпізнаним через свою багатофакторну природу, часто посилюючись або ускладнюючись травмою голови та мозку, ураженням лобової частки, атрофією мозочка, печінковою енцефалопатією, синдромом Верніке та іншими харчовими дефіцитами і судомами.

Пошкодження лобової частки є основною локалізацією неврологічних ушкоджень, спричинених алкоголем. Лобна частка відіграє важливу роль у стримуванні афективних потягів, а її пошкодження може призвести до розгальмування та імпульсивності – ключових мішеней для когнітивно-орієнтованих психологічних інтервенцій, спрямованих на запобігання рецидивам.

Окрім гострих ушкоджень, пов’язаних із алкогольною інтоксикацією (через вплив гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) і глутамату), загальновідомими неврологічними наслідками тривалого проблемного вживання алкоголю є стан відміни алкоголю і втрата пам’яті. Крім того, за наявності дефіциту тіаміну вживання алкоголю спричиняє дифузне пошкодження та атрофію кори головного мозку, що діагностується як енцефалопатія Верніке та психоз Корсакова (Розділ 9). Травми головного мозку, пов’язані з вживанням алкоголю, найімовірніше, недооцінюються, оскільки вони часто виникають за участю різних факторів, а також ускладнюються віковими захворюваннями мозку, такими як інволюційні зміни та ішемічна хвороба дрібних судин, пов’язана з гіпертонією, печінкова енцефалопатія, дефіцит поживних речовин та судоми.

Алкоголь може впливати на різні ділянки мозку, зокрема, мозочок і лобову частку, причому пошкодження останньої створює значний бар’єр для контролю імпульсів і когнітивно-орієнтованих психологічних інтервенцій, спрямованих на запобігання рецидивам. Неврологічна інвалідність може впливати на мобільність та взаємодію, що, в свою чергу, сприяє соціальній ізоляції, яка може посилити вживання алкоголю та пов’язану з ним шкоду. Навіть у молодих людей неврологічні травми, пов’язані з вживанням алкоголю, можуть вплинути на здатність до самодопомоги і, на жаль, призвести до необхідності тривалого перебування в будинках для людей, які потребують догляду, що призводить до значних витрат з боку суспільства.

Судоми, пов’язані з алкоголем

Епілептичні судоми дуже поширені у людей з розладами, пов’язаними з вживанням алкоголю. Хронічне зловживання алкоголем підвищує судомний поріг через адаптацію глутаматних, N-метил-D-аспартатних (NMDA) та ГАМК-рецепторів, що призводить до судом, пов’язаних із СВ алкоголю. Вживання алкоголю також пов’язане з ризиком виникнення судом, який зростає з підвищенням дози, незалежно від СВ. Цей ризик судом часто плутають зі

структурною травмою головного мозку, яка знижує судомний поріг незалежно від вживання алкоголю.

Епілептичні судоми частіше виникають у пацієнтів, які вживають велику кількість алкоголю. Пацієнтів з епілепсією слід проконсультувати щодо підвищеного ризику виникнення судом, що пов'язані зі зловживанням алкоголем.

Хронічне зловживання алкоголю змінює судомні пороги через адаптацію глутаматних, N-метил-D-аспартатних (NMDA) і ГАМК-рецепторів, що призводить до виникнення судом, пов'язаних із алкогольним СВ. Для осіб, які припиняють вживати алкоголь, необхідна як первинна, так і вторинна профілактика судом, що особливо важливо для пацієнтів, які мали в анамнезі судоми або черепно-мозкові травми. Ризик виникнення нових судом повертається до початкового рівня після 12 місяців утримання від вживання алкоголю. Незважаючи на ранній інтерес до їх застосування та ефекту, численні дослідження показали відсутність або незначну користь для профілактики судом від прийому фенітоїну та небензодіазепінових антиконвульсантів (НБАК), таких як карбамазепін, окскарбазепін і вальпроєва кислота, габапентин, прегабалін, леветирацетам, топірамат і зонісамід.

Алкогольна нейропатія

Розлади вживання алкоголю можуть ускладнюватися інвалідизуючою больовою периферичною нейропатією, що класично локалізується в зоні нижніх кінцівок і кистей рук з переважанням дрібноволокнистої аксональної дегенерації периферичних нервових волокон, залученням сенсорних нервових волокон та вторинною демієлінізацією. Пошкодження нервів призводить до незвичних відчуттів у кінцівках, зниження рухливості та втрати деяких функцій організму. Тривалість вживання алкоголю та загальна доза протягом життя пов'язані з більш тяжким перебігом периферичної нейропатії, а також з сімейним анамнезом. Дефіцит тіаміну часто виникає у разі хронічного вживання алкоголю, і це також може спричинити периферичну нейропатію, яку неможливо відрізнити від алкогольної, настільки, що існує припущення, чи не є це одне й те саме захворювання. Незалежно від цього, високі дози тіаміну на додаток до інших вітамінів є ключовим елементом лікування осіб з виснаженим харчуванням, які зловживали алкоголем в анамнезі.

Раннє розпізнавання симптомів нейропатії та звернення за лікуванням може знизити ризик постійної інвалідності. Обстеження включає збір анамнезу вживання алкоголю, неврологічне обстеження, електроміографію та тестування нервової провідності. Алкогольна нейропатія часто пов'язана з дефіцитом поживних речовин і вітамінів, який є супутнім у осіб, які мають важу форму розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю. Лікування алкогольної нейропатії включає утримання від вживання алкоголю, знеболення, огляд подолога, фізичну терапію, вітамінні добавки та заохочення до збалансованого харчування.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.5	Утримання від вживання алкоголю, знеболення, високі дози тіаміну та збалансована дієта, збагачена тіаміном та іншими вітамінами групи В, рекомендуються особам з алкогольною нейропатією, які страждають на розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, або мають неврологічні симптоми	В
22.6	Пацієнти, які страждають на розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, мають проходити скринінг на ризик судом та отримувати профілактичне лікування (у разі виникнення симптомів СВ)	В

Ризик інфікування та вживання алкоголю

Вживання алкоголю впливає на вроджену та адаптивну імунну відповідь організму людини. Прикладами є дефектний окислювальний вибух моноцитів і порушення фагоцитозу, які пов'язані з підвищеним ризиком інфікування та смерті. Поведінкові фактори, пов'язані зі зловживанням алкоголем, включаючи вживання ін'єкційних наркотиків, тютюнопаління, ризиковані статеві стосунки та нехтування використанням презервативів, мають шкідливий вплив на ризик зараження інфекційними захворюваннями. Існує дозозалежний причинно-наслідковий зв'язок між вживанням алкоголю та ризиком передачі інфекційних захворювань, включаючи пневмонію, туберкульоз, ВІЛ/СНІД та інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Прихильність до лікування туберкульозу та ВІЛ-інфекції погіршується за наявності розладів вживання алкоголю. Це підвищує ризик передачі інфекції та погіршує як результати лікування окремих пацієнтів, так і заходи громадського здоров'я, спрямовані на стримування важливих інфекційних захворювань. Зосередження уваги на зменшенні вживання алкоголю є важливим компонентом стратегій боротьби з інфекційними захворюваннями для покращення імунної відповіді на інфекцію, зниження захворюваності на ІПСШ, пов'язані з вживанням алкоголю, а також покращення прихильності до лікування. Лікарі, які лікують пацієнтів з ІПСШ, мають проводити скринінг на розлади, що пов'язані з вживанням алкоголю, та мотивувати пацієнтів та утримання від вживання алкоголю, щоб покращити прихильність до лікування, знизити ризики та досягти кращого клінічного результату.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.7	Для осіб з розладами вживання алкоголю та/або з високим ризиком вживання алкоголю рекомендується проводити цілеспрямоване інформування про незахищений секс та ризики інфікування ВІЛ/СНІДом та іншими ІПСШ, яким можна запобігти	B

Порушення харчування, захворювання кишківника та печінки, пов'язані з розладами вживання алкоголю

Дефіцит вітамінів

Вживання алкоголю може впливати на споживання, всмоктування та засвоєння поживних речовин. Дефіцит тіаміну має насторожити лікарів щодо можливості дефіциту інших вітамінів, особливо в умовах нейропатії. Зокрема, дефіцит нікотинової кислоти, вітаміну B2, вітаміну B6, вітаміну B12, фолатів або вітаміну E, призводить до клінічних проблем, таких як анорексія, діарея, зміни шкіри (еритематозний та/або гіперкератотичний дерматит, хейліт, глосит, кератокон'юнктивіт та дерматит), психічні зміни при пелагрі та мієлопатії.

Білково-енергетична недостатність

Білково-енергетична недостатність зазвичай спостерігається у людей з тяжкою алкогольною залежністю, особливо при цирозі та пошкодженнях печінки. Клінічно білково-енергетична недостатність може проявлятися втратою м'язової тканини, а симптоматично – слабкістю та втратою м'язової маси у передпліччі та стегні.

Остеопороз

Вживання алкоголю збільшує ризик порушення мінеральної щільності кісткової тканини в залежності від дози. На тлі зловживання алкоголем ризик переломів кісток збільшується вдвічі. Пацієнтам з розладами вживання алкоголю рекомендується ретельне обстеження на наявність остеопорозу та дефіциту вітаміну D для оптимізації стану кісткової тканини. Розгляньте можливість застосування добавок вітаміну D та бісфосфонатів для лікування остеопорозу, зваживши переваги та ризики.

Оцінка та лікування неповноцінного харчування, пов'язаного з алкоголем

Пацієнти з помірною та тяжкою формою розладів, що пов'язані з вживанням алкоголю, мають пройти повну оцінку харчування з метою виявлення симптомів недостатнього харчування, зокрема, втрати ваги, втоми,

зниження м’язової сили, набряків, шлунково-кишкових симптомів, а також дієтичного анамнезу; фізикальне обстеження для виявлення зниження індексу маси тіла, м’язової маси та підшкірного жиру; а також лабораторні обстеження. Розгляньте можливість додаткового призначення тіаміну та/або полівітамінів для всіх осіб, які зловживають алкоголем. Пацієнтам з недостатнім харчуванням може знадобитися додаткове харчування як білками, так і калоріями, а також вітамінні добавки з полівітамінами та тіаміном. Пацієнтам із втратою м’язової маси та слабкістю може бути корисною оцінка стану здоров’я та інтервенції з ерготерапії та фізіотерапії. Раннє розпізнавання неповноцінного харчування, саркопенії та слабкості є важливим для компенсації їх значних соціальних та індивідуальних наслідків для здоров’я.

Захворювання печінки, пов’язані з алкоголем

Близько двох третин смертей, спричинених алкоголем, є наслідком прогресуючих захворювань печінки, які можуть бути гострими (наприклад, алкогольний гепатит) або хронічними, що призводять до алкогольного цирозу та/або портальної гіпертензії та гепатоцелюлярної карциноми. Середній вік людей, які помирають від алкогольної хвороби печінки, становить 60 років для чоловіків і 56 років для жінок.

Алкогольний гепатит

Тяжкий алкогольний гепатит асоціюється з принаймні однією з двадцяти 28-денної смертності, яка зростає до близько 25% смертності через 3-12 місяців. Печінкова недостатність (внаслідок первинного ураження печінки або вторинних причин, таких як інфекція або поліорганне ураження) є причиною короткострокової смертності при алкогольному гепатиті.

Діагностично важливо виключити інші причини захворювань печінки, які можуть імітувати алкогольний гепатит, такі як медикаментозне ураження печінки, перебіг гепатиту В, автоімунного гепатиту або декомпенсованого цирозу печінки. Прогноз алкогольного гепатиту можна оцінити за допомогою бальних систем, таких як дискримінантна функція Меддрея та модель кінцевої стадії захворювання печінки (MELD).

Терапевтичні можливості лікування алкогольного гепатиту виявилися невтішними. У рандомізованих дослідженнях не було доведено, що харчові добавки покращують виживання. Зараз немає переконливих доказів, що фармакотерапевтична інтервенція з використанням преднізону, пентоксифіліну або інших препаратів покращує показники тримісячної або однорічної смертності, також існує ризик виникнення сепсису. Утримання від вживання алкоголю залишається ключовим предиктором довгострокового виживання у випадку алкогольного гепатиту.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.8	Немає достатніх доказів позитивного впливу на виживання, щоб рекомендувати стандартне застосування преднізону для лікування алкогольного гепатиту. Утримання від вживання алкоголю є єдиною доведеною інтервенцією, яка покращує виживання у таких пацієнтів	А

Значний розрив у виживанні зберігається для пацієнтів з ризиком ранньої смерті від алкогольного гепатиту, з високою ймовірністю смерті до досягнення шестимісячного утримання від вживання алкоголю, коли отримується право на трансплантацію печінки. Хоча в Австралії правило необхідності досягнення шестимісячного утримання від вживання алкоголю зараз є перешкодою для трансплантації печінки, у разі тяжкого алкогольного гепатиту, нові дані нещодавно поставили під сумнів цю парадигму, продемонструвавши прийнятні короткострокові результати у цій групі ретельно відібраних пацієнтів. Очевидним є глобальний зсув у дослідженнях, спрямованих на кращу ідентифікацію та характеристику тих пацієнтів з алкогольним гепатитом, для яких трансплантація печінки є ефективною, безпечною та має довгострокові переваги для виживання.

Алкогольний цироз печінки

Цироз, який є кінцевою стадією захворювання печінки, пов’язаного з алкоголем, можна класифікувати як компенсований або декомпенсований. Діагноз компенсованого цирозу може бути складним, оскільки, незважаючи на те, що печінка пошкоджена, вона продовжує синтезувати достатню кількість білків і вітамінів, необхідних для підтримки життєдіяльності організму без симптомів, і печінка продовжує виробляти, очищати і переробляти білірубін. Це час критичної можливості для пацієнта припинити пити, щоб запобігти прогресуванню захворювання печінки, яке може призвести до декомпенсації та смерті. На жаль, більшість пацієнтів з алкогольним цирозом печінки діагностують на декомпенсованій стадії цирозу, коли симптоми стають очевидними, і на цьому етапі прогноз несприятливий.

	Рекомендація	Ступінь рекомендації
22.9	У пацієнтів з розладами вживання алкоголю критично важливим є раннє розпізнавання ризику розвитку цирозу печінки. Пацієнти з цирозом печінки мають утримуватися від	А

	вживання алкоголю і мають отримати направлення до спеціаліста-гепатолога для лікування захворювань печінки та до лікаря-нарколога або психіатра для лікування розладу вживання алкоголю	

Печінкова декомпенсація виникає, коли печінка більше не здатна виробляти та переробляти білки для потреб організму – коли рівень альбуміну низький, протромбіновий час подовжений та/або білірубін підвищений. Клінічна декомпенсація також може проявлятися переважно симптомами та ознаками портальної гіпертензії, що проявляється асцитом, енцефалопатією або кровотечею з варикозно розширених вен верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Усіх пацієнтів з ураженням печінки слід запитати про вживання алкоголю. Це ключова можливість оцінити наявність розладів за допомогою валідованих тестів, таких як тест на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT). Навіть якщо альтернативні причини можуть вважатися домінуючим, важливо оцінити можливий внесок алкоголю і ризик прогресування захворювання. Будь-який пацієнт з цирозом печінки будь-якої причини має утримуватися від вживання алкоголю.

Більшість лікарських засобів метаболізується через печінку, і багато з них можуть бути шкідливими при декомпенсованому ураженні печінки. Важливо пам’ятати про вплив захворювання печінки на метаболізм препаратів під час призначення нових ліків.

Пацієнти з цирозом печінки потребують скерування до спеціаліста з гепатології або гастроентерології для оптимізації лікування захворювання печінки, скринінгу ускладнень кінцевої стадії захворювання печінки та, за потреби, оцінки можливості трансплантації печінки, коли погіршення стану печінки є незворотнім і прогресуючим.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
22.10	Розпізнавання прогресуючого захворювання печінки та портальної гіпертензії рекомендується для забезпечення безпечного використання фармакотерапевтичних засобів, що застосовуються для лікування супутніх станів	A
22.11	Скринінг на алкогольний цироз печінки з використанням неінвазивних методів, таких як ультразвукове дослідження, транзиторна еластографія та/або серологічні біомаркери,	B

	рекомендовані для осіб з розладами вживання алкоголю	
22.12	Пацієнтам із захворюваннями печінки, що пов'язані з алкоголем, рекомендується своєчасне направлення до спеціаліста для оптимізації виявлення та лікування ускладнень з боку печінки та портальної гіпертензії, незалежно від відсутності декомпенсації	A

Трансплантація печінки у разі декомпенсованого хронічного захворювання печінки, пов'язаного з алкоголем

В Австралії більш ніж одна з десяти трансплантацій печінки дорослим виконується з приводу захворювання печінки, пов'язаного з алкоголем, і ця тенденція, як очікується, зростатиме. Трансплантація печінки є ефективним методом лікування кінцевої стадії захворювання печінки, спричиненого алкоголем, з покращеними показниками виживання протягом 5 років. Шестимісячне утримання від вживання алкоголю наразі вважається обов'язковим для пацієнтів, у яких алкоголь є провідним чинником пошкодження печінки або розлади вживання алкоголю викликають занепокоєння.

Австралійські настанови з трансплантації печінки використовують це «правило шести місяців» для визначення як потреби в трансплантації, так і ризику рецидиву, однак настанови розширюються, щоб потенційно виключити пацієнтів, які мають високий ризик рецидиву навіть за умови шестимісячного утримання від вживання алкоголю. Загалом, пацієнти з хронічними захворюваннями печінки, які мають показник за шкалою кінцевої стадії захворювання печінки (MELD) >14 балів, можуть розглядатися для оцінки на трансплантацію печінки. Шість місяців утримання від вживання алкоголю дають час визначити базовий рівень функції печінки за відсутності стійкого алкогольного ураження, щоб переконатися, що трансплантація необхідна. На додаток до здатності підтримувати передтрансплантаційну зупинку вживання алкоголю, на результати трансплантації можуть вплинути кілька інших факторів, зокрема, соціальна ізоляція або інтеграція; прийняття кандидатом розладу вживання алкоголю як коморбідної життєвої проблеми, що вимагає тривалого лікування; будь-яке попереднє лікування, зокрема, реабілітація в стаціонарі та інші коморбідні психіатричні розлади.

Багато пацієнтів з декомпенсацією одужують («рекомпенсуються») за допомогою утримання від вживання алкоголю до такої міри, що трансплантація не потрібна або може бути відкладена. Деякі пацієнти не зможуть дотримуватися утримання від вживання алкоголю. На жаль, у багатьох пацієнтів з декомпенсованою хворобою печінки стан продовжує погіршуватися, незважаючи на утримання від вживання алкоголю, через прогресуюче захворювання печінки, ускладнення портальної гіпертензії або рак печінки.

Гострий алкогольний панкреатит

Алкоголь спричиняє близько 25% випадків гострого панкреатиту, здійснюючи прямий токсичний вплив на клітини підшлункової залози та/або стимулюючи індуковану секрецією панкреатичних ферментів закупорку проток, що з часом призводить до їх обструкції, а згодом - до атрофії та фіброзу внаслідок хронічного панкреатиту. Діагноз гострого панкреатиту ставиться за наявності принаймні двох з трьох критеріїв:

- Біль у верхній частині живота, характерний для панкреатиту;
- Позитивні лабораторні маркери (амілаза або ліпаза в сироватці крові >3х верхньої межі норми);
- Візуалізація (КТ, МРТ, УЗД).

У середньотяжких та тяжких формах алкогольний панкреатит може ускладнюватися панкреонекрозом, утворенням псевдокіст та тяжким сепсисом або кровотечею, що вимагає хірургічного втручання, тривалої госпіталізації та високого ризику поліорганної недостатності та смертності.

Застосування профілактичних антибіотиків у разі тяжкого алкогольного панкреатиту може знизити ризик розвитку тяжкої інфекції, яка може призвести до смерті, однак емпіричне застосування антибіотиків у всіх пацієнтів не підтверджено доказами. У гострому періоді, лікування залежить від ретельного спостереження за балансом внутрішньовенної рідини, обережного заміщення та підтримання ентерального харчування, коли це можливо. Постійні інтервенції, спрямовані на зменшення вживання алкоголю, значно зменшують рецидиви алкогольного панкреатиту.

Хронічний панкреатит – це рецидивуючий та ремітуючий стан, який може спричиняти значну захворюваність та смертність, призводити до тривалої госпіталізації та втрати працездатності зі значними витратами для спільноти. Найчастіше він виникає на тлі рецидивуючого гострого панкреатиту, що спричиняє гострий біль або постійний біль у верхній частині живота. Хронічний панкреатит діагностується рентгенологічно за кальцифікацією, розширенням проток та атрофією на поперечних зрізах, таких як КТ або МРТ. Люди, які вживають алкоголь у великих кількостях, втричі частіше хворіють на хронічний панкреатит порівняно з тими, хто вживає менше алкоголю або утримується від нього.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
22.15	Утримання від вживання алкоголю показано для запобігання рецидиву гострого панкреатиту, пов’язаного з алкоголем	A
22.16	У разі гострого алкогольного панкреатиту емпіричне застосування профілактичних	B

	антибіотиків не рекомендується, а лікування має бути зосереджене на спостереженні за ускладненнями, такими як панкреонекроз, підтримці балансу рідини та ентеральному харчуванні, коли це можливо	

Вживання алкоголю та ризик раку

Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC) відносить алкоголь до канцерогенів групи 1, що свідчить про найсильніший рівень доказів його зв'язку з виникненням раку. Розлад вживання алкоголю сприяє виникненню багатьох видів раку, зокрема, раку органів травлення та дихальних шляхів (ротоглотки, гортані, стравоходу), печінки, товстої кишки, прямої кишки та молочної залози, і вважається причиною 5,8% усіх видів раку.

Точний характер і розподіл ризику розвитку раку в залежності від патернів вживання алкоголю ще належить визначити для відповідних видів раку. Для деяких видів раку існує підвищений ризик навіть у разі незначного вживання алкоголю, що, можливо, найбільш очевидно для ризику раку молочної залози у жінок і колоректального раку. Існує чітка залежність ризику від дози, яка найбільш очевидно проявляється у вищому ризику раку за умови високого рівня вживання алкоголю.

Припинення вживання алкоголю слід рекомендувати пацієнтам з раком, про який відомо, що він пов'язаний з алкоголем, оскільки зниження ризику пов'язане з припиненням вживання алкоголю.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
22.17	Утримання від вживання алкоголю знижує ризик розвитку раку та покращує результати лікування після встановлення діагнозу раку	A

Розділ 23. ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ, ПОДАЛЬШИЙ ДОГЛЯД ТА ДОВГОСТРОКОВЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Автори: Пол Хабер

У цьому розділі представлено огляд профілактики рецидивів та стратегій довгострокового супроводу пацієнтів (програм супроводу), зокрема підходів до роботи з пацієнтами з алкогольною залежністю, які повертаються до вживання алкоголю у великих кількостях.

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ, ПОДАЛЬШИЙ ДОГЛЯД ТА ДОВГОСТРОКОВЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Цілі лікування

Обговорення цілей лікування вже обговорювалося (Розділ 4), і ми визнали, що повне утримання від вживання не є єдиним варіантом. Дійсно, багато пацієнтів не готові до лікування, яке ставить за мету повну відмову від вживання, але можуть погодитися з необхідністю зменшити вживання алкоголю. Нещодавні дослідження підтвердили, що значне зменшення вживання алкоголю може бути пов'язане зі стійким клінічним покращенням. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила чотири рівні ризику вживання алкоголю (дуже високий, високий, помірний і низький), і клінічна користь пов'язана зі зниженням принаймні двох рівнів ризику до рівня низького ризику або помірного ризику для тих, хто спочатку вживав алкоголь на рівні дуже високого ризику.

Таблиця 23.1

Рівні ризику вживання алкоголю за шкалою ВООЗ:

Рівень ризику	**Споживання (г/день)**	
	Чоловіки	**Жінки**
Дуже високий ризик	101+	61+
Високий ризик	61 - 100	41 - 60
Помірний ризик	41 - 60	21 - 40
Низький ризик *	0 - 40	0 - 20

**Австралійські настанови щодо споживання 2020 року рекомендують 10 порцій (100 г) на тиждень для підтримання низького рівня ризику вживання алкоголю як для чоловіків, так і для жінок, і не більше 4 порцій (40 г) в один день.*

Профілактика та лікування рецидивів

Рецидив є поширеною проблемою в лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю; приблизно 60 відсотків пацієнтів повертаються до проблемного вживання алкоголю протягом першого місяця лікування. У цьому відношенні складність підтримки стійкого зниження споживання алкоголю нагадує труднощі підтримки інших видів поведінкових змін.

Різні внутрішні та зовнішні фактори (часто пов'язані з вживанням алкоголю в минулому) можуть сприяти ризику рецидиву:

- постійне бажання пити з вірою в те, що споживання можна контролювати;
- позитивні емоційні стани (наприклад, святкування);

- негативні емоційні стани (наприклад, розчарування, тривога, депресія або гнів);
- міжособистісний конфлікт (наприклад, стосунки з партнером, колегами по роботі, друзями); та
- прямий або опосередкований соціальний тиск, що спонукає до вживання алкоголю.

Стратегії профілактики та лікування рецидивів – це набір стратегій, спрямованих на те, щоб допомогти пацієнту зберегти досягнуті результати лікування (див. Розділ 9). Профілактика та лікування рецидивів навчає пацієнтів когнітивним і поведінковим стратегіям, які допомагають запобігти первинному зриву і не допустити переростання зривів у рецидиви. Ці стратегії зосереджені на розвитку навичок подолання труднощів і самоефективності для реалізації цих навичок, а також на досягненні усвідомлених успіхів у зміні поведінки вживання алкоголю, що є частиною підтримки досягнутих змін.

Профілактиці та лікуванню рецидивів можна сприяти за допомогою лікарських засобів (зокрема, фармакотерапії для лікування, таких як налтрексон, акампросат, дисульфірам) для зменшення вживання алкоголю або лікарських засобів для вирішення психологічних проблем, таких як тривога або депресія (див. Розділ 10).

Перенавчання когнітивних упереджень для запобігання рецидиву

Упереджене прийняття рішень є особливістю у випадку наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, коли стимули, такі як смаки, запахи, візуальні сигнали, а також фізичні та соціальні умови все частіше пов’язуються з корисними ефектами алкоголю через систему винагороди мозку. Це може призвести до того, що пов’язані з алкоголем сигнали запускають автоматичну тенденцію до відновлення вживання алкоголю. Цей процес відбувається частково поза свідомістю, що може ускладнювати його подолання. Ці когнітивні упередження можна послабити за допомогою інтервенції комп’ютеризованого когнітивного тренінгу, відомого як модифікація когнітивних упереджень (МКУ). Протягом кількох сесій (зазвичай 4-6) люди з залежністю від алкоголю тренуються неодноразово «уникати» алкогольних сигналів (наприклад, зображень алкогольних напоїв) і «наближатися» до нейтральних сигналів (тобто зображень, не пов’язаних з алкоголем). Нещодавні австралійські та міжнародні дослідження свідчать про те, що застосування МКУ в межах стаціонарного лікування може знизити ризик рецидиву. Однак поки що немає достатніх доказів, щоб рекомендувати стандартне застосування МКУ для лікування алкогольної залежності. Потрібні додаткові дослідження в різних клінічних умовах з довгостроковим спостереженням.

Подальший догляд

Під подальшим доглядом зазвичай розуміють контакт з лікарем або службою одразу після закінчення інтенсивного лікування, метою якого є підтримка досягнутих результатів лікування та забезпечення своєчасного

повторного залучення, якщо існує ризик рецидиву або на ранніх стадіях будь-якого рецидиву. Перші 3 місяці одужання мають вирішальне значення для успіху і характеризуються високим ризиком рецидиву. Дослідження перебігу хвороби показують, що ризик рецидиву зберігається протягом п’яти років, а іноді й довше. Подальший догляд визнає цей ризик повернення до вживання алкоголю, а також те, що для підтримання змін необхідний постійний моніторинг і допомога після завершення початкового лікування.

Подальший догляд є важливою частиною комплексного плану інтервенції. Він особливо підходить для людей з важкими розладами вживання алкоголю, у яких ймовірність рецидиву є найбільшою. Він надає людині мережу підтримки тверезості, закріплює навички, необхідні для збереження утримання від вживання/контрольованого вживання алкоголю та покращення психосоціального функціонування, а також допомагає людині долати непередбачувані труднощі.

Подальший догляд може складатись із запланованих телефонних або особистих контактів після завершення лікування для обговорення прогресу та будь-яких проблем, які могли виникнути після закінчення активного лікування. Часто працівники первинної медичної допомоги (наприклад, лікарі загальної практики) можуть виконувати цю функцію шляхом постійного спостереження, часто в межах огляду інших проблем зі здоров’ям. Лікарі можуть використовувати направлення до програм самодопомоги, таких як Анонімні алкоголіки та SMART Recovery®, як форму продовження лікування або як доповнення до структурованої програми подальшого догляду (див. Розділ 11).

Довгострокове спостереження є важливою частиною комплексного плану лікування. Довгострокові цілі включають оптимізацію психічного і фізичного здоров’я та покращення соціального функціонування. Важливо розробити індивідуальний план лікування, щоб виявити конкретні ризики для пацієнта, визначити план уникнення зриву та план швидкого реагування на нього, щоб він не став рецидивом. Це можна порівняти з плануванням реагування на інші розлади (наприклад, астму), де раннє розпізнавання і лікування можуть запобігти клінічному рецидиву. Якщо пацієнт продовжує вживати алкоголь, доречною є клінічна модель «зменшення шкоди».

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
23.1	Довготривале спостереження за пацієнтами, які пройшли інтенсивну програму лікування, рекомендується як частина комплексного плану лікування, зважаючи на високі ризики рецидиву та повернення до вживання алкоголю	D

Підтримка людини, яка вживає алкоголь з високим або дуже високим рівнем ризику: підхід зменшення шкоди

Багато людей не сприймають або не реагують на різноманітні підходи до лікування, спрямовані на зменшення рівня вживання алкоголю, і продовжують вживати алкоголь з високим або дуже високим рівнем ризику, а також зазнають постійної шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю. Принципи клінічних інтервенцій зі зменшення шкоди визнають, що деякі люди продовжуватимуть вживати алкоголь та/або інші наркотичні речовини, а, отже, інтервенції спрямовані на зменшення шкоди, пов'язаної з алкоголем. Пріоритет надається безпосереднім і досяжним цілям, підкріпленим цінностями прагматизму і гуманізму. Такими цілями можуть бути збільшення кількості днів утримання від вживання алкоголю та зменшення кількості порцій спожитого алкоголю у дні вживання алкоголю.

Дуже важливо провести всебічну оцінку ризиків і стану здоров'я та розробити стратегію, яка зменшує виявлені ризики.

Приклади клінічних інтервенцій або стратегій зі зменшення шкоди включають:

- Визнання того, що мотивація людини до зміни патернів вживання алкоголю не завжди є постійною, і на неї можуть впливати медичні працівники, сім'я та друзі, а також зміни в обставинах. Побудова міцного терапевтичного альянсу, приділяючи увагу бажанням і потребам людини, може прокласти шлях до подальшої готовності скоротити або припинити вживання алкоголю. Наприклад, госпіталізація у зв'язку з алкогольною залежністю може стати «вікном можливостей» для залучення пацієнта до лікування від вживання алкоголю.
- Важливо підтримувати залученість пацієнта та почуття віри в успіх лікування. Стратегії, спрямовані на посилення залучення пацієнта, можуть включати в себе увагу лікаря до бар'єрів, пов'язаних із порушеннями пам'яті або іншими когнітивними розладами пацієнта, мовними та/або культурними проблемами, а також фізичними вадами. Наприклад, розгляньте можливість використання послуг перекладачів, систем нагадування про прийом і стратегій, спрямованих на підвищення прихильності до прийому лікарських засобів.
- Продовжуйте заохочувати зменшення або припинення вживання алкоголю та регулярно обговорювати доступні для цього інтервенції, зокрема психосоціальні інтервенції, групи самодопомоги та фармакотерапію (наприклад, налтрексон).
- Забезпечте регулярний зворотний зв'язок з пацієнтом щодо впливу вживання алкоголю на його життя, включно з результатами біологічних тестів (наприклад, тестів функції печінки) або психологічних тестів (зокрема, тестів когнітивних функцій).
- Мінімізуйте шкоду, пов'язану з вживанням декількох ПАР, консультуючи та пропонуючи лікування від інших проблем, пов'язаних із наркотичними речовинами.

• Контролюйте прийом призначених і додаткових лікарських засобів, щоб уникнути передбачуваних взаємодій між алкоголем і наркотичними засобами (наприклад, алкоголь і парацетамол, бензодіазепіни, антикоагулянти, нестероїдні протизапальні препарати). Взаємодія алкоголю та препаратів обговорюється в Розділі 10. Визначте проблеми поганої прихильності до лікування та реагуйте на них.

• Визначте будь-які специфічні медичні та психіатричні стани і систематично звертайтеся до відповідних спеціалізованих медичних команд, які регулярно взаємодіють між собою. Медичне лікування може мати велике значення для зниження захворюваності та смертності, пов'язаної з постійним вживанням алкоголю. Найпоширенішими медичними ускладненнями тривалого вживання алкоголю у великих кількостях є гіпертензія, ураження серця, церебральна атрофія, ураження мозочка, периферична нейропатія, цироз печінки, коагулопатії, пептична виразка, міопатія та злоякісні новоутворення (рак молочної залози, печінки, стравоходу, товстої кишки). Про це йдеться у Розділі 4 та Розділі 22.

• Запропонуйте лікування для мінімізації наслідків конкретних медичних ускладнень, наприклад:

- добавки тіаміну для запобігання подальшому ураженню центральної нервової системи та периферичних нервів;
- антигіпертензивні препарати для тих, чий артеріальний тиск не нормалізується після зменшення вживання алкоголю;
- бета-блокатор або варикозне бандажування для портальної гіпертензії;
- відповідне управління харчуванням для прогресуючих захворювань печінки та інших органів;
- профілактика падінь у пацієнтів з ураженням мозочка та/або периферичною нейропатією.

• Залучайте психосоціальну підтримку (доставка гарячих обідів додому, соціальна допомога, підтримка у працевлаштуванні, мережа спільнот і релігійних організацій, фінансове консультування або консультування з питань стосунків) для зменшення шкоди для сім'ї, особистих і суспільних інтересів.

• Надайте можливість сім'ї та близьким друзям зменшити доступність алкоголю та заохочуйте подальшу співпрацю з лікарями, які можуть допомогти у вирішенні проблем, пов'язаних із алкоголем.

• Розгляньте всі медико-правові та етичні зобов'язання, зокрема щодо оцінки здатності керувати автомобілем, захисту дітей, добробуту, опіки та працевлаштування пацієнтів певних професій або спеціальностей. Ці питання часто є складними, тому слід отримати консультацію фахівця.

• Однак існує обмежена кількість доказів щодо результатів описаних вище інтервенцій, орієнтованих на зменшення шкоди.

• Лікарі загальної практики та інші медичні працівники мають найкращі можливості для підтримки довготривалого контакту та просування клінічних інтервенцій зі зменшення шкоди з людьми, які продовжують вживати алкоголь у надмірних кількостях.

• Асертивні програми підтримки та примусові моделі лікування можуть розглядатися за умови їхньої доступності на місцевому рівні. Загальний принцип асертивного супроводу полягає у використанні найменш обмежувального підходу, який є ефективним, і в багатьох випадках ефективним підходом є регулярний плановий супровід. Вони описані в Розділі 5 та вище в цьому розділі.

• Крім того, в Австралії досліджується програма контрольованого вживання алкоголю (MAP), яка, як показали дослідження в Канаді, знижує рівень захворюваності, пов'язаної з алкоголем. Зараз такі програми не проводяться.

	Рекомендація	**Ступінь рекомендації**
23.1	Зважаючи на високі ризики рецидивів повернення до вживання алкоголю, як частина комплексного плану лікування, рекомендується довготривале спостереження за пацієнтами, які пройшли інтенсивну програму лікування	D

Перелік джерел

The Australian Guidelines for the treatment of alcohol problems, Specialty of Addiction Medicine, Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health at the University of Sydney, 2021

Перелік літературних джерел знаходиться за посиланням https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol

Adamson, S. J. & Sellman, J. D. (2008) Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69, 589–593.

Adamson, S. J., Sellman, J. D. & Frampton, C. M. (2009) Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 36, 75–86.

Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V., et al. (2010) Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. Alcohol and Alcoholism, 45, 136–142.

Addolorato, G., Leggio, L., Ferrulli, A., et al. (2007) Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. The Lancet, 370, 1915–1922.

Addolorato, G., Leggio, L., Ojetti, V., et al. (2008) Effects of short-term moderate alcohol administration on oxidative stress and nutritional status in healthy males. Appetite, 50, 50–56.

Adelstein, A. M., Marmot, M. G. & Bulusu, L. (1984) Migrant studies in Britatin. British Medical Bulletin, 40, 315–319.

Agrawal, A., Hinrichs, A. L., Dunn, G., et al. (2008) Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) sample. Drug and Alcohol Dependence, 93, 12–20.

AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. London: St George's Hospital Medical School.

AGREE Collaboration (2003) Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Quality and Safety in Health Care, 12, 18–23.

Ahles, T. A., Schlundt, D. G., Prue, D. M., et al. (1983) Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. Addictive Behaviors, 8, 53–58.

Ahmadi, J. & Ahmadi, N. (2002) A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol dependence. German Journal of Psychiatry, 5, 85–89.

Ahn, H. & Wampold, B. (2001) Where oh where are the specific ingredients? A metaanalysis
of component studies in counseling and psychotherapy. Journal of
Counseling Psychology, 48, 251–257.
Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., et al. (2003) Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. Family Practice, 20, 270275.
Alcoholics Anonymous (2010) About Us: Membership. Available from: http://www.alcoholics-anonymous.org.uk/?PageID=54 [accessed May 2011].
Alden, L. E. (1988) Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 280–286.
Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.
Alessi, S. M., Hanson, T., Wieners, M., et al. (2007) Low-cost contingency management in community clinics: delivering incentives partially in group therapy. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15, 293–300.
Alexander, L. (1940) Wernicke's disease. Identity of lesions produced experimentally by B1 avitaminosis in pigeons with hemorhaggic polioencephalitis occurring in chronic alcoholism in man. American Journal of Pathology, 16, 61–70.
Alexander, J. F., Waldron, H. B., Newberry, A., et al. (1990) The functional family therapy model. In Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (eds A. S. Friedman & S. Granick), pp. 183–200. Lexington, MA: Lexington Books.
Allan, C., Smith, I. & Mellin, M. (2000) Detoxification from alcohol: a comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. Alcohol and Alcoholism, 35, 66–69.
Allen, J., Copello, A. & Orford, J. (2005) Fear during alcohol detoxification: views from the clients' perspective. Journal of Health Psychology, 10, 503–510.
Allen, J. P. (2003) Assessment of alcohol problems: an overview. In Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. (eds J. P. Allen & V. B. Wilson). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Allen, J. P. & Wilson, V. B. (eds) (2003) Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Allen, J. P., Sillanaukee, P., Strid, N., et al. (2003) In Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. (eds Allen, J. P. & Wilson, V. B.). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Allen, N. B., Chambers, R. & Knight, W. (2006) Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 285–294.
Alterman, A., Hayashida, M. & O'Brien, C. P. (1988) Treatment response and safety of ambulatory medical detoxification. Journal of Studies on Alcohol, 49, 160–166.

Altintoprak, A. E., Zorlu, N., Coskunol, H., et al. (2008) Effectiveness and tolerability
of mirtazapine and amitriptyline in alcoholic patients with co-morbid depressive disorder: a randomized, double-blind study. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 23, 313–319.
Altman, D. G. & Bland, J. M. (1994a) Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. British Medical Journal, 308, 1552.
Altman, D. G. & Bland, J. M. (1994b) Diagnostic tests 2: predictive values. British Medical Journal, 309, 102.
Alwyn, T., John, B., Hodgson, R. J., et al. (2004) The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. Alcohol and Alcoholism, 39, 536–541.
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 609–621.
Anderson, D. A. & Parker, J. D. (1997) The use of a mental status examination in a chemical dependence treatment program. Journal of Substance Abuse Treatment, 14, 377–382.
Anderson, P. & Baumberg, B. (2005) Alcohol in Europe. A Report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies.
Andreasson, S., Hansagi, H. & Österlund, B. (2002) Short-term treatment for alcoholrelated
problems: four session guided self change versus one session of advice – a randomized, controlled trial. Addiction, 28, 57–62.
Anderson, P. Alcohol and primary health care. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 64).
Annemans, L., Vanoverbeke, N., Tecco, J., et al. (2000) Economic evaluation of Campral (Acamprosate) compared to placebo in maintaining abstinence in alcohol-dependent patients. European Addiction Research, 6, 71–78.
Annis, H. A. (1986) A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In Treating Addictive Behaviors. Processes of Change (eds W. R. Miller & N. Heather), New York: Plenum Press.
Annis, H. M. (1996) Inpatient versus outpatient setting effects in alcoholism treatment: revisiting the evidence. Addiction, 91, 1804–1807.
Anton, R. F. (2008) Naltrexone for the management of alcohol dependence. New England Journal of Medicine, 359, 715–721.
Anton, R. F. & Moak, D. H. (1994) Carbohydrate deficient transferrin (CDT) and gamma-glutamyl transferase (GGT) as markers of heavy alcohol consumption: gender differences. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18, 747–754.
Anton, R. F., Moak, D. H., Waid, L. R., et al. (1999) Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo controlled trial. American Journal of Psychiatry, 156, 1758–1764.

Anton, R. F., Pettinati, H., Zweben, A., et al. (2004) A multi-site dose ranging study of Nalmefene in the treatment of alcohol dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology, 24, 421–428.
Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., et al. (2005) Naltrexone combined with either cognitive behavioural or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology, 25, 349–357.
Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., et al. (2006) Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The Journal of the American Medical Association, 295, 2003–2017.
Anton, R. F., Kranzler, H., Breder, C., et al. (2008a) A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology, 28, 5–12.
Anton, R. F., Oroszi, G., O'Malley, S., et al. (2008b) An evaluation of -opioid
receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence: results from the Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) study. Archives of General Psychiatry, 65, 135–144.
APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn, revised) (DSM–III–R). Washington, DC: APA.
APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn, revised) (DSM–IV). Washington, DC: APA.
APA (2010) DSM–5 Development: Substance-Related Disorders. Washington, DC: APA.Available from:
www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/substancerelateddisorders.
aspx [Accessed 5 October 2010].
Army Individual Test Battery (1944) Manual of Directions and Scoring. Washington, DC: War Department, Adjutant General's Office.
Asplund, C. A., Aaronson, J. W., & Aaronson, H. E. (2004) 3 regimens for alcohol withdrawal and detoxification. Journal of Family Practice, 53, 545–554.
Babor, T. F. (1996) Reliability of the ethanol dependence syndrome scale. Psychology
of Addictive Behaviors, 10, 97–103.
Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., et al. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd edn). Geneva: WHO.
Babor, T. F., Steinberg, K., Zweben, A., et al. (2003) Treatment effects across multiple dimensions of outcome. In Treatment Matching in Alcoholism (eds T. F. Babor & F. K. Del Boca), pp. 50–165. Cambridge: Cambridge University Press.
Bacchus, L. (1999) Client perceptions of inpatient treatment: a qualitative account with implications for service delivery. Drugs: Education, Prevention and Policy, 6, 8797.

Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., et al. (2006) Symptom improvement in cooccurring
PTSD and alcohol dependence. The Journal of Nervous and Mental
Disease, 194, 690–696.
Baekeland, F., Lundwell, L., Kissin, B., et al. (1971) Correlates of outcome in disulfiram treatment of alcoholism. The Journal of Nervous and Mental Disease, 153, 1–9.
Bagrel, A., d'Houtaud, A., Gueguen, R., et al. (1979) Relations between reported alcohol consumption and certain biological variables in an "unselected" population. Clinical Chemistry, 25, 1242–1246.
Bak, T. & Mioshi, E. (2007) A cognitive bedside assessment beyond the MMSE: the Addenbrooke's Cognitive Examination. Practical Neurology, 7, 245–249.
Balldin, J., Berglund, M., Borg, S., et al. (2003) A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27, 1142–1149.
Baltieri, D. A., & de Andrade, A. G. (2003) Efficacy of acamprosate in the treatment of alcohol-dependent outpatients. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25, 156–159.
Baltieri, D. A., Daró, F. R., Ribeiro, P. L., et al. (2008) Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Addiction, 103, 2035–2044.
Banys, P. (1988) The clinical use of disulfiram (Antabuse): a review. Journal of Psychoactive Drugs, 20, 243–260.
Barber, J. P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996) Effects of therapist adherence
and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 619–622.
Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., et al. (2006) The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. Psychotherapy Research, 16, 229–240.
Barnaby, B., Drummond, D. C., McCloud, A., et al. (2003) Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. British Medical Journal, 327, 783–784.
Barrias, J. A., Chabac, S., Ferreira, L., et al. (1997) Acamprosate: multicenter Portuguese efficacy and tolerance evaluation study. Psiquiatria Clinica, 18, 149–160.
Barry, K. L. & Fleming, M. F. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13 predictive validity in a rural primary care sample. Alcohol, 28, 33–42.
Bart, G., Schluger, J. H., Borg, L., et al. (2005) Nalmefene induced elevation in serum
prolactin in normal human volunteers: partial kappa-opioid agonist activity? Neuropsychopharmacology, 30, 2254–2262.
Bartu, A. & Saunders, W. (1994) Domiciliary detoxification: a cost effective

alternative to inpatient treatment. Australian Journal of Advanced Nursing, 11, 12–18.
Bates, M. E., Barry, D. & Dowden, S. C. (2002) Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10, 193–212.
Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., et al. (1993) Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York, NY: Guildford Press.
Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. British Medical Journal, 325, 870874.
Bell, D. C., Williams, M. L., Nelson, R., et al. (1994) An experimental test of retention in residential and outpatient programs. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20, 331–340.
Bennett-Levy, J., Richards, D. A. & Farrand, P. (eds) (2010) The Oxford Guide to Low
Intensity CBT Interventions. Oxford: Oxford University Press.
Berglund, M. (2005) A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. Addiction, 100, 742–750.
Berlin, J. A. (2001) Does blinding of readers affect the results of meta-analyses? Lancet, 350, 185–186.
Besson, J., Aeby, F., Kasas, A., et al. (1998) Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 573–579.
Beullens, J. & Aertgeerts, B. (2004) Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. Aging & Mental Health, 8, 76–82.
Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction, 88, 315–335.
Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., et al. (2008). Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: a randomised controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 93, 244–251.
Bischof, G. H., Richmond, C. J. & Case, A. R. (2003) Detoxification at home: a brief solution-oriented family systems approach. Contemporary Family Medicine, 25, 17–39.
Blondell, R. D. (2005) Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. American Family Physician, 71, 495–502.
Blondell, R. D., Looney, S. W., Hottman, L. M., et al. (2002) Characteristics of intoxicated trauma patients. Journal of Addiction Disorders, 21, 1–12.
Boeijinga, P. H., Parot, P., Soufflet, L., et al. (2004) Pharmacodynamic effects of acamprosate on markers of cerebral function in alcohol-dependent subjects administered as pre-treatment and during alcohol abstinence. Neuropsychobiology, 50, 71–77.
Boland, B., Drummond, D. C. & Kaner, E. (2008) Brief interventions for alcohol use disorders. Advances in Psychiatric Treatment, 14, 469–476.
Bond, G. R. & McDonel, E. C. (1991) Assertive community treatment and reference

groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychiatric Rehabilitation Journal, 15, 31–43.
Book, S. W., Thomas, S. E., Randall, P. K., et al. (2008) Paroxetine reduces social anxiety in individuals with a co-occurring alcohol use disorder. Journal of Anxiety Disorders, 22, 310–318.
Booth, B. M. & Blow, F. C. (1993) The kindling hypothesis: Further evidence from a U.S. national survey of alcoholic men. Alcohol and Alcoholism, 28, 593–598.
Booth, B. M., Ludke, R. L., Wakefield, D. S. et al. (1991). Nonacute inpatient admissions to department of veterans affairs medical centers. Medical Care, 29 (Suppl.), AS40–AS50.
Booth, B. M., Blow, F. C., Ludke, R. L., et al. (1996) Utilization of acute inpatient services for alcohol detoxification. The Journal of Mental Health Administration, 23, 366–374.
Bordin, E. S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16, 252–260.
Bostwick, J. M. & Lapid, M. I. (2004) False positives on the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised: is this scale appropriate for use in the medically ill? Psychosomatics, 45, 256–261.
Bowden, S. C. (1990) Separating cognitive impairment in neurologically asymptomatic alcoholism from Wernicke-Korsakoff syndrome: is the neuropsychological distinction justified? Psychological Bulletin, 107, 355–366.
Bowen, R. C., D'Arcya, C. A. & Keegana, D. (2000) A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. Addictive Behaviors, 25, 593–597.
Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., et al. (2006) Mindfulness meditation and
substance use in an incarcerated population. Psychology of Addictive Behaviors, 20, 343–347.
Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., et al. (2007) The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. Addictive Behaviors, 32, 2324–2338.
Bower, P. & Gilbody, S. (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. British Journal of Psychiatry, 186, 11–17.
Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R. & Paas, N. D. (2006) Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. Clinical Psychology Review, 26, 162–178.
Brady, K. T., Myrick, H., Henderson, S., et al. (2002) The use of divalproex in alcohol relapse prevention: a pilot study. Drug and Alcohol Dependence, 67, 323–330.
Brady, K. T., Sonne, S., Anton, R. F., et al. (2005) Sertraline in the treatment of cooccurring
alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. Alcoholism:

Clinical and Experimental Research, 29, 395–401.
Branchey, L., Davis, W., Lee., K. K., et al. (1987) Psychiatric complications of disulfiram treatment. The American Journal of Psychiatry, 144, 1310–1312.
Brayne, C., Best, N., Muir, M., et al. (1997) Five-year incidence and prediction of dementia and cognitive decline in a population sample of women aged 70–79 at baseline. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1107–1118.
Breslin, F. C., Sobell, M., Sobell, L., et al. (1997) Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. Addiction, 92, 1479–1489.
Breslin, F. C., Sobell, M., Sobell, L., et al. (1999) Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. Journal of Substance Abuse, 10, 217–232.
Brewer, C. (1984) How effective is the standard dose of disulfiram? A review of the alcohol-disulfiram reaction in practice. The British Journal of Psychiatry, 144, 200–202.
British Association of Counselling (1992) Code of Ethics and Practice for Counsellors. Rugby: BAC.
British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2010) British National Formulary, 59th edition (BNF 59). London: British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
Brosan, L., Moore, R., & Reynolds, S. (2007) Factors associated with competence in cognitive therapists. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35, 179–190.
Brotman, M. A., Strunk, D. R., & DeRubeis, R. J. (2009) Therapeutic Alliance and Adherence in Cognitive Therapy for Depression. (In preparation).
Brower, K. J. (2003) Insomnia, alcoholism and relapse. Sleep Medicine Reviews, 7, 523–539.
Brower, K. J., Myra Kim, H., Strobbe, S., et al. (2008) A randomized double-blind pilot trial of gabapentin versus placebo to treat alcohol dependence and comorbid insomnia. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 32, 1429–1438.
Brown, J. D. (1996) Testing in Language Programs, pp. 231–294. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Regents.
Brown, M. E., Anton, R. F., Malcolm, R., et al. (1988) Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for kindling hypothesis. Biological Psychiatry, 23, 507–514.
Brown, S., McGue, M., Maggs, J., et al. (2008) A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. Pediatrics, 121 (Suppl. 4), S290–S310.
Brown, S. A., Inaba, R. K., Gillin, J. C., et al. (1995). Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. American Journal of Psychiatry, 152, 45–52.
Brown, S. A., Meyer, M. G., Lippke, L., et al. (1998) Psychometric evaluation of the customary drinking and drug use record (CDDR): a measure of adolescent alcohol and drug involvement. Journal of Studies on Alcohol, 59, 427–438.
Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., et al. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-step aftercare programs for substance

abusers. Addiction, 97, 677–689.
Bryant, M. J., Simons, A. D. & Thase, M. E. (1999) Therapist skill and patient variables
in homework compliance: controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. Cognitive Therapy and Research, 23, 381–399.
Bucholz, K. K., Cadoret, R., Cloninger, C. R., et al. (1994) Semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability for the SSAGA. Journal of Studies on Alcohol, 55, 149–158.
Bullock, M., Umen, A., Culliton, P., et al. (1987) Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: a pilot study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 11, 292–295.
Bullock, M., Culliton, P. & Olander, R. (1989) Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. Lancet, 1 (June), 1435–1439.
Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Sherman, R. E., et al. (2002) A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. Journal of Substance Abuse Treatment, 22, 71–77.
Burman, S. (1997) The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. Journal of Substance Abuse, 9, 41–61.
Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and homework compliance in cognitive-behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 441–449.
Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., et al. (2001) Out-patient behaviour therapy
in alcoholism: treatment outcome after 2 years. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 227–232.
Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., et al. (2002) Out-patient behaviour therapy
in alcoholism: treatment outcome after 2 years. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 227–232.
Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Archives of Internal Medicine, 158, 1789–1795.
Busto, U., Simpkins, J., Sellers, E. M., et al. (1983) Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics. British Journal of Addiction, 78, 429–435.
Butterworth, R. F. (1989) Effects of thiamine deficiency on brain metabolism: implications for the pathogenesis of the Wernicke-Korsakoff syndrome. Alcohol and Alcoholism, 24, 271–279.
Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., et al. (2003) Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. British Journal of Clinical Psychology, 42, 133–143.
Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., et al. (2007) Desigining and evaluating complex interventions to improve health care. British Medical Journal, 334, 455–459.

Caldwell, D. M., Ades, A. E. & Higgins, J. P. (2005) Simultaneous comparison of multiple treatments: combining direct and indirect evidence. British Medical Journal, 331, 897–900.
Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. & Bryant, K. J. (1993) Alcoholism in treatment seeking cocaine abusers: Clinical and prognostic significance. Journal of Studies on Alcohol, 54, 199–208.
Carroll, K., Nich, C., Ball, S., et al. (1998) Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction, 93, 713–728.
Carroll, K., Nich, C., Ball, S., et al. (2000) One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. Addiction, 95, 1335–1349.
Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., et al. (2004) Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry, 61, 264–272.
Casswell, S. & Thamarangsi, T. (2009) Reducing harm from alcohol: call to action. The Lancet, 373, 2247–2257.
Chapman, P. L. H. & Huygens, I. (1988) An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6- and 18-month followups. British Journal of Addiction, 83, 67–81.
Charney, A. A., Paraherakis, A. M. & Gill, K. J. (2001) Integrated treatment of comorbid
depression and substance use disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 62, 672–677.
Cheeta, S., Drummond, C., Oyefeso, A., et al. (2008) Low identification of alcohol use disorders in general practice in England. Addiction, 103, 766–773.
Chick, J. (1999) Safety issues concerning the use of disulfiram in treating alcohol dependence. Drug Safety, 20, 427–435.
Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., et al. (1988) Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. British Journal of Addiction, 83, 159–170.
Chick, J., Gough, K., Falkowski, W., et al. (1992) Disulfiram treatment of alcoholism.
British Journal of Psychiatry, 161, 84–89.
Chick, J., Howlett, H., Morgan, M. Y., et al. (2000a) United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS): A 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. Alcohol and Alcoholism, 35, 176–187.
Chick, J., Anton, R., Checinski, K., et al. (2000b) A multicentre, randomized, doubleblind,
placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol
dependence or abuse. Alcohol and Alcoholism, 35, 587–593.
Chiesa, A. (2010) Vipassana meditation: systermatic review of current evidence. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16, 37–46.
Cho, S. H., & Wang, W. W. (2009) Acupuncture for alcohol dependence: a systematic
review. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33, 1305–1313.

Choudry, N. (1990). Medical treatment for problem drug takers. In Treating Drug Abusers (ed. G. Bennett). London: Routledge.
Christiansen, B. A., Smith, G. T., Roehling, P. V., et al. (1989) Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 93–99.
Christo, G., Spurrell, S. & Alcorn, R. (2000). Validation of the Christo Inventory for Substance-misuse Services (CISS): a simple outcome evaluation tool. Drug and Alcohol Dependence, 59, 189–197.
Chung, T., Colby, N., Barnett, D., et al. (2000) Screening adolescents for problem drinking and performance of brief screens against DSM–IV alcohol diagnoses. Journal of Studies on Alcohol, 61, 579–587.
Chung, T., Martin, C. S., Winters, K. C., et al. (2001) Assessment of alcohol tolerance
in adolescents. Journal of Studies on Alcohol, 62, 687–695.
Chutuape, M. A., Katz, E. C. & Stitzer, M. L. (2001) Methods for enhancing transition of substance dependence patients from inpatient to outpatient treatment. Drug and Alcohol Dependence, 61, 137–143.
Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Malec, J. F., et al. (2005) Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86, 1681–1692.
Ciraulo, D. A., Sands, B. F. & Shader, R. I. (1988) Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics. The American Journal of Psychiatry, 145, 1501–1506.
Clark, D. B., Lesnick, L. & Hegedus, A. M. (1997a) Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1744–1751.
Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., et al. (1997b) Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1195–1203.
Clark, D. B., Lynch, K. G., Donovan, J. E., et al. (2001) Health problems in adolescents with alcohol use disorders: self-report, liver injury, and physical examination findings and correlates. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25, 1350–1359.
Clark, D. B., De Bellis, M. D., Lynch, K. G., et al. (2003) Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. Drugs and Alcohol Dependence, 69, 51–60.
Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., et al. (2009) Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. Behaviour Research and Therapy, 47, 910–920.
Cloninger, C. R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981) Inheritance of alcohol abuse. cross-fostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry, 38, 861–868.
Cochrane Collaboration (2004) Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 4.2.7 for Windows. Oxford: The Cochrane Collaboration.

Cochrane, M., Cochrane, A., Jauhar, P., et al. (2005) Acetylcholinesterase inhibitors for the treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome- three further cases show response to donepezil. Alcohol and Alcoholism, 40, 151–144.
Coffey, T. (1996) The process of teaching alcohol and opiod withdrawal management strategies to nursing staff in a new medical center. Journal of Addictions Nursing, 8, 29–35.
Colby, S. M., Monti, P., Barnett, N., et al. (1998) Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 574–578.
Collins, M. N., Burns, T., van den Berk, P. A. H., et al. (1990) A structured programme for outpatient alcohol detoxification. British Journal of Psychiatry, 156, 871–874.
Connors, G., Carroll, K., DiClemente, C., et al. (1997) The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 588–598.
Connors, G. J. & Walitzer, K. S. (2001) Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 447–456.
Conrad, K. J., Hultman, C. I., Pope, A. R., et al. (1998) Case managed residential care for
homeless addicted veterans: results of a true experiment. Medical Care, 36, 40–53.
Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., et al. (2000) Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers. Psychology of Addictive Behaviours, 14, 231–242.
Cook, C. C. H. (1994) Aetiology of alcohol misuse. In Seminars in Alcohol and Drug Misuse (eds J. Chick & R. Cantwell). London: Gaskell.
Cook, C. C. H. (2000) Prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome. Alcohol and Alcoholism, 35 (Suppl. 1), 19–20.
Cook, C. C. H., Hallwood, P. M. & Thomson, A. D. (1998) B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. Alcohol and Alcoholism, 33, 317–336.
Cook, P. (1990) Social costs of drinking. In Expert Meeting on the Negative Social Consequences of Alcohol Use: 27–31 August 1990 (ed. O. G. Assland), pp. 49–94. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.
Cooney, N. L., Kadden, R. M., Litt, M. D., et al. (1991) Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two year follow up results. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 598–601.
Cooper, D. B. (1994) Alcohol Dome detoxification and Assessment. Oxford: Radcliffe
Medical Press.
Copeland, J. (1997) A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. Journal of Substance Abuse Treatment, 14, 183190.
Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., et al. (2002) Social behaviour and network

therapy: basic principles and early experiences. Addictive Behavior, 27, 345–366.
Copello, A. G., Velleman, R. D. & Templeton, L. J. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug and Alcohol Review, 24, 369–385.
Copello, A. G., Templeton, L. & Velleman, R. (2006) Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? Current Opinion in Psychiatry, 19, 271–276.
Copello, A. G., Templeton, L., Orford, J., et al. (2009) The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. Addiction, 104, 49–58.
Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Thase, M. E., et al. (1998) Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. Psychopharmacology Bulletin, 34, 117–121.
Coulthard, M., Farrell, M., Singleton, N. & Meltzer, H. (2002) Tobacco, Alcohol and Drug Use and Mental Health. The Office for National Statistics, London: The Stationary Office.
Coulton, S., Drummond, C., James, D., et al. (2006) Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. British Medical Journal, 332, 511–517.
Cousins, M. S., Roberts, D. C., & de Wit, H. (2002) GABA(B) receptor agonists for the treatment of drug addiction: a review of recent findings. Drug and Alcohol Dependence, 65, 209–220.
Cox, G. B., Walker, D. R., Freng, S. A., et al. (1998) Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. Journal of Studies on Alcohol, 59, 523–532.
Cox, W. M., & Klinger, E. (eds) (2004) Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment. New York, NY: John Wiley & Sons.
Craig, R., Mindell, J. & Hirani, V. (2009) Health Survey for England 2008. Volume 1: Physical Activity and Fitness. London: NHS Information Centre.
Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., et al. (1993) Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. Journal of American Medical Association, 269, 2386–2391.
Cummings, J. L. (1993) Mini-Mental State Examination: norms, normals and numbers. Journal of American Medical Association, 269, 2420–2421.
Currie, S. R., Clark, S., Hodgins, D. C., et al. (2004) Randomized controlled trial of brief cognitive–behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. Addiction, 99, 1121–1132.
Curtis, L. (2009) Unit Costs of Health and Social Care. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
Curtis, J. R., Geller, G., Stokes, E. J., et al. (1989) Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. Journal of the American Geriatric Society, 37, 310–316.

Daeppen, J. B., Gache, P., Landry, U., et al. (2002) Symptom-triggered vs fixedschedule
doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment
trial. Archives of Internal Medicine, 162, 1117–1121.
Dakof, G. A., Tejeda, M. & Liddle, H. A. (2001) Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40, 274–281.
Dansky, B. S., Brewerton, T. D. & Kilpatrick, D. G. (2000) Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. International Journal of Eating Disorders, 27, 180–190.
Dar, K. (2006) Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? Advances in Psychiatric Treatment, 12, 173–181.
Davidson, D., Gulliver, S. B., Longabaugh, R., et al. (2007) Building better cognitivebehavioral
therapy: is broad-spectrum treatment more effective than motivational enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexones? Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68, 238–247.
Davidson, K., Scott, J., Schmidt, U., et al. (2004) Therapist competence and clinical outcome in the prevention of parasuicide by manual assisted cognitive behaviour therapy trial: the POPMACT study. Psychological Medicine, 34, 855–863.
Davis, L., Uezato, A., Newell, J., et al. (2008) Major depression and comorbid substance use disorders. Current Opinion in Psychiatry, 21, 14–18.
Davis, W. T., Campbell, L., Tax, J., et al. (2002) A trial of "standard" outpatient alcoholism treatment vs. a minimal treatment control. Journal of Substance Abuse Treatment, 23, 9–19.
Davison, G. C. (2000) Stepped care: doing more with less? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 580–585.
Dawe, S., Rees, V. W., Mattick, R., et al. (2002) Efficacy of moderation-orientated cue exposure for problem drinkers: a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1045–1050.
Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., et al. (2005a) Recovery from DSM–IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. Addiction, 100, 281–292.
Dawson, D. A., Grant, B. F., & Stinson, F. S. (2005b) The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. Comprehensive Psychiatry, 46, 405–416.
Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., et al. (2007) The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68, 66–75.
Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, P. S., et al. (2008) Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM–IV alcohol use disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32, 2149–2160.
Day, E., Ison, J., Keaney, F., et al. (2005) A National Survey of Inpatient Drug Treatment Services in England. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Day, E. J., Patel, J. & Georgiou, G. (2004) Evaluation of a symptom-triggered frontloading
27 detoxification techniques for alcohol dependence: a pilot study.
Psychiatric Bulletin, 28, 407–410.
DeCaroulis, D. D., Rice, K. L., Ho, L., et al. (2007) Symptom-driven lorazepam protocol for treatment of severe alcohol withdrawal delirium in the intensive care unit. Pharmacotherapy, 27, 510–518.
De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2008) Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life? Social Indicators Research, 90, 107–126.
Deacon, L., Hughes, S., Tocque, K., et al. (2007) Indications of Public Health in English Regions: 8. Alcohol. York: Association of Public Health Observatories.
Deeks, J. J. (2002) Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes. Statistics in Medicine, 21, 1575–1600.
Demirbas, H., Celik, S., Ilhan, I. O., et al. (2003) An examination of suicide probability in alcohol in-patients. Alcohol and Alcoholism, 38, 67–70.
Dennis, M., Titus, J., White, M., et al. (2002) Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): Administration Guide for the GAIN and Related Measures. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., et al. (2004) The Cannabis Youth Treatment study: main findings from two randomised trials. Journal of Substance Abuse Treatment, 27, 197–213.
Department for Children, Schools and Families, National Treatment Agency & Department of Health (2009) Joint Guidance on Development of Local Protocols between Drug and Alcohol Treatment Services and Local Safeguarding and Family Services. London: DCSF, DH & NTA.
Department of Health, Home Office et al. (2007) Safe. Sensible. Social. The Next Steps in the National Alcohol Strategy. London: Department of Health.
Department of Health (1995) Sensible Drinking: the Report of an Inter-Departmental Working Group. London: Department of Health.
Department of Health (1999) National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models. London: Department of Health.
Department of Health (2006a) Models of Care for Alcohol Misusers. London: National
Treatment Agency. Available at: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4136806 [Accessed January 2011].
Department of Health (2006b) Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting. London: Department of Health.
Department of Health (2007) Best Practice in Managing Risk: Principles and Evidence for Best Practice in the Assessment and Management of Risk to Self and Others in Mental Health Services. London: Department of Health.
Department of Health (2008a) The Cost of Alcohol Harm to the NHS in England. London. Department of Health.

Department of Health (2008b) Pregnancy and Alcohol. London: Department of Health.
Department of Health (2010) NHS Reference Costs 2008–09. London: Department of Health. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111591 [Accessed 11 May 2010]
Department of Transport (2009) Reported Road Casualties in Great Britain: 2008 Annual Report. London: Department of Transport.
DerSimonian, R. & Laird, N. (1986) Meta-analysis in clinical trials. Controlled Clinical Trials, 7, 177–188.
DeRubeis, R. J. & Feeley, M. (1990) Determinants of change in cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy and Research, 14, 469–482.
DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., et al. (2005) Cognitive therapy versus medications in the treatment of moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry, 62, 409–416.
De Sousa, A. & De Sousa, A. (2004) A one-year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. Alcohol and Alcoholism, 39, 528–531.
De Sousa, A. & De Sousa, A. (2005) An open randomized study comparing disulfiram
and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. Alcohol and Alcoholism, 40, 545–548.
De Sousa, A. A. & De Sousa, J. A. (2008) An open randomised trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence. Journal of Substance Abuse, 34, 460–463.
DfES (2007) Every Parent Matters. London: Department for Education and Schools. Available from: http://publications.everychildmatters.gov.uk/eOrderingDownload/DFES-LKDA-2007.pdf [Accessed May 2010].
Dick, D. M., Plunkett, J., Hamlin, D., et al. (2007) Association analyses of the serotonin transporter gene with lifetime depression and alcohol dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) sample. Psychiatric Genetics, 17, 35–38.
DiClemente, C. C. & Hughes, S. O. (1990) Stages of change profiles in alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse, 2, 217–235.
Donovan, D. M., Kivlahan, D. R., Doyle, S. R., et al. (2006). Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. Addiction, 101, 1696–704.
Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., et al. (1998) Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. American Journal of Orthopsychiatry, 68, 201–215.
Driessen, M., Meier, S., Hill, A., et al. (2001) The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. Alcohol and Alcoholism, 36, 249–255.
Drobes, D. J., Anton, R. F., Thomas, S. E., et al. (2004) Effects of naltrexone and

nalmefene on subjective response to alcohol among non-treatment-seeking alcoholics and social drinkers. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 28, 1362–70.
Drummond, C. (1990) The relationship between alcohol dependence and alcoholrelated
problems in a clinical population. British Journal of Addiction, 85, 357–366.
Drummond, C. (2009) Treatment services for alcohol use disorders. In The New Oxford Textbook of Psychiatry (eds M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, et al.), 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.
Drummond, C., & Ghodse, H. (1999) Use of investigations in the diagnosis and management of alcohol use disorders. Advances in Psychiatric Treatment, 5, 366–375.
Drummond, D. C., Oyefeso, N., Phillips, T., et al. (2005) Alcohol Needs Assessment Research Project (ANARP): The 2004 National Alcohol Needs Assessment for England. London: Department of Health.
Drummond, C., Ghodse, H. & Chengappa, S. (2007) Use of investigations in the diagnosis and management of alcohol use disorders. In Clinical Topics in Addictions (ed. Day, E. J.). London: RCPsych Publications.
Drummond, C., Coulton, S., James, D., et al. (2009) Effectiveness and costeffectiveness
of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary
care: pilot study. The British Journal of Psychiatry, 195, 448–456.
Drummond, D. C. (2000) What does cue reactivity have to offer craving research? Addiction, 95 (Suppl. 2), S129–S144.
Drummond, D. C. & Phillips, T. S. (2002) Alcohol urges in alcohol-dependent drinkers: further validation of the Alcohol Urge Questionnaire in an untreated community clinical population. Addiction, 97, 1465–1472.
Drummond, D. C., Cooper, T. & Glautier, S. P. (1990) Conditioned learning in alcohol dependence implications for cue exposure treatment. British Journal of Addiction, 85, 725–743.
Drummond, L. M. & Chalmers, L. (1986) Prescribing chlormethiazole reducing regimes in an emergency clinic. British Journal of Addiction, 81, 247–250.
Dunn, M. E. & Goldman, M. S. (1998) Age and drinking-related differences in the memory organization of alcohol expectancies in 3rd, 6th, 9th, and 12th grade children. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66, 579–585.
Dukan, J. K., Reed, D. N., Looney, S. W., et al. (2002). Risk factors for delirium tremens in trauma patients. Journal of Trauma, 53, 901–906.
DVLA (2010) For Medical Practitioners: At a Glance Guide to the current Medical Standards of Fitness to Drive. Swansea: Drivers Medical Group DVLA. Available from: http://www.dft.gov.uk/dvla/medical/ataglance.aspx [accessed 16 February 2011].
Dyson, J. (2007) Experience of alcohol dependence: a qualitative study. Journal of Family Health Care, 17, 211214.
Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., et al. (2007) A cognitive behavioural

therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). The American Journal on Addictions, 16, 24–31.
Eccles, M., Freemantle, N. & Mason, J. (1998) North of England evidence based guideline development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. British Medical Journal, 316, 1232–1235.
Edwards, G. & Guthrie, S. (1966) A comparison of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependence. Lancet, 1, 467–458.
Edwards, G. & Gross, M. M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1, 1058–1061.
Edwards, G., Brown, D., Oppenheimer, E., et al. (1988) Long term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. British Journal of Addiction, 83, 917–927.
Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, C. C. (2003) The Treatment of Drinking Problems: A Guide for the Helping Professions (4th edn). New York: Cambridge University Press.
Elkin, I. (1994) The NIMH treatment of depression collaborative research programme:
where we began and where we are. In Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, 4th edn (eds A. E. Bergin & S. L. Garfield). New York, NY: Wiley.
Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J., et al. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programme. General effectiveness of treatments. Archives of General Psychiatry, 46, 971–982.
Emrick, C. D. (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and inter-relationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35, 523–549.
Errico, A. L., Nixon, S. J., Parsons, O. A., et al. (1990) Screening for neuropsychological impairment in alcoholics. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2, 45–50.
Errico, A. L., Parsons, O. A. & King, A. C. (1991) Assessment of verbosequential and
visuospatial cognitive abilities in chronic alcoholics. Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3, 693–696.
Eriksen, L. (1986a) The effect of waiting for inpatient alcoholism treatment after detoxification: An experimental comparison between inpatient treatment and advice only. Addictive Behaviours, 11, 389–397.
Eriksen, L., Björnstad. & Götestam, G. (1986b) Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. Addictive Behaviors, 11, 309–329.
Escobar, J. I., Burnam, A., Karno, M., et al. (1986) Use of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity: cultural and linguistic artifacts. The Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 607–614.
Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., et al. (2006) Comparison of ACT and

standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. Psychiatric Services, 57, 185–196.
Evans, S. M., Levin, F. R., Brooks, D. J., et al. (2007) A pilot double-blind trial of memantine for alcohol dependence. Alcoholism: Clinical and experimental Research, 31, 775–782.
Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., et al. (2008) Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society (Series B) Biological Sciences, 363, 3125–3135.
Evert, D. L., & Oscar-Berman, M. (1995) Alcohol-related cognitive impairments: an overview of how alcoholism may affect the workings of the brain. Alcohol Health & Research World, 19, 89–96.
Falk, D. E., Yi, H. Y. & Hiller-Sturmhofel, S. (2006) An epidemiologic analysis of cooccurring
alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Research & Health, 29, 169–171.
Fals-Stewart, W. & Klostermann, K. (2004). Psychoeducational Attention Control Treatment for Alcoholism (PACT): A Guide. Buffalo, NY: The Addiction and Family Research Group.
Fals-Stewart, W., Klosterman, K., Yates, B. T., et al. (2005) Brief relationship therapy
for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and costeffectiveness.
Psychology of Addictive Behaviors, 19, 363–371.
Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., et al. (2004) Standard Behavioral Couples Therapy for Alcoholism (S-BCT): A Guide. Buffalo, NY: Addiction and Family Research Group.
Fals-Stewart, W., Birchler, G. R. & Kelley, M. L. (2006) Learning sobriety together: a randomized clinical trial examining behavioral couple's therapy with alcoholic female patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 579–591.
Farrell, M., Cowing, L. R., Marsden, J., et al. (2001) Substitution treatment for opioid dependence: a review of the evidence and the impact. In: Development and Improvement of Substitution Programmes: Proceedings. Seminar Organized by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, France, 8–9 October 2001. Strasbourg: Council of Europe.
Farren, C. K., Scimeca, M., Wu, R., et al. (2009) A double-blind, placebo-controlled study of sertraline with naltrexone for alcohol dependence. Drug and Alcohol Dependence, 99, 317–321.
Feeley, M., DeRubeis, R. J. & Gelfand, L. A. (1999) The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 578–582.
Feldman, D. J., Pattison, E. M., Sobell, L. C., et al. (1975) Outpatient alcohol

detoxification: initial findings on 564 patients. American Journal of Psychiatry, 132, 407–412.
Fenwick, E., Klaxton, K., & Schulpher, M. (2001) Representing uncertainty: the role of cost-effectiveness acceptability curves. Health Economics, 10, 779–787.
Ferguson, J. A., Suelzer, C. J., Eckert, G. J., et al. (1996) Risk factors for delirium tremens development. Journal of General Internal Medicine, 11, 410–414.
Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006) Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No. CD005032.
Finney, J. W., Moos, R. H. & Brennan, P. L. (1991) The Drinking Problems Index: a measure to assess alcohol-related problems among older adults. Journal of Substance Abuse, 3, 395–404.
Finney, J. W., Hahn, A. C. & Moos, R. H. (1996) The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction, 91, 1773–1796.
Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., et al. (2008) Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
Fisher, P., Schaffer, D., Piacentini, J. C., et al. (1993) Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC-2.1) for specific diagnosis of children and adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 666–673.
Flatley, J., Kershaw, C., Smith, K., et al. (2010) Crime in England and Wales 2009/10.
Volume 1. Findings from the British Crime Survey and Police Recorded Crime. London: Home Office.
Fleming, M. F., Barry, K. L., MacDonald, R. (1991) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a college sample. International Journal of the Addictions, 26, 1173–1185.
Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975) “Mini-mental state”. A practical
method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychological Research, 12, 189–198.
Ford, P. (2003) An evaluation of the Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory and the Leeds Dependence Questionnaire for use among detained psychiatric inpatients. Addiction, 98, 111–118.
Foreman, M. D. (1987) Reliability and validity of mental status questionnaires in elderly hospitalized patients. Nursing Research, 36, 216–220.
Frank, D., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., et al. (2008). Effectiveness of the AUDITC
as a screening tests for alcohol misuse in three race/ethnic groups. Journal of General Internal Medicine, 23, 781–787.
Freimanis, L. (1993) Alcohol and single homelessness: an outreach approach. In Homelessness, Health Care and Welfare Provision (eds K. Fisher and J. Collins),

pp. 44–51. London: Routledge.
Fuller, E. (2008) Drug Use, Smoking and Drinking Among Young People in England in 2007. National Centre for Social Research, National Foundation for Educational Research.
Fuller, E., Jotangia, D. & Farrell, M. (2009) Alcohol misuse and dependence. In Adult
Psychiatric Morbidity in England, 2007 Results of a Household Survey (eds S. McManus, H. Meltzer, T. Brugha, et al.). Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care.
Fuller, R. K., & Roth, H. P. (1979) Disulfiram for the treatment of alcoholism: An evaluation of 128 men. Annals of Internal Medicine, 90, 901–904.
Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., et al. (1986) Disulfiram treatment of alcoholism: a veterans administration cooperative study. Journal of the American Medical Association, 256, 1449–1455.
Furieri, F. A. & Nakamura-Palacios, E. M. (2007) Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry, 68, 1691–1700.
Furukawa, T. A., Barbui, C., Cipriani, A., et al. (2006) Imputing missing standard deviations in meta-analyses can provide accurate results. Journal of Clinical Epidemiology, 59, 7–10.
Gadalla, T., & Piran, N. (2007) Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta-analysis. Archives of Women's Mental Health, 10, 133–140.
Gance-Cleveland, B. (2004) Qualitative evaluation of a school-based support group for adolescents with an addicted parent. Nursing Research, 53, 379386.
Ganguli, M., Ratcliff, G., Chandra, V., et al. (1995). A Hindi version of the MMSE: the development of a cognitive screening instrument for a largely illiterate rural elderly population in India. International Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 367–377.
Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., et al. (2005) Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence. The Journal of the American Medical Association, 293, 1671–1625.
Garbutt, J. C., Osborne, M., Gallop., R, et al. (2009) Sweet liking phenotype, alcohol craving and response to naltrexone treatment in alcohol dependence. Alcohol and Alcoholism, 44, 293–300.
Gastpar, M., Bonnet, U., Boning, J., et al. (2002) Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: Results from a german multicenter study. Journal of Clinical Psychopharmacy, 22, 592–598.
Gates, S., Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2006) Auricular acupuncture for cocaine dependence. Cochrane Database Systematic Review, CD005192.
Gaval-Cruz, M. & Weinshenker, D. (2009) Mechanisms of disulfiram-induced cocaine abstinence: antabuse and cocaine relapse. Molecular Interventions, 9, 175–187.

Geerlings, P. J., Ansoms, C., & Van der Brink, W. (1997) Acamprosate and prevention
of relapse in alcoholics. European Addiction Research, 3, 129–137.
Gelernter, J., Gueorguieva, R., Kranzler, H. R., et al. (2007) Opioid receptor gene (OPRM1, OPRK1, and OPRD1) variants and response to naltrexone treatment for alcohol dependence: results from the VA cooperative study. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 31, 555–563.
Gerrein, J. R., Rosenberg, C. M., & Manohar, V. (1973) Disulfiram maintenance on outpatient treatment of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 28, 798–802.
Ghodse, H. & Royal College of Psychiatrists' Medical Working Group (2006) Substance
Misuse Detainees in Police Custody: Guidleines for Clinical Management (3rd edn). Council Report CR132. London: Royal College of Psychiatrists.
Ghodse, H., Checinski, K., Drummond, C., et al. (1998) St Georges Hospital Medical School Department of Psychiatry of Addictive Behaviour. Handbook (4th edn). London: St George's Hospital Medical School.
Gilbert, F. (1988) The effect of type of aftercare of follow-up on treatment outcome among alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 49, 149–159.
Gilchrist, G. & Morrison, D. (2004) Prevalence of alcohol related brain damage among homeless hostel dwellers in Glasgow. European Journal of Public Health, 15, 587–588.
Giles, H. G. & Sandrin, S. (1990) Alcohol and deaths in police custody. Alcoholism, 16, 670–672.
Gill, B., Meltzer, H., Hinds, K., et al. (1996) Psychiatric Morbidity among Homeless People. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 7. London: Her Majesty's Stationary Office.
Gillen, R. W., Kranzler, H. R., Kadden, R. M., et al. (1991) Utility of a brief cognitive
screening instrument in substance abuse patients: initial investigation. Journal of Substance Abuse Treatment, 8, 247–251.
Glasner-Edwards, S., Tate, S. R., McQuaid, J. R., et al. (2007) Mechanisms of action in integrated cognitive-behavioral treatment versus Twelve-Step Facilitation for substance-dependent adults with comorbid major depression. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68, 663–672.
Gleeson, D., Jones, J. S., McFarlane, E., et al. (2009) Severity of alcohol dependence in decompensated alcoholic liver disease: comparison with heavy drinkers without liver disease and relationship to family drinking history. Alcohol & Alcoholism, 44, 392–397.
Goddard, E. (2006) General Household Survey 2006, Smoking and Drinking Among Adults. London: Office for National Statistics.
Goldman, D., Oroszi, G. & Ducci, F. (2005) The genetics of addictions: uncovering the genes. Nature Reviews Genetics, 6, 521–532.
Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Saha, T. D., et al. (2007) Antisocial behavioral syndromes and DSM–IV alcohol use disorders: results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 814–828.
Gordon, D. A., Graves, K. & Arbuthnot, J. (1995) The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. Criminal Justice and Behavior, 22, 60–73.
Gordon, H. W. (1986) The Cognitive Laterality Battery: tests of specialized cognitive function. International Journal of Neuroscience, 29, 223–244.
Gossop, M. (2003) Withdrawal and detoxification. In Drug Addiction and its Treatment, pp. 115–136. Oxford: Oxford University Press.
Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., et al. (2003) The national treatment outcome research study (NTORS): 4–5 year follow-up results. Addiction, 98, 291–303.
Gossop, M., Manning, V. & Ridge, G. (2006) Concurrent use of alcohol and cocaine: Differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. Alcohol & Alcoholism, 41, 121–125.
Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. British Medical Journal, 328, 1490–1497.
Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., et al. (2004a) Prevalence and cooccurrence
of substance use disorders and independent mood and anxiety
disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry, 61, 807–816.
Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., et al. (2004b) Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 61, 1107–1115.
Gregg, E., & Akhter, I. (1979) Chlormethiazole abuse. British Journal of Psychiatry, 134, 627–629.
Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., et al. (2008) A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45, 28–41.
Griffiths, R. R., & Wolf, B. (1990) Relative abuse liability of different benzodiazepeines in drug abusers. Journal of Clinicial Psychopharmacology, 10, 237–243.
Gual, A. & Lehert, P. (2001) Acamprosate during and after acute alcohol withdrawal: a double-blind placebo-controlled study in Spain. Alcohol & Alcoholism, 36, 413–418.
Gual, A., Segura, L., Contel, M., et al. (2002) AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol and Alcoholism, 37, 61–66.
Guardia, J., Caso, C., Arias, F., et al. (2002) A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol-dependence disorder: results from a multicenter clinical trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26,

1381–1387.
Guide to clinical preventive services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.
Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence. Prepared for the Australian Department of Health by Paul Haber and Benjamin Riordan
Haddad, L. B. & Coffman, T. L. (1987) A brief neuropsychological screening exam for psychiatric geriatric patients. Clinical Gerontologist, 6, 3–10.
Happell, B. & Taylor, C. (1999) Drug and alcohol education for nurses: have we examined the whole problem? Journal of Addictions Nursing, 11, 180–185.
Hardern, R. & Page, A. V. (2005) An audit of symptom triggered chlordiazepoxide treatment of alcohol withdrawal on a medical admissions unit. Emergency Medicine Journal, 22, 805–806.
Harper, C. (1979) Wernicke's encephalopathy: a more common disease than realised. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 42, 226–231.
Harper, C. G., Giles, M. & Finlay-Jones, R. (1986) Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 49, 341–345.
Harrell, A. & Wirtz, P. W. (1990) Adolescent Drinking Index. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Harrell, A. V. & Wirtz, P. W. (1985) The Adolescent Drinking Index Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Harrington, R., Kerfoot., M., & Verduyn, C. (1999) Developing needs led child and adolescent mental health services: issues and prospects. European Child & Adolescent Psychiatry, 8, 1018–8827.
Harrison, L. & Luck, H. (1997) Drinking and homelessness. In Alcohol Problems in the Community (ed. L. Harrison), pp. 53–75. London: Routledge.
Hartney, E., Orford, J., Dalton, S., et al. (2003) Untreated heavy drinkers: a qualitative and quantitative study of dependence and readiness to change. Addiction Research and Theory, 11, 317337.
Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., et al. (1996) Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. American Journal of Psychiatry, 153, 1195–1201.
Hawton, K., Bergen, H., Casey, D. et al. (2007) Self-harm in England: a tale of three cities: multicentre study of self-harm. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 513–521.
Hayashida, M., Alterman, A. I., McLellan, A. T., et al. (1989) Comparative effectiveness and costs of in-patient and out-patient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. New England Journal of Medicine, 320, 358–365.
Hays, R. D., Men, J. F. Nicholas, R. (1995) Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and IT alcohol screening measures. Behaviour Research Methods, Instruments & Computers, 27, 277–280.
Head, J., Martikainen, P., Kumari, M., et al. (2002) Work Environment, Alcohol

Consumption and Ill-Health. The Whitehall II Study. Norwich: HMSO.
Healy, D. & Nutt, D. (1998) Prescriptions, licenses and evidence. The Psychiatrist, 22, 680–684.
Heather, N. & Hönekopp, J. (2008) A revised edition of the Readiness to Change Questionnaire (treatment version). Addiction Research and Theory, 16, 421–433.
Heather, N., Luce, A., Peck, D., et al. (1999) Development of a treatment version of the Readiness to Change Questionnaire. Addiction Research, 7, 63–83.
Heather, N., Brodie, J., Wale, S., et al. (2000) A randomized controlled trial of moderation-orientated cue exposure. Journal of Studies on Alcohol, 61, 561–570.
Heather, N., Raistrick D., Tober, G., et al. (2001). Leeds Dependence Questionnaire: new data from a large sample of clinic attenders. Addiction Research & Theory, 9, 253–269.
Heather N., Adamson S. J., Raistrick D., et al. (UKATT Research Team) (2010) Initial
preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. Alcohol & Alcoholism, 45, 128–135.
Heather, N. Treatment approaches to alcohol. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
Hester, R.K. and
Miller, W.R. (Eds) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effectivec Alternatives. Elmsdorf, NY: Pergamon Press, 1989.
Hecksel, K. A., Bostwick, M., Jaeger, T. M., et al. (2008) Inappropriate use of symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal in the general hospital. Mayo Clinic Proceedings, 83, 274–279.
Heinala, P., Alho, H., Kiianma, K., et al. (2001) Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: a factorial double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Clinical Psychopharmacology, 21, 287–292.
Heinz, A. (2002) Dopaminergic dysfunction in alcoholism and schizophreniapsychopathological and behavioral correlates. European Psychiatry, 17, 9–16.
Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992) Family preservation using multisystematic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 953–961.
Henggeler, S., Pickrel, S., & Brondino, M. (1999) Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquent: outcomes, treatment fidelity and transportability. Mental Health Services Research, 1, 171–184.
Hershey, L. A., Jaffe, D. F., Greenough, P. G., et al. (1987) Validation of cognitive and functional assessment instruments in vascular dementia. International Journal of Psychiatry in Medicine, 17, 183–192.
Herz, A. (1997) Neurobiological principles of drug dependence. Exemplified by opioids and psychostimulants. Der Nervenarzt, 66, 3–14.
Hesse, M. (2004) Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders. Addictive Behaviors, 29, 1137–1141.

Hester, R. K., Squires, D. D., & Delaney, H. D. (2005) The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. Journal of Substance Abuse Treatment, 28, 159–169.
Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., et al. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002) Quantifying heterogeneity in a metaanalysis.
Statistics in Medicine, 21, 1539–1558.
Higgins, J. P. T. & Green, S. (eds) (2009) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.0.2 [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration 2009. Available from: www.cochrane-handbook.org.
Higgins, J. P. T. & Whitehead, A. (1996) Borrowing strength from external trials in a meta-analysis. Statistics in Medicine, 15, 2733–2749.
Hingson, R. & Zha, W. (2009) Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. Pediatrics, 123, 1477–1484.
Hingson, R., Heeren, T. & Winter, M. (2006) Age of alcohol-dependence onset: associations with severity of dependence and seeking treatment. Pediatrics, 118, e755-e763.
HMSO (2004) The Children Act 2004. London: The Stationary Office. Available at: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents [Accessed April 2011].
Hodgson, R. J. & Rankin, H. J. (1976) Modification of excessive drinking by cue exposure. Behaviour Research and Therapy, 14, 305–307.
Hoffmann, N. G. & Harrison, P. A. (1995) SUDDS-IV: Substance Use Disorder Diagnostic Schedule-IV. St Paul, MN: New Standards, Inc.
Hoffman, P. L. & Tabakoff, B. (1996) Alcohol dependence: a commentary on mechanisms. Alcohol & Alcoholism, 31, 333–340.
Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., et al. (2000) Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. Addiction, 95, 999–1013.
Hollis, V. (2007) Reconviction Analysis of Programme Data using Interim Accredited
Programmes Software (IAPS). London: RDS/NOMS.
Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbarch, A., et al. (1988) Development of a System for Rating Therapies for Depression: Differentiating Cognitive Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Clinical Management. Unpublished manuscript. Nashville, TN: Vanderbilt University.
Horder, J. M. (1978) Fatal chlormethiazole poisoning in chronic alcoholics. British Medical Journal, 1, 693–694.
Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 38, 139–149.

Huang, M. C, Chen, C. H., Yu, J. M., et al. (2005) A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol dependence in Taiwan. Addiction Biology, 10, 289–292.
Hughes, J. R. (1995) Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Policy. NIAAA Research Monograph vol. 30 (eds J. Fertig & R. Fuller), pp. 171–181. Washington, DC: US Government Printing Office.
Hughes, J. T. & Kalman, D. (2006) Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? Drug and Alcohol Dependence, 82, 91–102.
Hunt, G. M., & Azrin, N. H. (1973) A community reinforcement approach to alcoholism. Behavior Research and Therapy, 11, 91–104.
Hunt, W. A., Barnett, L. W. & Branch, L. G. (1971) Relapse rates in addiction programs. Journal of Clinical Psychology, 27, 445–456.
Hyams, G., Cartwright, A., Spratley, T., et al. (1996) Engagement in alcohol treatment: the client's experience of, and satisfaction with, the assessment interview. Addiction Research & Theory, 4, 105–123.
Ilgen, M., Tiet, Q., Finney, J., et al. (2006) Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 67, 465–468.
Institute of Medicine (1988) Homelessness, Health, and Human Needs. Washington, DC: National Academy Press.
Institute of Medicine (2003) Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Washington, DC: National Academy Press.
Iype, T., Ajitha, B. K., Antony, P., et al. (2006). Usefulness of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale in South India. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 77, 513–514.
Jacobs, J. W., Bernhard, M. R., Delgado, A., et al. (1977). Screening for organic mental syndromes in the medically ill. Annals of Internal Medicine, 86, 40–46.
Jacobson, R. R., Acker, C. F. & Lishman, W. A. (1990) Patterns of neuropsychological
deficit in alcoholic Korsakoff's syndrome. Psychological Medicine, 20, 321-334.
Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., et al. (1996) Assessing the quality of reports of randomised clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clinical Trials, 17, 1–12.
Jaeger, T. M., Lohr, R. H. & Pankratz, V. S. (2001) Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. Mayo Clinic Proceedings, 76, 695–701.
Jensen, P., Roper, M., Fisher, P., et al. (1995) Test-retest reliability of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1), parent, child, and combined algorithms. Archives of General Psychiatry, 52, 61–71.
Jethwa, H. (2009) Social and psychological aspects of alcohol misuse and dependence. Drugs and Alcohol Today, 9, 2935.
John, U., Veltrup, C., Driessen, M., et al. (2003) Motivational intervention: an

individual counselling vs. a group treatment approach for alcohol-dependent inpatients.
Alcohol and Alcoholism, 38, 263–269.
Johnson, B. A. (2008) Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. Biochemical Pharmacology, 75, 34–56.
Johnson, B. A., Roache, J. D., Javors, M. A., et al. (2000) Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association, 284, 963–971.
Johnson, B. A., Ait-Daoud, N., Bowden, C. L., et al. (2003) Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. The Lancet, 361, 1677–1685.
Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J. A., et al. (2007) Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association, 298, 1641–1651.
Jolliffe, N., Wortis, H., & Fein, H. D. (1941) The Wernicke syndrome. Archives of Neurology and Psychiatry, 46, 569–597.
Jones, L., Bellis, M. A., Dedman, D., et al. (2008) Alcohol Attributable Fractions for England: Alcohol Attributable Mortality and Hospital Admissions. Liverpool: North West Public Health Observatory.
Jordan, J. B. (2006) Acupuncture treatment for opiate addiction: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 30, 309–314.
Joseph, A. M., Willenbring, M. L., Nudent, S. M., et al. (2004) A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. Journal of Studies on Alcohol, 65, 681–691.
Joyce, E. M. (1994) Aetiology of alcoholic brain damage: alcoholic neurotoxicity or thiamine malnutrition? British Medical Bulletin, 50, 99–114.
Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H., et al. (1989) Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: post treatment results. Journal of Consultant & Clinical Psychology, 57, 698–704.
Kadden, R., Carroll, K. M., Donovan, D., et al. (1992) Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. NIAAA Project MATCH Monograph, Vol. 3. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.
Kahan, M., Borgundvaag, B., Midmer, D., et al. (2005) Treatment variability and outcome differences in the emergency department management of alcohol withdrawal. Canadian Journal of Emergency Medicine, 7, 87–92.
Kahler, C. W., Read, J. P., Stuart, G. L., et al. (2004) Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 736–741.
Kalant, H. (1996) Current state of knowledge about the mechanisms of alcohol tolerance. Addiction Biology, 1, 133–141.
Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005) The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. American Journal of Psychiatry, 162, 1403–1413.

Källmén, H., Sjöberg, L. & Wennberg, P. (2003) The effect of coping skills training on alcohol consumption in heavy social drinking. Substance Use & Misuse, 38, 895–903.
Kalman, D., Hayes, K., Colby, S. M., et al. (2001) Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery: a pilot study. Journal of Substance Abuse Treatment, 20, 233–238.
Kalman, D., Kima, S., DiGirolamoc, G., et al. (2010) Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. Clinical Psychology Review, 30, 12–24.
Kaminer, Y., & Burleson, J. A. (1999) Psychotherapies for adolescent substance abusers:
15-month follow-up of a pilot study. American Journal on Addictions, 8, 114–119.
Kaminer, Y., Burkstein, O. G. & Tarter, R. E. (1991) The Teen Addiction Severity Index:
rationale and reliability. The International Journal of the Addictions, 26, 219–226.
Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., et al. (1993) Validation of the Teen Addiction
Severity Index (T-ASI): preliminary findings. American Journal on Addictions, 2, 250–254.
Kaminer, Y., Burleson, J., Blitz, C., et al. (1998) Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. Journal of Nervous and Mental Disease, 186, 684–690.
Kaminer, Y., Burleson, J. & Goldberger, R. (2002) Cognitive behaviour coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. Journal of Nervous and Mental Disease, 190, 737–745.
Kaminer, Y., Burleson, J. A. & Burker, R. H. (2008) The efficacy of aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomised controlled study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47, 1405–1412.
Kampman, K. M., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., et al. (2009) Initiating acamprosate within-detoxification versus post-detoxification in the treatment of alcohol dependence. Addictive Behaviors, 34, 581–586.
Kandel, D., Chen, K., Warner, L. A., et al. (1997) Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. Drug and Alcohol Dependence, 44, 11–29.
Kaner, E. F. S. & Masterson, B. (1996) The role of general practitioners in treating alcohol
dependent patients in the community. Journal of Substance Misuse, 1, 132 136.
Kaner, E., Rapley, T. & May, C. (2006) exploration of GPs' drinking and their alcohol
intervention practices. Family Practice, 23, 481487.
Kao, A. H., Lu, L. Y. (1974) Acupuncture procedure for treating drug addiction. American Journal of Acupuncture, 2, 201–207.
Karhuvaara, S., Simojoki, K., Virta, A., et al. (2007) Targeted nalmefene with simple

medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized doubleblind placebo-controlled multicenter study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 1179–1187.
Karno, M. P. & Longabaugh, R. (2007) Does matching matter? Examining matches and mismatches between patients attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. Addiction, 102, 587–596.
Kaskutas, L. A., Ammon, L. N., Witbrodt, J., et al. (2005) Understanding results from randomized trials: use of program- and client-level data to study medical and nonmedical treatment programs. Journal of Studies on Alcohol, 66, 682–687.
Kaskutas, L. A., Bond, J. & Humphreys, K. (2002) Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. Addiction, 97, 891–900.
Katzman, R., Zhang, M. Y., Ouang-Ya-Qu, Wang, Z. Y., et al. (1988). A Chinese version of the Mini-Mental State Examination; impact of illiteracy in a Shanghai dementia survey. Journal of Clinical Epidemiology, 41, 971–978.
Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., et al. (2006) Addition of cue exposure to cognitive-behavior therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. Addiction, 101, 1106–1116.
Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000) Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science & Practice, 7, 189–202.
Kelly, J. F. & Moos, R. H. (2003) Dropout from 12-step self-help groups: prevalence, predictors and counteracting treatment influences. Journal of Substance Abuse Treatment, 24, 241–250.
Kelly, J. F., Magill, M., Slaymaker, V., et al. (2010) Psychometric validiation of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) in a young adult clinical sample. Addictive Behaviours, 35, 331–336.
Keso, L. & Salaspuro, M. (1990) Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-Type and traditional treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 14, 584–589.
Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., et al. (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. The American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17–31.
Kiefer, F., Helwig, H., Tarnaske, T., et al. (2005) Pharmacological relapse prevention of alcoholism: clinical predictors of outcome, European Addiction Research, 11, 83–91.
Kiefer, F., Jahn, H., Tarnaske, T., et al. (2003) Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 60, 92–99.
Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al. (2006) The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. British Medical Journal, 332, 15–20.
Killeen, T. K., Brady, K. T., Gold, P. B., et al. (2004) Effectiveness of naltrexone in a community treatment program. Alcoholism: Clinical and Experimental Research,

28, 1710–1717.
Kim, H., Ramsay, E., Hyewon Lee, H., et al. (2009) Genome-wide association study of acute post-surgical pain in humans. Pharmacogenomics, 10, 171–179.
Kingdon, D., Tyrer, P., Seivewright, N., et al. (1996) The Nottingham study of neurotic disorder: influence of cognitive therapists on outcome. British Journal of Psychiatry, 169, 93–97.
Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., et al. (1999) Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. Drug and Alcohol Dependence, 56, 85–96.
Kissin, B., Platz, A. & Su, W. H. (1970) Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. Journal of Psychiatric Research, 8, 13–27.
Kleber, H. D. (1985) Naltrexone. Journal of Substance Abuse Treatment, 2, 117–122.
Knapp, G. & Hartung, J. (2003) Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate. Statistics in Medicine, 22, 2693–2710.
Kodl, M., Fu, S. S., & Joseph, A. M. (2006) Tobacco cessation treatment for alcoholdependent
smokers: when is the best time? Alcohol Health Research, 29, 203–207.
Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2010) Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology, 35, 217–238.
Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I., et al. (2009). The Korsakoff syndrome: Clinical aspects, psychology and treatment. Alcohol & Alcoholism, 44, 148–154.
Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Hunt, M., et al. (2003) Substance use in the general hospital. Addictive Behaviours, 28, 483–499.
Kranzler, H., Abu-Hasaballah, K., Tennen, H., et al. (2004) Using daily interactive voice response technology to measure drinking and related behaviors in a pharmacotherapy study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28, 1060–1064.
Kranzler, H., Tennen, H., Armeli, S., et al. (2009) Targeted naltrexone for problem drinkers. Journal of Clinical Psychopharmacology, 29, 350–357.
Kranzler, H. R., Burleson, J. A., Brown, J., et al. (1996). Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effect of cognitive-behavioural therapy in type B alcoholics. Alcoholism: Clincial and Experimental Research, 20, 1534–1541.
Kranzler, H. R., Modesto-Lowe, V. & Van Kirk, J. (2000) Naltrexone vs nefazodone for treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled trial. Neuropsychopharmacology, 22, 493–503.
Kranzler, H. R., Armeli, S., Tennen, H., et al. (2003) Targeted naltrexone for early problem drinkers. Journal of Clinical Psychopharmacology, 23, 294–304.
Kraemer, K. L., Mayo-Smith, M. F. & Calkins, D. R. (1997) Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. Archives of Internal Medicine, 157, 2234-2241.
Kraemer, K. L., Roberts, M. S., Nicholas, H. J., et al. (2005) Health utility ratings for

a spectrum of alcohol-related health states. Medical Care, 43, 541.
Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., et al.(2004) Achieving competency in psychological assessment: directions for education and training. Journal of Clinical Psychology, 60, 725–739.
Kristenson, H. (1995) How to get the best out of Antabuse. Alcohol and Alcoholism, 30, 775–783.
Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., et al. (2009) Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63, 82–87.
Krupski, A., Campbell, K., Joesch, J. M., et al. (2009) Impact of access to recovery services on alcohol/drug treatment outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment, 37, 435–442.
Krystal, A. D., Thakur, M. & Roth, T. (2008) Sleep disturbance in psychiatric disorders: effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. Annals of Clinical Psychiatry, 20, 39–46.
Krystal, J. H., D'Souza, D. C., Petrakis, I. L., et al. (1999) NDMA agonists and antagonists as probes of glutamatergic dysfunction and pharmacotherapies in neuropsychiatric disorders. Harvard Review of Psychiatry, 7, 125–143.
Krystal, J. H., Petrakis, I. L., Mason, G., et al. (2003) N-methyl-D-aspartate glutamate receptors and alcoholism: reward, dependence, treatment, and vulnerability. Pharmacology & Therapeutics, 99, 79–94.
Krystal, J. H., Cramer, J. A., Krol, W. F., et al. (2001) Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. The New England Journal of Medicine, 345, 1734–1739.
Krystal, J. H., Staley, J., Mason, G., et al. (2006) Gamma-aminobutyric acid type A receptors and alcoholism: intoxication, dependence, vulnerability, and treatment. Archives of General Psychiatry, 63, 957–968.
Kunz, S., Schulz, M., Lewitzky, M., et al. (2007) Ear acupuncture for alcohol withdrawal in comparison with aromatherapy: a randomized controlled trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 436–442.
Kushner, M. G., Sher, K. J. & Beitman, B. D. (1990) The relation between alcohol problems and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 147, 685–695.
Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009) Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. Psychotherapy & Psychosomatics, 78, 42–48.
Laaksonen, E., Koski-Jannes, A., Salapuro, M., et al. (2008) A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. Alcohol and Alcoholism, 43, 53–61.
Ladewig, D., Knecht, T., Leher, P. et al. (1993) Acamprosate — a stabilizing factor in
the long-term treatment of alcoholics. Therapeutische Umschau, 50, 182–188.
Lam, W. K. K., Fals-Stewart, W. & Kelley, M. L. (2009) Parent training with

behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: Effects on substance use, parental relationship, parenting and CPS involvement. Child Maltreatment, 14, 243–254.
Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., et al. (2002) Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 91–103.
Landmark, C. J. (2007) Targets for antiepileptic drugs in the synapse. Medical Science Monitor: International medical of Experimental and Clinical Research, 13, RA1–RA7.
Lange-Asschenfeldt, C., Muller, M. J., Szegedi, A., et al. (2003) Symptom-triggered versus 16 standard chlormethiazole treatment of inpatient alcohol withdrawal: clinical 17 implications from a chart analysis. European Addiction Research, 9, 1–7.
Lapham, S., Forman, R., Alexander, M., et al. (2009) The effects of extended-release naltrexone on holiday drinking in alcohol-dependent patients. Journal of Substance Abuse Treatment, 36, 1–6.
Larner, A. J. (2007) Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in dayto-
day clinical practice. Age and Ageing, 36, 685–686.
Latendresse, S. J., Rose, R. J., Viken, R. J., et al. (2010) Examining the etiology of associations between perceived parenting and adolescents' alcohol use: common genetic and/or environmental liabilities? Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71, 13–25.
Latt, N. C., Jurd, S., Houseman, J., et al. (2002) Naltrexone in alcohol dependence: a randomised controlled trial of effectiveness in a standard clinical setting. Medical Journal of Australia, 176, 530–534.
Lawford, B. R., Young, R. M., Rowell, J. A., et al. (1995) Bromocriptine in the treatment of alcoholics with the D2 dopamine receptor A1 allele. Nature Medicine, 1, 337–341.
Lechtenberg, R. & Worner, T. M. (1990) Seizure risk with recurrent alcohol detoxification. Archives of Neurology, 47, 535–538.
Lee, A, Tan, S., Lim, D., et al. (2001) Naltrexone in the treatment of male alcoholics - an effectiveness study in Singapore. Drug and Alcohol Review, 20, 193–199.
Leeman, R. F., Palmer, R. S., Corbin, W. R., et al. (2008) A pilot study of naltrexone and BASICS for heavy drinking young adults. Addicitive Behaviors, 33, 1048–1054.
Leggio, L., Garbutt, J. C. & Addolorato, G. (2010) Effectiveness and safety of baclofen in the treatment of alcohol dependent patients. CNS & Neurological Disorders Drug Trials, 9, 33–34.
Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 61, 1208–1216.
Leigh, G., Hodgins, D. C., Milne, R., et al. (1999) Volunteer assistance in the treatment of chronic alcoholism. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25, 543–559.

Lennings, C. J. (1999) An evalustaion of the Leeds Dependence Questionnaire. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 8, 73–87.
Leon, D. A. & McCambridge, J. (2006) Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. Lancet, 367, 52–56.
Leontaridi, R. (2003) Alcohol Misuse: How Much Does it Cost? London: Cabinet Office.
Lesch, O. & Walter, H. (1996) Subtypes of alcoholism and their role in therapy. Alcohol & Alcoholism, 31, 63–67.
Leung, A. (1977) Acupuncture treatment of withdrawal symptoms. American Journal of Acupuncture, 5, 43.
Lezak, M. D. (1995) Neuropsychological Assessment (3rd edn). London: Oxford University Press.
Liddel, J., Williamson, M., & Irwig, L. (1996) Method for Evaluating Research and Guideline Evidence. Sydney: New South Wales Health Department.
Liddle, H. A. (1992) A multidimensional model for treating the adolescent drug abuser.
In Empowering Families, Helping Adolescents: Family-Centered Treatment of Adolescents with Mental Health and Substance Abuse Problems (eds W. Snyder & T. Ooms), pp. 91–100. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
Ling, W., Weiss, D. G., Charuvastra, C., et al. (1983) Use of disulfiram for alcoholics in methadone maintenance programs. Archives of General Psychiatry, 40, 851–854.
Lishman, W. A. (1998) Wernicke's Encephalopathy. Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorder (3rd edn). Oxford, Blackwell Science.
Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., et al. (2003) Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioural and interactional group therapy for alcoholism. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 118–128.
Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., et al. (2007) Changing network support drinking: initial findings from the network support projects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77, 229–242.
Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., et al. (2009) Changing network support drinking: network support project 2-year follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 542–555.
Littleton, J. (2000) Can craving be modeled in animals? The relapse prevention perspective. Addiction, 95, 83–90.
Liu, H. C., Teng, E. L., Lin, K. N., et al. (1994) Performance on a dementia screening test in relation to demographic variables. Study of 5297 community residents in Taiwan. Archives of Neurology, 51, 910–915.
Lock, C. A. (2004) Alcohol and brief intervention in primary health care: what do patients think? Primary Health Care Research and Development, 5, 162178.
Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S., et al. (2002) A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. Journal of Advanced Nursing, 39, 333342.
Loeber, S., Duka, T., Welzel, H., et al. (2009) Impairment of cognitive abilities and

decision making after chronic use of alcohol: the impact of multiple detoxifications. Alcohol & Alcoholism, 44, 372–381.
Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., et al. (1983) Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs. inpatient settings. Journal of Studies on Alcohol, 44, 1049–1071.
Longabaugh, R., Mattson., M. E., Connors, G. J., et al. (1994) Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. Journal of Studies on Alcohol, (Suppl. 12), 119–129.
Lozano Polo, J. L., Guiérrez, M. E., Martínez, P. V., et al. (1997) Effect of methadone or naltrexone on the course of transaminases in parenteral drug users with hepatitis C virus infection. Revista Clinica Espanola, 197, 479–483.
Lu, G. & Ades, A. E. (2004) Combination of direct and indirect evidence in mixed treatment comparisons. Statistics in Medicine, 23, 3105–3124.
Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., et al. (1985) Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602–611.
Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 32, 995–1008.
Lucey, M. R., Silverman, B. L., Illeperuma, A., et al. (2008) Hepatic safety of oncemonthly injectable extended-release naltrexone administered to actively drinking alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32, 498–504.
Lunn, D. J., Thomas, A., Best, N., et al. (2000) WinBUGS – a Bayesian modelling framework: concepts, structure, and extensibility. Statistics and Computing, 10, 325–337.
Luxenberg, J. S. & Feigenbaum, L. Z. (1986) Cognitive impairment on a rehabilitation service. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 67, 796–798.
Luykx, H. J., Dorresteijn, L. D., Haffmans, P. M., et al. (2008) Rivastigmine in Wernicke-Korsakoff's syndrome: Five patients with rivastigmine showed no more improvement than five patients without rivastigmine. Alcohol and Alcoholism, 43, 70–72.
Macdonald, J., Cartwright, A. & Brown, G. (2007) A quantitative and qualitative exploration of client-therapist interaction and engagement in treatment in an alcohol service. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80, 247–268.
Maisto, S. A., McKay, J. R. & Tiffany, S. T. (2003) Diagnosis. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/maisto.pdf [Accessed 23 March 2010].
Majumdar, S. K. (1990) Chlormethiazole: current status in the treatment of the acute

ethanol withdrawal syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 27, 201–207.
Malcolm, R., Olive, M. F. & Lechner, W. (2008) The safety of disulfiram for the treatment of alcohol and cocaine dependence in randomized clinical trials: guidance for clinical practice. Expert Opinion on Drug Safety, 7, 459–472.
Malec, T. S., Malec, E. A. & Dongier, M. (2007) Efficacy of buspirone in alcohol dependence: a review: Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20, 853–858.
Mann, T. (1996) Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care within the NHS. London: NHS Executive.
Mann, K. (2004) Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. CNS & Neurological Disorders Drug Trials, 18, 485–504.
Manikant, S., Tripathi, B. M., Chavan, B. S. (1993) Loading dose diazepam therapy for alcohol 35 withdrawal state. Indian Journal of Medical Research, 98, 170–173.
Mark, T. L., Kranzler, H. R., Poole, V. H., et al. (2003) Barriers to the use of medications to treat alcoholism. American Journal of Addiction, 12, 281–294.
Mark, T. L., Kassed, C. A., Vandivort-Warren, R., et al. (2009) Alcohol and opioid dependence medications: prescription trends, overall and by physician specialty. Drug and Alcohol Dependence, 99, 345–349.
Markou, A., & Koob, G. F. (1991) Postcocaine anhedonia: an animal model of cocaine withdrawal. Neuropsychopharmaoclogy, 4, 17–26.
Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (eds) (1985) Relapse Prevention: Maintenance Strategies
in the Treatment of Addiction Behaviors. New York, NY: The Guilford Press.
Marmot, M., et al. (2010) Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review.
Marques, A. C. P. R. & Formigoni, M. L. O. S. (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. Addiction, 96, 835–846.
Marsden, J., Gossop, G., Stewart, D., et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessment treatment outcome. Addiction, 93, 1857–1867.
Marsden, J., Farrell, M., Bradbury, C., et al. (2007) The Treatment Outcomes Profile (TOP): A Structured Interview for the Evaluation of Substance Misuse Treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
Marshall, E. J., Edwards, G. & Taylor, C. (1994) Mortality in men with drinking problems: a 20-year follow-up. Addiction, 89, 1293–1298.
Marshall, M. & Lockwood, A. (2004) Early intervention for psychosis. Cochrane Database Systematic Review, CD004718.
Martin, C., Kaczynski, N., Maisto, S., et al. (1995a) Patterns of DSM–IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 56, 672–680.
Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68, 438–450.

Martin, P. R., Adinoff, B., Lane, E., et al. (1995b) Fluvoxamine treatment of alcoholic
amnestic disorder. European Neuropsychopharmacology, 5, 27–33.
Martinez-Raga, J., Marshall, E. J., Keaney, F., et al. (2002) Unplanned versus planned
discharges from inpatient alcohol detoxification: retrospective analysis of 270
first-episode admissions. Alcohol and Alcoholism, 37, 277–281.
Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., et al. (2008) Efficacy and safety of
pregabalin in alcohol dependence. Advances in Therapy, 25, 608–618.
Martinotti, G., Di Nicola, M., Di Giannantonio, M., et al. (2009) Aripiprazole in the
treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial
vs. naltrexone. Journal of Psychopharmacology, 23, 123–129.
Mason, B. J. & Lehert, P. (2010) The effects of current subsyndromal psychiatric
symptoms or past psychopathology on alcohol dependence treatment
outcomes and acamprosate efficacy. The American Journal on Addictions, 19,
147–154.
Mason, B. J., Goodman, A. M., Dixon, R. M., et al. (2002) A pharmacokinetic and
pharmacodynamic drug interaction study of acamprosate and naltrexone.
Neuropsychopharmacology, 27, 596–606.
Mason, B. J., Goodman, A. M., Chabac, S., et al. (2006) Effect of oral acamprosate
on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebocontrolled
trial: the role of patient motivation. Journal of Psychiatric Research,
40, 383–393.
Mason, B. J., Light, J. M., Williams, L. D., et al. (2009) Proof-of-concept human
laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of
gabapentin. Addiction Biology, 14, 73–83.
Mason, B. J., Salvato, F. R., Williams, L. D., et al. (1999) A double-blind, placebocontrolled
study of oral nalmefene for alcohol dependence. Archives of General
Psychiatry, 56, 719–724.
Mathuranath P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., et al. (2000). A brief cognitive test
battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia.
Neurology, 55, 1613–1620.
Mattick, R. P. & Hall, W. (1996) Are detoxification programmes effective? The
Lancet, 347, 97–100.
Mattson, M. E., Allen, J. P., Longabaugh, R., et al. (1994) A chronological review of
empirical studies matching alcoholic clients to treatment. Journal of Studies on
Alcohol Supplement, 12, 16-29.
Mayer, J. & Filstead, W. J. (1979) The Adolescent Alcohol Involvement Scale: an
instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. Journal of
Studies on Alcohol, 40, 291–300.
Mayo-Smith, M. F. (1997) Pharmacological management of alcohol withdrawal. A
meta-analysis and evidence-based practice guideline. Journal of American

Medical Association, 278, 144–151.
Mayo-Smith, M. F., Beecher, L. H., Fischer, T. L., et al. (2004) Management of alcohol withdrawal delirium. Archives of Internal Medicine, 164, 1405–1412.
McArdle, P. (2008) Alcohol abuse in adolescents. Archives of Disease in Childhood, 93, 524–527.
McCambridge, J. & Day, M. (2008) Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on selfreported
hazardous drinking. Addiction, 103, 241–248.
McCance-Katz, E. F., Price, L. H., McDougle, C. J., et al. (1993) Concurrent cocaineethanol
ingestion in humans: pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene. Psychophramacology, 111, 39–46.
McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N., et al. (2004) Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. British Journal of Psychiatry, 184, 439–445.
McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., et al. (2009) A randomized trial of individual and couple behavioural alcohol treatment for women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77, 243–256.
McCulloch, A., & McMurran, M. (2008) Evaluation of a treatment programme for alcohol-related aggression. Criminal Behaviour and Mental Health, 18, 224–231.
McGrew, J. G. & Bond, G. R. (1995) Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. The Journal of Behavioral Health Services and Research, 22, 113–125.
McGrew, J. G., Bond, G. R., Dietzen, L., et al. (1994) Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 670–678.
McInnes, G. T. (1987) Chlormethiazole and alcohol: a lethal cocktail. British Medical Journal (Clinical Research Edition), 294, 592.
McInnes, G. T., Young, R. E. & Avery, B. S. (1980) Cardiac arrest following chlormethiazole infusion in chronic alcoholics. Postgraduate Medical journal, 56, 742–743.
McKay, J., Alterman, A., McLellan, A., et al. (1995) Effect of random versus nonrandom
assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 70–78.
McKinley, M. G. (2005) Alcohol withdrawal syndrome: overlooked and mismanaged? Critical Care Nurse, 25, 40–49.
McLachlan, J. F. C. & Stein, R. L. (1982) Evaluation of a day clinic for alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 43, 261–272.
McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G., et al. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26–33.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G., et al. (1983) Predicting response to alcohol
and drug abuse. Medicine, 15, 1005–1012.
McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levin, M., et al. (1999) Does clinical case management
improve outpatient addiction treatment. Drug and Alcohol Dependence, 55,
91–103.
McLellan, A. T. & Alterman, A. I. (1991) Patient treatment matching: a conceptual and methodological review with suggestions for future research. NIDA Research Monograph, 106, 114–135.
McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., et al. (1997) Problem-service "matching" in addiction treatment. Archives of General Psychiatry, 54, 730–735.
McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., et al. (2009) Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey. Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care.
Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M., et al. (2001) ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition – Revised (ASAM PPC-2R). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc.
Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., et al. (1996) Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. British Journal of Psychiatry, 168 (Suppl. 30), 58–67.
McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. Alcohol Screening and Brief Intervention. Project NEADA, University of Connecticut, School of Nursing, 1992. Ordering infor- mation may be obtained from: the U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: www.health.org or call 1-800-729-6686.
Merrill, J., Milner, G., Owens, J., et al. (1992) Alcohol and attempted suicide. British Journal of Addiction, 87, 83–89.
Meyers, R. J. & Miller, W. R. (eds). (2001) A Community Reinforcement Approach to
Addiction Treatment. Cambridge: Cambridge University Press.
Meyers, K., McLellan, A. T., Jaeger, J. L., et al. (1995) The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): an interview for assessing the multiple problems of adolescents. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 181–193.
Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., et al. (2002) A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1182–1185.
Microsoft (2007) Microsoft Excel [computer software]. Redmond, Washington: Microsoft.
Miller, D. K. & Homan, S. M. (1994) Determining transition probabilities: confusion and suggestions. Medical Decision Making, 14, 52–58.

Miller, W., Benefield, G. & Tonigan, S. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 455–461.
Miller, W. R. (1996) Motivational interviewing: research, practice and puzzles. Addictive Behaviours, 21, 835–842.
Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986) Inpatient alcoholism treatment. Who benefits? American Psychologist, 41, 794–805.
Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1987). Manual Supplement for the Brief Drinker Profile, Follow-up Drinker Profile, and Collateral Interview Form. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Miller, W. R. & Mun´oz, R. (1976) How to Control Your Drinking. Englewood Cliffs,
NJ: Prentice-Hall.
Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing: Preparing People for Change, (2nd edn). New York, NY: Guilford Press.
Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1996) Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10, 81–89.
Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction, 97, 265–277.
Miller, W.R. Enchancing motivation for change in substance abuse treatment. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD, 1999.
National Institute
on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Training Physicians in Techniques for Alcohol Screening and Brief Intervention. National Instititues of Health:
Bethesda, MD 1997.
Miller, W. R., Zweben, A., Diclemente, C. C., et al. (1992) Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995) The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse. Project MATCH Monograph Series, Vol. 4. DHHS Publication No. 95-3911. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Mills, E. J., Wu, P., Gagnier, J., et al. (2005) Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. Harm Reduction Journal, 2, 4.
Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., et al. (2006) The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 1078–1085.
Mohatt, G., Rasmus, S., Thomas, L., et al. (2007) Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse for Alaska natives. Addiction, 103, 205215.
Moncrieff, J., Drummond, D. C., Candy, B., et al. (1996) Sexual abuse in people with alcohol problems: a study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to

drinking behaviour. British Journal of Psychiatry, 169, 355–360.
Monteforte, R., Estruch Valls-Solé, J., Nicolás, J., et al. (1995). Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism: a dose-related toxic effect of alcohol. Archives of Neurology, 52, 45 51.
Monterosso, J. R., Flannery, B. A., Pettinati, H. M., et al. (2001) Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history. American Journal on Addictions, 10, 258–268.
Monti, P., Colby, S., Barnett, N. P., et al. (1999) Brief interventions for harm reduction with alcohol–positive older adolescents in a hospital emergency department. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 989–994.
Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., et al. (1990) Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 51, 263–270.
Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., et al. (1993) Cue exposure with coping skills treatment for alcoholics: a preliminary investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 1011–1019.
Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., et al. (2001) Naltrexone and cue exposure with coping skills training for alcoholics: Treatment process and 1-year outcomes. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 25, 1634–1647.
Moos, R. H., Moos, B. S. & Andrassy, J. M. (1999) Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders. Psychiatric Services, 50, 1577–1583.
Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J., et al. (2001). Outpatient mental health care, selfhelp groups, and patients' one-year treatment outcomes. Journal of Clinical Psychology, 57, 273–287.
Morgan, M. Y. & Ritson, E. B. (2009) Alcohol and Health (5th edn). London: The Medical Council on Alcohol.
Morgenstern, J., Bux, D. A., Labouvie, E., et al. (2003) Examining mechanisms of action in 12-step community outpatient treatment. Drug and Alcohol Dependence, 72, 237–247.
Morgenstern, J., Irwin, T. W., Wainberg, M. L., et al. (2007) A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 72–84.
Moriarty, K., Cassidy, P., Dalton, D., et al. (2010) Alcohol-related disease. meeting the challenge of improved quality of care and better use of resources. A joint position paper on behalf of the British Society of Gastroenterology, Alcohol Health Alliance UK and the British Association for the Study of the Liver. Paper 9 C, 31 March. London: British Society of Gastroenterology.
Morjaria, A. & Orford, J. (2002) The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualititative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. Addiction Research & Theory, 10, 225–256.

Morley, K. C., Teesson, M., Reid, S. C., et al. (2006) Naltrexone versus acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Addiction, 101, 1451–1462.
Morris, P. L. P., Hopwood, M., Whelan, G., et al. (2001) Naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. Addiction, 96, 1565–1573.
Mortimer, D. & Segal, L. (2005) Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: Cost per QALY estimates. Alcohol & Alcoholism, 40, 549–555.
Mosher, V., Davis, J., Mulligan, D., et al. (1975) Comparison of outcome in a 9-day and 30-day alcoholism treatment program. Journal of Studies on Alcohol, 36, 1277–1281.
Moyer, A., Finney, J. W., Elworth, J. T., et al. (2000) Can methodological features account for patient-treatment matching findings in the alcohol field? Journal of Studies on Alcohol & Drugs, 62, 62–73.
Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., et al. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatmentseeking
and non-treatment-seeking populations. Addiction, 97, 279–292.
Mueller, T. I., Pagano, M. E., Rodriguez, B. F., et al. (2005) Long-term use of benzodiazepines in participants with comorbid anxiety and alcohol use disorders. Alcohol: Clinical & Experimental Research, 29, 1411–1418.
Murphy, C. M., Winters, J., O'Farrell, T. J., et al. (2005). Alcohol consumption and intimate partner violence by alcoholic men: comparing violent and non violent conflicts. Psychology of Addictive Behaviours, 19, 35–42.
Murray, B. L. (1998) Perceptions of adolescents living with parental alcoholism. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5, 525–534.
Naik, P. & Lawton, J. (1996) Assessment and management of individuals under the influence of alcohol is police custody. Journal of Clinical Forensic Medicine, 3, 37–44.
Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. Addiction, 89, 679–688.
Namkoong, K., Lee, B., Lee, P., et al. (2003) Acamprosate in Korean alcoholdependent
patients: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled
study. Alcohol and Alcoholism, 38, 135–141.
Naranjo, C. A., Dongier, M. & Bremner, K. E. (1997) Long-acting injectable bromocriptine does not reduce relapse in alcoholics. Addiction, 92, 969–978.
National Audit Office (2008) Reducing Alcohol Harm: Health Services in England for Alcohol Misuse. London: National Audit Office.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1991) Estimating the Economic Cost of Alcohol Abuse. No. 11 PH 293. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa11.htm [accessed May 2010].

National Treatment Agency (2009a) National Alcohol Treatment Monitoring System. Available from: http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Latest/Resource/?cid 5120 [accessed 7 January 2010].
National Treatment Agency (2009b) Residential Drug Treatment Services: A Summary of Good Practice. London: National Treatment Agency.
National Treatment Agency and Department of Health (2010) Statistics from the National Alcohol Treatment Monitoring System (NATMS) 1st April 2008 – 31st March 2009. London: Department of Health.
National Treatment Agency for Substance Misuse (2002) Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Promoting Quality, Efficiency and Effectiveness in Drug Misuse Treatment Services in England. Part 2: Full Reference Report. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers. London: National Treatment Agency.
National Treatment Agency for Substance Misuse (2007) Drug Misuse and Dependence: Guidelines on Clinical Management. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) Treatment Outcomes Profile
(TOP). The Protocol for Reporting TOP: a Keyworkers Guide. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
NCCMH (2005) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Leicester & London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
NCCMH (2008) Drug Misuse: Psychosocial Interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51. Leicester & London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
NCCMH (2009) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. Leicester & London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
Nelson, A., Fogel, B. S. & Faust, D. (1986) Bedside cognitive screening instruments. A critical assessment. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 73–83.
Nelson-Zlupko, L., Morrison-Dore, M. & Kauffman, E. (1996) Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. Journal of Substance Abuse Treatment, 13, 51–59.
NHS Employers (2008) Clinical Directed Enhanced Services (DES) Guidance for GMS Contract 2008/09: Delivering Investment in General Practice. London: NHS Employers. Available from: http://www.alcoholpolicy.net/files/clinical_directed_enhanced_services.pdf [accessed May 2010].
NHS Information Centre & National Statistics (2009) Statistics on Drug Misuse: England 2009. London: The Health and Social Care Information Centre. Available from: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/drugmisuse09/

Statistics_on_Drug_Misuse_England_2009_revised.pdf [accessed 4 February 2011].
Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., et al. (1988) The relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. Journal of Abnormal Psychology, 97, 133–152.
NICE (2004) Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care. Clinical Guideline 22. London: NICE.
NICE (2006a) Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Body Dysmorphic Disorder (BDD): Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Clinical Guideline 31. London: National Institute for Clinical Excellence.
NICE (2006b) Brief Interventions and Referral for Smoking Cessation in Primary Care and Other Settings. Public Health Intervention Guidance No. 1. London: NICE.
NICE (2007a) Drug Misuse: Psychosocial Interventions. Clinical Guideline 51. London: NICE.
NICE (2007b) Drug Misuse: Opioid Detoxification. Clinical Guideline 52. London: NICE.
NICE (2007b) Community-Based Interventions to Reduce Substance Misuse Among Vulnerable and Disadvantaged Children and Young People. Public Health Intervention Guidance No. 4. London: NICE.
NICE (2008a) Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention.
Clinical Guideline 77. London: National Institute for Clinical Excellence.
NICE (2008b) Social Value Judgements. Principles for the Development of NICE Guidance (2nd edn). London: NICE.
NICE (2009a) The Guidelines Manual. London: NICE.
NICE (2009b) Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults. Clinical Guideline 90. London: NICE.
NICE (2010a) Alcohol-Use Disorders: Preventing the Development of Hazardous and
Harmful Drinking. Public Health Intervention Guidance No. 24. London: NICE.
NICE (2010b) Alcohol-Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications. Clinical Guideline 100. London: NICE.
NICE (2010c) Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision
for Pregnant Women with Complex Social Factors. Clinical Guideline 110. London: NICE.
NICE (2011a) Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People. Clinical Guideline 120. London: NICE.
NICE (2011b) Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. Clinical Guideline 123. London: NICE.
NICE (2011c) Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without

Agoraphobia) in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Clinical Guideline 113. London: NICE.
Niederhofer, H. & Staffen, W. (2003a) Acamprosate and its efficacy in treating alcohol dependent adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry, 12, 144–148.
Niederhofer, H. & Staffen, W. (2003b) Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence in adolescents. Drug and Alcohol Review, 22, 295–297.
Niederhofer, H., Staffen, W. & Mair, A. (2003) Comparison of naltrexone and placebo
in treatment of alcohol dependence of adolescents. Alcoholism Treatment Quarterly, 21, 87–95.
Nielsen, A. S. (2003) Alcohol problems and treatment: the patients' perceptions. European Addiction Research, 9, 29–38.
Nordqvist, C., Johansson, K. & Bendtsen, P. (2004) Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. Drug and Alcohol Dependence, 74, 71–75.
North West Public Health Observatory (2010) Local Alcohol Profiles for England. Available from: http://www.nwph.net/alcohol/lape/ [Accessed 5 October 2010].
Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, K. (1992) Twelve Step Facilitation Therapy Manual:
A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. NIAAA Project MATCH Monograph, Vol. 1, DHHS Publication No. (ADM) 92-1893, Washington, DC: Government Printing Office.
Nunnally, J. (1978) Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.
Nunes, E. V. & Levin, F. R. (2004) Treatment of Depression in Patients with alcohol or other drug dependence. Journal of the American Medical Association, 291, 1887–1896.
Nutt, D. (1999) Alcohol and the brain. Pharmacological insights for psychiatrists. The British Journal of Psychiatry, 175, 114–119.
NVivo (2010) NVivo qualitative data analysis software. Version 9. Victoria, Australia:
QSR International Pty Ltd.
O'Connell, H., Chin, A.-C., Cunningham, C., et al. (2003) Alcohol use disorders in elderly people: redefining and age old problem in old age. British Medical Journal, 327, 664–667.
O'Connor, P. G. & Schottenfeld, R. S. (1998) Patients with alcohol problems. The New England Journal of Medicine, 338, 592–602.
O'Connor, P. G., Gottlieb, L. D., Kraus, M. L., et al. (1991) Social and clinical features as predictors of outcomes in outpatient alcohol withdrawal. Journal of General Internal Medicine, 6, 312–316.
O'Connor, P. G., Samet, J. H. & Stein, M. D. (1994) Management of hospitalized intravenous drug users: role of the internist. American Journal of Medicine, 96, 551–558.

O'Donnell, W. E. & Reynolds, D. McQ. (1983) Neuropsychological Impairment Scale (NIS) Manual. Annapolis, MD: Annapolis Neuropsychological Services.
O'Donnell, W. E., DeSoto, C. B. & Reynolds, D. McQ. (1984a) Sensitivity and specificity of the Neuropsychological Impairment Scale (NIS). Journal of Clinical Psychology, 40, 553–555.
O'Donnell, W. E., Reynolds, D. Q. & de Soto, C. B. (1984b) Neuropsychological impairment scale (NIS): initial validation study using trailmaking test (A & B) and WAIS digit symbol (scaled score) in a mixed grouping of psychiatric, neurological, and normal patients. Journal of Clinical Psychology, 39, 746–748.
O'Farrell, T. J., Cutter, H. S. G., Choquette, K. A., et al. (1992) Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. Behavior Therapy, 23, 529–549.
O'Hare, T., Sherrer, M., LaButti A., et al. (2006) Validating the Alcohol Use Disorders Identification Test in persons who have serious mental illness. Research on Social Work Practice, 14, 36–42.
O'Malley, S. (Chair) (1993) Naltrexone and Alcoholism Treatment 28: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 28. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A51510 [accessed May 2010].
O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., et al. (1992) Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. Archives of General Psychiatry, 49, 881–887.
O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Rode, S., et al. (1996) Experience of a 'slip' among alcoholics treated with naltrexone or placebo. American Journal of Psychiatry, 153, 281–283.
O'Malley, K. D. & Nanson, J. (2002) Clinical implications of a link between fetal alcohol spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 47, 349–354.
O'Malley, S. S., Rounsaville, B. J., Farren, C., et al. (2003) Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs. specialty care. Archives of Internal Medicine, 163, 1695–1704.
O'Malley, S. S., Robin, R. W., Levenson, A. L., et al. (2008) Naltrexone alone and with sertraline for the treatment of alcohol dependence in Alaska natives and natives residing in rural settings: a randomized controlled trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32, 1271–1283.
Office for National Statistics (2003) Alcohol-Related Death Rates in England and Wales, 2001–2003. London: Office for National Statistics.
Ofori-Adjei, D., Casswell, S., Drummond, C., et al. (2007) World Health Organization Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Second Report. Geneva: WHO.
Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L,. et al. (2003) Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. Clinical Psychology and Psychotherapy,

10, 361–373.
Ojehagen, A., Berglund, M. & Hansson, L. (1997) The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: a comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy. Alcohol and Alcoholism, 32, 241–249.
Olive, M. F. (2009) Metabotropic glutamate receptor ligands as potential therapeutics for addiction. Current Drug Abuse Reviews, 2, 83–989.
Omer, H., Foldes, J., Toby, M., et al. (1983) Screening for cognitive deficits in a sample of hospitalized geriatric patients. a re-evaluation of a brief mental status questionnaire. Journal of the American Geriatrics Society, 31, 266–268.
Ooteman, W., Naassila, M. & Koeter, M. W. J. (2009) Predicting the effect of naltrexone and acamprosate in alcohol-dependent patients using genetic indicators. Addiction Biology, 14, 328–337.
Orford, J., Oppenheimer, E. & Edwards, G. (1976) Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation. Behaviour Research and Therapy, 14, 409–418.
Orford, J., Natera, G., Davies, J., et al. (1998a) Tolerate, engage or withdraw: a study of the structures of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. Addiction, 93, 1799–1813.
Orford, J., Natera, G., Davies, J., et al. (1998b) Social support in coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families. Addiction Research & Theory, 6, 395–420.
Orford, J., Dalton, S., Hartney, E., et al. (2002) The close relatives of untreated heavy drinkers: perspectives on heavy drinking and its effects. Addiction Research and Theory, 10, 439–463.
Orford, J., Natera, G., Copello, A., et al. (2005) Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures. London: Taylor and Francis.
Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., et al. (2006a) The clients' perspective on change
during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. Addiction, 101, 60–68.
Orford, J., Korr, C., Copello, A., et al. (2006b) Why people enter treatment for alcohol
problems: findings from UK Alcohol Treatment Trial. Addiction, 101, 60–68.
Orford, J. Empowering family and friends: a new approach to the sec- ondary prevention of addiction. Drug and Alcohol Review, 13: 417-429, 1994.
Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., et al. (2008) To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. Journal of Substance Abuse Treatment, 36, 49–58.
Oroszi, G., Anton, R. F., O'Malley, S., et al. (2009) OPRM1 Asn40Asp predicts response to naltrexone treatment: a haplotype-based approach. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 33, 383–393.
Oslin, D., Liberto, J. G., O'Brien, J., et al. (1997) Naltrexone as an adjunctive

treatment for older patients with alcohol dependence. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 324–332.
Oslin, D. W. & Cary, M. S. (2003) Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 441–447.
Oslin, D. W., Berrettini, W., Kranzler, H. R., et al. (2003) A functional polymorphism
of the
-opioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcoholdependent patients. Neuropsychopharmacology, 28, 1546–1552.
Oslin, D. W., Lynch, K. G., Pettinati, H. M., et al. (2008) A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial
education. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32, 1299–1308.
Oswald, L. M. & Wand, G. S. (2004) Opioids and alcoholism. Physiology & Behavior, 81, 339–358.
Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002) Fatal and non-fatal repetition of selfharm.
British Journal of Psychiatry, 181, 193–199.
Paille, F. M., Guelfi, J. D., Perkins, A. C., et al. (1995) Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. Alcohol and Alcoholism, 30, 239–247.
Palmer, A. J., Neeser, K., Weiss, C., et al. (2000) The long-term cost-effectiveness of improving alcohol abstinence with adjuvant acamprosate. Alcohol and Alcoholism, 35, 478–492.
Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., et al. (2010) Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 20, CD007024.
Parrott, S., Godfrey, C., Heather, N., et al. (2006) Cost and outcome analysis of two alcohol detoxification services. Alcohol and Alcoholism, 41, 84–91.
Passetti, F., Jones, G., Chawla, K., et al. (2008) Pilot study of assertive community treatment methods to engage alcohol-dependent individuals. Alcohol and Alcoholism, 43, 451–455.
Patterson, D. G., Macpherson, J. & Brady, N. M. (1997) Community psychiatric nurse
aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. Addiction, 92, 459–468.
Pelc, I., Le Bon, O., Verbanck, et al. (1992) Calcium acetyl homotaurinate for maintaining abstinence in weaned alcoholic patients; a placebo controlled doubleblind
multi-centre study. In Novel Pharmacological Interventions for Alcoholism (eds C. Naranjo & E. Sellers), pp. 348–352. New York, NY: Springer Verlag.
Pelc, I., Verbanck, P., Le Bon, O., et al. (1997) Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. British Journal of Psychiatry, 171, 73–77.
Pennings, E. J. M., Leccese, A. P. & de Wolff, F. A. (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. Addiction, 97, 773–783.

Perepletchikova, F., Krystal, J. H. & Kaufman, J. (2008) Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49, 1131–1154.
Petrakis, I., Ralevski, E., Nich, C., et al. (2007) Naltrexone and DIS in patients with alcohol dependence and current depression. Journal of Clinical Psychopharmacology, 27, 160–165.
Petrakis, I. L., Carroll, K. M., Nich, C., et al. (2000) Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. Addiction, 95, 219–228.
Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. et al. (2002) Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders : an overview. Alcohol Research & Health, 26, 81–89.
Petrakis, I. L., Poling, J., Levinson, C., et al. (2005) Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. BiologicalPsychiatry, 57, 1128–1137.
Petrakis, I. L., Leslie, D., Finney, J. W., et al. (2006) Atypical antipsychotic medication and substance use – related outcomes in the treatment of schizophrenia. American Journal on Addiction, 15, 44–49.
Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., et al. (2000) Give them prizes, and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 250–257.
Pettinati, H. M., Meyers, K., Jensen, J. M., et al. (1993) Inpatient vs. outpatient treatment for substance dependence revisited. Psychiatric Quarterly, 64, 173–182.
Pettinati, H. M., Meyers, K., Evans, B. D. et al. (1999) Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and at what cost? The American Journal on Addictions, 8, 220–233.
Pettinati, H. M., Volpicelli, J. R., Kranzler, H. R., et al. (2000) Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24, 1041–1049.
Pettinati, H. M., Kampman, K. M., Lynch, K. G., et al. (2008a) A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating cooccurring cocaine and alcohol dependence. Addictive Behaviors, 33, 651–667.
Pettinati, H. M., Kampman, K. M., Lynch, K. G., et al. (2008b) Gender differences with high-dose naltrexone in patients with co-occurring cocaine and alcohol dependence. Journal of Substance Abuse Treatment, 34, 378–390.
Pettinati, H. M., Oslin, D. W., Kampman, K. M., et al. (2010) A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating cooccurring depression and alcohol dependence. The American Journal of Psychiatry, 167, 668–675.
Piacentini, J., Shaffer, D., Fisher, P., et al. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 658–665.
Pittman, D. J. & Tate, R. L. (1972) A comparison of two treatment programs for

alcoholics. Journal of Social Psychiatry, 18, 183–193.
Poldrugo, F. (1997) Acamprosate treatment in a long-term community-based alcohol rehabilitation program. Addiction, 92, 1537–1546.
Poulsen, H. E., Loft, S., Andersen, J. R., et al. (1992) Disulfiram therapy – adverse drug reactions and interactions. Acta Psychiatrica Scandinavica, 369, 59–65.
Pragst, F. & Balikova, M. A. (2006) State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. Clinica Chimica Acta, 370, 17–49
Prati, D., Taioli, E., Zanella, A., et al. (2002) Updated definitions of healthy ranges for
serum alanine aminotransferase levels. Annals of Internal Medicine, 137, 1–10.
Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., et al. (2006) Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction, 101, 1546–1560.
Prime Minister's Strategy Unit (2003) Strategy Unit Alcohol Harm Reduction Project Interim Analytic Report. London: Cabinet Office.
Prime Minister's Strategy Unit (2004) Alcohol Harm Reduction Strategy. London: Cabinet Office.
Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390–395.
Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004) A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 1144–1156.
Project MATCH Research Group (1993) Project MATCH: rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17, 1130–1145.
Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7–29.
Project MATCH Research Group (1998) Therapist effects in three treatments for alcohol problems. Psychotherapy Research, 8, 455–474.
Qatari, M., Shabeena, K., Barton, H., et al. (2001) Acamprosate is neuroprotective against glutamate-induced excitotoxicity when enhanced by ethanol withdrawal in neocortical cultures of fetal rat brain. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25, 1276–1283.
Raistrick, D. & Tober, G. (2003) Much more than outcomes. Drug & Alcohol Findings, 8, 27–29.
Raistrick, D., Dunbar, G. & Davidson, R. (1983) Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. Addiction, 78, 89–95.
Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., et al. (1994) Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. Addiction, 89, 563–572.
Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. (2006) Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for

Substance Misuse.
Ramayya, A. & Jauhar, P. (1997) Increasing incidence of Korsakoff's psychosis in the
East End of Glasgow. Alcohol & Alcoholism, 32, 281–285.
Rampes, H., Pereira, S., Mortimer, A., et al. (1997) Does electroacupuncture reduce craving for alcohol? A randomized controlled study. Complementary Therapies in Medicine, 5, 19–26.
Ramsay, M. (ed) (2003) Prisoners' Drug Use and Treatment: Seven Research Studies.
Home Office Research Study 267. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate, HMSO.
Randall, C. L., Johnson, M. R., Thevos, A. K., et al. (2001) Paroxetine for social anxiety
and alcohol use in dual-diagnosed patients. Depression and Anxiety, 14, 255–262.
Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al. (1990) Comorbidity of mental disorders
with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. Journal of the American Medical Association, 264, 2511–2518.
Rehm, R., Room, K., Graham, M., et al. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – an overview. Addiction, 98, 1209–1228.
Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., et al. (2004) Alcohol use. In Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (eds M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, et al.). Geneva: WHO.
Rehm, J., Ballunas, D., Brochu, S., et al. (2006) The Costs of Substance Abuse in Canada 2002. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., et al. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet, 373, 2223–2233.
Reid, M. C. & Anderson, P. A. (1997) Geriatric substance use disorders. Medical Clinics of North America, 81, 999–1016.
Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007) The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings alcoholism. Clinical and Experimental Research, 31, 185–199.
Reoux, J. P. & Miller, K. (2000) Routine hospital alcohol detoxification practice compared to 24 symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar). American Journal on Addictions, 9, 135–144.
Reuster, T., Buechler, J., Winiecki, P., et al. (2003) Influence of reboxetine on salivary
MHPG concentration and cognitive symptoms among patients with alcoholrelated Korsakoff's syndrome. Neuropsychopharmacology, 28, 974–978.
Richardson, K., Baillie, A., Reid, S., et al. (2008) Do acamprosate or naltrexone have an

effect on daily drinking by reducing craving for alcohol? Addiction, 103, 953–959.
Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., et al. (1989) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Archives of General Psychiatry, 45, 1069–1077.
Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2008) Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philosophical Transactions of the Royal Society of London (Series B) Biological Sciences, 363, 3137–3146.
Robinson, S. & Bulger, C. (2010) General Lifestyle Survey 2008: Smoking and Drinking Among Adults, 2008. Newport: Office for National Statistics.
Rogers, C. R. (1951) Client-Centered Therapy; Its Current Practice, Implications, and Theory. Oxford: Houghton Miffin.
Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Hutchinson, K. E., et al. (2000) Naltrexone's effects on reactivity to alcohol cues among alcoholic men. Journal of Abnormal Psychology, 109, 738–742.
Rolfe, A., Dalton, S. & Orford, J. (2005) On the road to Damascus? A qualitative study of life events and decreased drinking. Contemporary Drug Problems, 32, 589–603.
Rolfe, A., Orford, J., Dalton, S., et al. (2009) Women, alcohol and femininity: a discourse analysis of women heavy drinkers' accounts. Journal of Health Psychology, 14, 326–335.
Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., et al. (1992) Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. British Journal of Addiction, 87, 743–754.
Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999) Health Behavior Change: A Guide for Practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone.
Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005) Alcohol and public health. Lancet, 365, 519–530.
Rosenblum, A., Cleland, C., Magura, S., et al. (2005a) Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioural therapy. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1, 35–58.
Rosenblum, A., Magura, S., Kayman, D.J., et al. (2005b) Motivationally enhanced group counselling for substance users in a soup kitchen: a randomized clinical trial. Drug and Alcohol Dependence, 80, 91–103.
Rosner, S., Leucht, S., Lehert, P., et al. (2008) Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. Journal of Psychopharmacology, 22, 11–23.
Roth, A. D. & Pilling, S. (2008) Using an evidence-based methodology to identify the
competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 129–147.
Roth, A. D. & Pilling, S. (2011) The impact of adherence and competence on outcome in CBT and psychological therapies. In preparation.

Roth, A. D., Pilling, S. & Turner, J. (2010) Therapist training and supervision in clinical trials: Implications for clinical practice. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 291–302.
Roussaux, J. P., Hers, D. & Ferauge, M. (1996) Does acamprosate diminish the appetite
for alcohol in weaned alcoholics? Journal de Pharmacie de Belgique, 51, 65–68.
Royal College of Physicians (2001) Alcohol: Can the NHS Afford It? London: Royal College of Physicians.
Royal College of Psychiatrists (1986) Alcohol: Our Favourite Drug. London: Royal College of Psychiatrists.
Rubio, G., Jiminez-Arriero, M. A., Ponce, G., et al. (2001) Naltrexone versus acamprosate: one year follow-up of alcohol dependence treatment. Alcohol and Alcoholism, 36, 419–425.
Rubio, G., Ponce, G., Rodriguez-Jiménez, R., et al. (2005) Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? Alcohol and Alcoholism, 40, 227–233.
Rush, B. (1990) A systems approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services. British Journal of Addiction, 85, 49–59.
Russell, M., Marshall, J. R., Trevisan, M., et al. (1997) Test-retest reliability of the Cognitive Lifetime Drinking History. American Journal of Epidemiology, 146, 975–981.
Ryan, L. & Ottlinger, A. (1999) Implementation of alcohol withdrawal program in a medical-setting: improving patient outcomes. Journal of Addictions Nursing, 11, 102–106.
Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., et al. (2000a) Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 277–289.
Rychlik, R., Siedentop H., Pfiel, T., et al. (2003) Cost-effectiveness of adjuvant treatment with acamprosate in maintaining abstinence in alcohol dependent patients. European Addiction Research, 9, 59–64.
Sacks, L. (1975) Drug addiction, alcoholism, smoking, obesity, treated by auricular acupuncture. American Journal of Acupuncture, 3, 147–150.
Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., et al. (2004) Modified TC for MICA inmates in correctional settings: crime outcomes. Behavioural Sciences and the Law, 22, 477–501.
Saitz, R., Mayo-Smith, M. F., Roberts, M. S., et al. (1994) Individualized treatment for alcohol 13 withdrawal: a randomised double- blind controlled trial. Journal of the American Medical Association, 272, 519–523.
Saitz, R. & O'Malley, S. S. (1997) Pharmacotherapies for alcohol abuse. Alcohol and Other Substance Abuse, 4, 881–907.
Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., et al. (1998) Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. Psychotherapy Research, 8, 361–378.
Sannibale, C., Hurkett, P., van den Bossche, E., et al. (2003) Aftercare attendance and

post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. Drug and Alcohol Review, 22, 181–190.
Sanchez-Craig, M. A Therapist's Manual: Secondary Prevention of Alcohol Problems. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1996.
Sanchez-Craig, M. Drink Wise: How to Quit
Drink or Cut Down. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1994.
Santis, R., Garmendia, M., Acuña, G., et al. (2009) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. Drug and Alcohol Dependence, 103, 155–157.
Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor T.F., De la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Addiction 88:791-804, 1993.
Specialist Clinical Addiction Network (2006) Inpatient Treatment of Drug and Alcohol Misusers in the National Health Service. London: SCAN.
Sass, H., Soyka, M., Mann, K., et al. (1996) Relapse prevention by acamprosate. Archives of General Psychiatry, 53, 673–680.
Schadé, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J. L. M. et al. (2005) The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29, 794–800.
Schadlich, P. K. & Brecht, J. G. (1998) The cost effectiveness of acamprosate in the treatment of alcoholism in Germany. Economic evaluation of the Prevention of Relapse with Acamprosate in the Management of Alcoholism (PRAMA) study. PharmacoEconomics, 13, 719–730.
Schmidt, A., Barry, K. L. & Fleming, M. F. (1995) Detection of problem drinkers: the
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Southern Medical Journal, J88, 52–59.
Schmitz, J. M., Averill, P., Sayre, S., et al. (2002) Cognitive–behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: preliminary randomized study. Addictive Disorders & Their Treatment, 1, 17–24.
Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Sayre, S. L., et al. (2004) Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. American Journal of Addictions, 13, 333–341.
Schmitz, J. M., Lindsay, J. A., Green, C. E., et al. (2009) High-dose naltrexone therapy for cocaine-alcohol dependence. American Journal of Addictions, 18, 356–362.
Schuckit, M. A. (2009) Alcohol-use disorders. Lancet, 373, 492.
Schultz, W. (2007) Behavioral dopamine signals. Trends in Neuroscience, 30, 203–210.
Schumacher, L., Pruitt II, N. & Phillips, M. (2000) Identifying patients "At Risk" of alcohol withdrawal syndrome and a treatment protocol. Journal of Neuroscience Nursing, 32, 158–163.

Schwab-Stone, M., Shaffer, D., Dulcan, M., et al. (1996) Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 878–888.
Schwamm, L. H., Van Dyke, C., Kiernan, R. J., et al. (1987) The Neurobehavioural Cognitive Status Examination and the Mini-Mental State Examination in a neurosurgical population. Annals of Internal Medicine, 107, 486–491.
Schwan, R., Loiseaux, M. N., Schellenberg, F., et al. (2004) Multicenter validation study of the %CDT TIA kit in alcohol abuse and alcohol dependence. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28, 1331–1337.
Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., et al. (2001) A randomized controlled trial
of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol, 62, 389–396.
Schaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M., et al. (1996) The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2): description, acceptability, prevalences, and performance in the MECA study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 865–877.
Sereny, G., Sharma, V. & Holt, J. (1986) Mandatory supervised Antabuse therapy in an outpatient alcoholism program: a pilot study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 10, 290–292.
Shakeshaft, A. P., Bowman, J. A., Burrows, S., et al. (2002) Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. Addiction, 97, 1449–1463.
Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., et al. (1998) The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. Alcohol & Alcoholism, 33, 291–303.
Shaw, C. M., Creed, F., Tomenson, B., et al. (1999) Prevalence of anxiety and depressive
illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. British Medical Journal, 318, 302–306.
Shaw, J., Appleby, L. & Baker, D. (2003) Safer Prisons: A National Study of Prison Suicides 1999–2000 by the National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People with Mental Illness. London: Department of Health.
Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM–IV and ICD–10. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (Suppl. 20), 22–33.
Sher, L. (2006) Alcohol consumption and suicide. Quarterly Journal of Medicine, 99, 57–61.
Sinclair, J. M. A. & Green, J. (2005) Understanding resolution of deliberate self harm:
qualitative interview study of patients' experiences. British Medical Journal, 330, 1112–1115.
Sinclair, J., Latifi, A. H. & Latifi, A. W. (2008) Co-morbid substance misuse in psychiatric inpatients: prevalence and association with length of inpatient stay.

Journal of Psychopharmacology, 22, 92–98.
Sinclair, J., Hawton, K. & Gray, A. (2009) Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. Journal of Affective Disorders, 121, 247–252.
Singleton, N., Meltzer, H. & Gatward, R. (1998) Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales. London: Her Majesty's Stationery Office.
Sinha, R. & O'Malley, S. S. (2000) Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 24, 1312–1319.
Sisson, R. W. & Azrin, N. (1989) The community reinforcement approach. In Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (eds R. Hester & W. R. Miller), pp. 242–258. New York, NY: Pergamon Press.
Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J., et al. (1997) Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 878–882.
Skills for Health (2002) Drugs and Alcohol National Occupational Standards (DANOS).
Bristol: Skills for Health. Available from: http://www.skillsforhealth.org.uk/service-area/~/media/Resource-Lbrary2/PDF/AD%20DANOS%20guide.ashx [Accessed February 2011].
Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984) Alcohol Dependence Scale: Users Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.
Skinner, H. A. & Sheu, W. J. (1982) Reliability of alcohol use indices: the Lifetime Drinking History and the MAST. Journal of Studies on Alcohol, 43, 1157–1170.
Slattery, J., Chick, J., Cochrane, M., et al. (2003) HTA Report 3: Prevention of Relapse in Alcohol Dependence; HTA Advice 3: Prevention of Relapse in Alcohol Dependence; Understanding HTBS Advice: Prevention Of Relapse in Alcohol Dependance. Glasgow: Health Technology Board for Scotland (HTBS).
Small, B., Vitanen, M. & Bachman, L. (1997) Mini-Mental State Examination item scores as predictors of Alzheimer's disease: incident data from the Kungsholmen Project, Stockholm. Journal of Gerontology, 52A, M299–M304.
Smart, R. G., Finley, J. & Funston, R. (1977) The effectiveness of post-detoxification referrals: effects on later detoxification admissions, drunkenness and criminality. Drug and Alcohol Dependence, 2, 149–155.
Smith, M. (2004) The search for insight: clients' psychological experiences of alcohol
withdrawal in a voluntary, residential, health care setting. International Journal of Nursing Practice, 10, 80–85.
Smith, I. & Hillman, A. (1999) Management of alcohol Korsakoff syndrome. Advances in Psychiatric Treatment, 5, 271–278.
Smith, M. O. & Khan, I. (1988) An acupuncture programme for the treatment of drug addicted persons. Bulletin and Narcotics, XL, 35–41.
Smith, K. L., Horton, N. J., Saitz, R., et al. (2006) The use of the mini-mental state examination in recruitment for substance abuse research studies. Drugs and Alcohol Dependence, 82, 231–237.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993) Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment. New York, NY: Guilford Press.
Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2000) Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 573–579.
Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2003) Alcohol consumption measures. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/sobell.pdf [Accessed 23 March 2010].
Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., et al. (1979) Reliability of alcohol abusers'
self-reports of drinking behavior. Behavior Research Therapy, 17, 157–160.
Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Leo, G. I. (2000) Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31, 41–54.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., et al. (2002) Promoting self change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26, 936–948.
South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2010) The Blue Book:
Guidelines for the Management of Common/Selected Psychiatric Emergencies and Certain Trust Policies and Procedures (13th edn). London: South West London and St Georges Mental Health NHS Trust.
Soyka, M. & Horak., M. (2004) Outpatient alcohol detoxification: implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project. European Addiction Research, 10, 180–187.
Spanagel, R., Zieglgansberger, W. & Hundt, W. (1996) Acamprosate and alcohol: III. Effects on alcohol discrimination in the rat. European Journal of Pharmacology, 305, 51–56.
Spiegelhalter, D. J., Thomas, A., Best, N. G., et al. (2001) WinBUGS User Manual: Version 1.4. Cambridge: MRC Biostatistics Unit.
Spreen, O. & Strauss, E. (1998) A Compendium of Neuropsychological Tests (2nd edn). London: Oxford University Press.
Srivastava, A., Kahan, M. & Ross, S. (2008) The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review, Journal of Substance Abuse Treatment, 34, 215–223.
Staner, L., Boeijinga, P., Danel, T., et al. (2006) Effects of acamprosate on sleep during alcohol withdrawal: A double-blind placebo-controlled polysomnographic study in alcohol-dependent subjects. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30, 1492–1499.
StataCorp (2007) Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP.
Stein, L. I., Newton, J. R. & Bowman, R. S. (1975) Duration of hospitalization for alcoholism. Archives of General Psychiatry, 32, 247–252.

Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., et al. (2006) Effectiveness of cognitivebehavioural,
person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK
National Health Service settings. Psychological Medicine, 36, 555–566.
Stinnett, J. L. (1982) Outpatient detoxification of the alcoholic. International Journal of the Addictions, 17, 1031–1046.
Stinson, D. J., Smith, W. G., Amidjaya, I., et al. (1979) Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients. Archives of General Psychiatry, 36, 535–539.
Stitzer, M. L., Iguchi, M. Y. & Felch, L. J. (1992) Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 927–934.
Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., et al. (1979) The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. British Journal of Addictions to Alcohol and Other Drugs, 74, 78–87.
Stockwell, T., Murphy, D. & Hodgson, R. (1983) The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. British Journal of Addictions, 78, 145–155.
Stockwell, T., Bolt, E., & Hooper, J. (1986) Detoxification from alcohol at home managed by general practitioners. British Medical Journal, 292, 733–735.
Stockwell, T., Bolt, E., Milner, I., et al. (1990) Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. British Journal of Addiction, 85, 61–70.
Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I., et al. (1991) Home detoxification from alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. Alcohol and Alcoholism, 26, 645–650.
Stout, R., Rubin, A., Zwick, W., et al. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol -treatment: a rationale for case monitoring. Addictive Behaviours, 24, 17–35.
Stouthard, M. E. A., Essink-Bot, M. L., Bonsel, G. J., et al. (1997) Disability Weights for Diseases in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus University.
Strang, J., Marks, I., Dawe, S., et al. (1997) Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. British Journal of Psychiatry, 171, 335–339.
Sullivan, J. T., Swift, R. M. & Lewis, D. C. (1991) Benzodiazepine requirements during
alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using a standardized withdrawal scale. Journal of Clinical Psychopharmacology, 11, 291–295.
Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., et al. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-AR). British Journal of Addiction, 84, 1353–1357.
Sullivan,E. and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Treatment Improvement Protocol Series. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 24; 1997.
Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., et al. (1988) Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems

approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 552–557.
Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., et al. (1989) Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 571–578.
Szapocznik, J., Hervis, O. & Schwartz, S. (2003) Brief strategic family therapy for adoelescent drug abuse. NIH Publication No. 03-4751, NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute on drug abuse.
Tabakoff, B., Cornell, N. & Hoffman, P. L. (1986) Alcohol tolerance. Annals of Emergency Medicine, 15, 1005–1012.
Teasdale, J. D., Segal, Z. & Williams, J. M. G. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should control (mindfulness) training help? Behaviour Research and Therapy, 33, 25–39.
Tempesta, E., Janiri, L., Bignamini, A., et al. (2000) Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled study. Alcohol and Alcoholism, 35, 202–209.
The NHS Information Centre, Lifestyles Statistics (2009) Statistics on Alcohol: England, 2009. The NHS Information Centre for health and social care. Available from: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/alcoholeng2009/Final%20Format%20draft%202009%20v7.pdf [accessed 31 March 2011].
Thevos, A. K., Thomas, S. E. & Randall, K. L. (1999) Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. Substance Abuse, 20, 1573–6733.
Thom, B. & Green, A. (1996) Services for women with alcohol problems: the way forward. In Alcohol Problems in the Community (ed. L. Harrison), pp. 200–222. London: Routledge.
Thomas, B. A. & McCambridge, J. (2008) Comparative psychometric study of a range of hazardous drinking measures administered online in a youth population. Drug and Alcohol Dependence, 96, 121–127.
Thomson, A. D. & Cook, C. C. H. (1997) Parenteral thiamine and Wernicke's encephalopathy: the balance of risks and perception of concern. Alcohol and Alcoholism, 32, 207–209.
Thomson, A. D. & Marshall, E. J. (2006) The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. Alcohol and Alcoholism, 41, 159–167.
Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. (2001) AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, 5–43.
Thomson, A. D., Jeuasingham, M. & Pratt, O. E. (1987) Nutrition and alcoholic encephalopathies. Acta Medica Scandinavica, 717, 55–65.
Thompson, K. S., Griffith, E. E. H. & Leaf, P. J. (1990) A historical review of the Madison Model of community care. Hospital and Community Psychiatry, 41, 625–634.
Timko, C. & DeBenedetti, A. (2007) A randomized controlled trial of intensive

referral to 12-step self-help groups: one year outcomes. Drug and Alcohol Dependence, 90, 270–279.
Tober, G., Godfrey, C., Parrott, S., et al. (2005) Setting standards for training and competence: the UK Alcohol Treatment Trial, Alcohol & Alcoholism, 40, 413–418.
Tober, G. W., Brearley, R., Kenyon, R., et al. (2000) Measuring outcomes in a health service addiction clinic. Addiction Research, 8, 169–182.
Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Brown, J. M. (1997) The reliability of Form 90: an instrument for assessing alcohol treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol, 88, 358–364.
Tonigan, J. S., Connors, G. J., Miller, W. R. (2003) Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. In Treatment Matching in Alcoholism (eds T. F. Babor. & F. K. Del Boca), pp. 184–204. New York, NY: Cambridge University Press.
Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., et al. (2005) Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-analysis. Drug and Alcohol DependenceDrug and Alcohol Dependence, 78, 1–22.
Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., et al. (2004) Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy & Research, 28, 143–157.
Tripodi, S. J., Bender, K., Litschge, C., et al. (2010) Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164, 85–91.
UKATT Research Team (2005) Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). British Medical Journal, 331, 541–545.
UKATT Research Team (2007) UK alcohol treatment trial: client-treatment matching effects. Addiction, 103, 228–238.
United Nations (1977) Convention on Psychotropic Substances, 1971. New York: United Nations.
Upadhyaya, H. P. (2007) Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, 68 (Suppl. 11), 23–30.
Ugarte, G., Iturriaga, H. & Pereda, T. (1977) Possible relationship between the rate of ethanol metabolism and the severity of hepatic damage in chronic alcoholics. American Journal of Digestive Diseases, 22, 406–410.
Vandermause, R. & Wood, M. (2009) See my suffering: women with alcohol use disorders and their primary care experiences. Issues in Mental Health Nursing, 30, 728-735.
Vandermause, R. K. (2007) Assessing for alcohol use disorders in women: experiences of advanced practice nurses in primary care settings. Journal of Addictions Nursing, 18, 187–198.
Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., et al. (2003) Cultural responsiveness in substance-abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives. International Journal of Social Welfare,

12, 221–228.
Vargas, D. & Luis, M. A. V. (2008) Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centres. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16, 543–550.
Vedel, E., Emmelkamp, P. M. G. & Schippers, G. M. (2008) Individual cognitivebehavioral
therapy and behavioural couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centres. Psychotherapy and Psychosomatics, 77, 280–288.
Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (1998) Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. Addictive Behaviours, 23, 869–882.
Verheul, R., Lehert, P., Geerlings, P. J., et al. (2005) Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. Psychopharmacology, 178, 2–3.
Victor, M., Adams, R. D. & Collins, G. H. (1971) The Wernicke-Korsakoff Syndrome.
Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
Victor, M., Adams, R. D. & Collins, G. H. (1989) The Wernicke-Korsakoff Syndrome
and Related Neurological Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition.
Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
Villardita, C. & Lomeo, C. (1992) Alzheimer’s disease: Correlational analysis of three screening tests and three behavioural scales. Acta Neurologica Scandinavica, 86, 603–608.
Volpicelli, J. R., Alterman, A. I, Hayashida, M., et al. (1992) Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Archives of General Psychiatry, 49, 876–880.
Volpicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., et al. (1997) Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. Archives of General Psychiatry, 54, 737–742.
Waldron, H. B. & Kaminer, Y. (2004) On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. Addiction, 99 (Suppl. 2), 93–105.
Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., et al. (2001) Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 802–813.
Walitzer, K. S. & Connors, G. J. (2007) Thirty month follow-up of drinking moderation training for women: A randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 501–507.
Walitzer, K. S. & Dermen, K. H. (2004) Alcohol-focused spouse involvement and behavioural couples therapy: evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 944–955.
Walitzer, K. S., Dermen, K. H. & Barrick, C. (2009) Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: a randomized clinical trial.

Addiction, 104, 391–401.
Walsh, D. C., Hingson, R. W., Merrigan, D. M., et al. (1991) A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. The New England Journal of Medicine, 325, 775–782.
Walters, D., Connors, J. P., Feeney, F. X., et al. (2009) The cost effectiveness of naltrexone added to cognitive-behavioral therapy in the treatment of alcohol dependence. Journal of Addictive Diseases, 28, 137–144.
Walters, G. D. (2002) The heritability of alcohol abuse and dependence: a metaanalysis
of behavior genetic research. American Journal of Drug and Alcohol
Abuse, 28, 557–584.
Wasilewski, D., Matsumoto, H., Kur, E., et al. (1996) Assessment of diazepam loading dose therapy of delirium tremens. Alcohol and Alcoholism, 31, 273–278.
Watkins, K. E., Paddock, S. M., Zhang, L., et al. (2006) Improving care for depression in patients with comorbid substance misuse. American Journal of Psychiatry, 163, 125–132.
Weaver, M. F., Hoffman, H. J., Johnson, R. E., et al. (2006) Alcohol withdrawal pharmacotherapy for inpatients with medical comorbidity. Journal of Addictive Diseases, 25, 17–24.
Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. (2003) Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. British Journal of Psychiatry, 183, 304–313.
Wechsler, D. (1945/1997) Wechsler Memory Scale: Third Edition (WMS-III). San Antonio: Harcourt Assessment.
Wechsler, D. (1981) Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised. New
York, NY: Psychological Corporation.
Weithmann, G. & Hoffmann, M. (2005) A randomised clinical trial of inpatient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. European Addiction Research, 11, 197–203.
Webb, M. & Unwin, A. (1988) The outcome of outpatient withdrawal from alcohol. British Journal of Addiction, 83, 929–934.
Weisner, C., Ray, G. T. & Mertens, J. R. et al. (2003) Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. Drug & Alcohol Dependence, 71, 281–294.
Weiss, R. D. (1999) Inpatient treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment (eds M. Galanter & H. D. Kleber). Washington, DC: The American Psychiatric Press.
Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodzeij, M. E., et al. (2007) A randomised trial of integrated group therapy versus group drug counselling for patients with bipolar disorder and substance dependence. American Journal of Psychiatry, 164, 100–107.
Wen, H. L. (1979) Acupuncture and electrical stimulation (AES) outpatient detoxification. Modern Medicine, 11, 23–24.
Wen, H. L., Cheung, S. Y. (1973) Treatment of drug addiction by acupuncture and

electrical stimulation. Asian Journal of Medicine, 9, 138–141.
Wetterling, T., Kanitz, R. D., Besters, B., et al. (1997) A new rating scale for the assessment of the alcohol withdrawal syndrome (AWS scale). Alcohol and Alcoholism, 32, 753–760.
White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989) Towards the assessment of adolescent problem drinking. Journal of Studies on Alcohol, 50, 30–37.
White, A. R., Rampes, H. & Campbell, J. L. (2006) Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review, CD000009.
Whitfield, C. (1980) Non-drug treatment of alcohol withdrawal. Current Psychiatric Therapy, 19, 101–109.
Whitworth, A. B., Fischer, F., Lesch, O. M., et al. (1996) Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence. The Lancet, 347, 1438–1442.
WHO (1992) The International Classification of Diseases: Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (10th edition). Geneva: WHO.
WHO (2000) International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: WHO.
WHO (2004) Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO.
WHO (2010a) Lexicon of Alcohol and Drug Terms Published by the World Health Organization. Geneva: WHO.
WHO (2010b) Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems in Primary Health Care. Geneva: WHO.
WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interven- tions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86(7): 948- 955, 1996
Wilcox, H. C. Conner, K. R. & Caine, E. D. (2004) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug & Alcohol Dependence, 76, S11–S19.
Wilens, T. E., Adler, L. A., Weiss, M. D., et al. (2008) Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. Drug & Alcohol Dependence, 96, 145–154.
Willems, P. J. A., Letemendia, F. J. J & Arroyave, F. (1973) A categorization for the assessment of prognosis and outcome in the treatment of alcoholism. The British Journal of Psychiatry, 122, 649–654.
Williams, B. T. R., & Drummond, D. C (1994) The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. Drug & Alcohol Dependence, 35, 239–343.
Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine 12:274- 283, 1997.
Winters, K. & Henly, G. (1993) Adolescent Diagnostic Interview (ADI) Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
Winters, K., Stinchfield, R., Fulkerson, J., et al. (1993) Measuring alcohol and cannabis use disorders in an adolescent clinical sample. Psychology of Addictive

Behaviors, 7, 185–196.
Winters, K. C. & Henly, G. A. (1989) Personal Experience Inventory (PEI) Test and Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
Winters, K. C., Stinchfield, R., Opland, E., et al. (2000) The effectiveness of the Minnesota Model approach to the treatment of adolescent drugs abusers. Addiction, 95, 601–612.
Winters, L. & McGourty, H. (1994) Alcohol Services in Chester and Ellesmere Port. Observatory Report Series No. 22. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory.
Wiseman, E. J., Henderson, K. L., & Briggs, M. J. (1997) Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. Psychiatric Services, 48, 200–203.
Witbrodt, J., Bond, J., Kaskutas, L. A., et al. (2007) Day hospital and residential addiction treatment: Randomized and nonrandomized managed care clients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 947–959.
Woody, G. E. (2003) Research findings on psychotherapy of addictive disorders. American Journal on Addictions, 12 (Suppl. 2), S19–S26.
Worner, T. M., Zeller, B., Schwarz, H., et al. (1992) Acupuncture fails to improve treatment outcome in alcoholics. Drug and Alcohol Dependence, 30, 169–173.
Wu, L. T., &. Ringwalt, C. L. (2004) Alcohol dependence and use of treatment services among women in the community. American Journal of Psychiatry, 161, 1790–1797.
Velleman, R. & Orford, J. (1999) Risk & Resilience: Adults who were the Children of
Problem Drinkers. London: Harwood.
Xin, X., He, J., Frontini, M. G., et al. (2001) Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension, 38, 1112–1117.
Yeh, M. Y., Che, H. L. & Wu, S. M. (2009) An ongoing process: a qualitative study of how the alcohol-dependent free themselves of addiction through progressive abstinence. BMC Psychiatry, 9, 76.
Yoon, S. J., Pae, C. U., Namkoong, K., et al. (2006) Mirtazapine for patients with alcohol dependence and comorbid depressive disorders: a multicentre, open label study. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30, 1196–1201.
Yoshida, K., Funahashi, M., Masui, M., et al. (1990) Sudden death of alcohol withdrawal syndrome – a report of a case. Japanese Journal of Legal Medicine, 44, 243–247.
Zahl, D. & Hawton, K. (2004) Repetition of deliberate self harm and subsequent suicide risk: long term follow up study of 11583 patients. British Journal of Psychiatry, 185, 70–75.
Zarkin, G. A., Bray, J. W., Aldridge, A., et al. (2008) Cost and cost-effectiveness of the COMBINE study in alcohol-dependent patients. Archives of General Psychiatry, 65, 1214–1221.
Zeigler, D., Wang, C., Yoast, R., et al. (2005) The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 40, 23–32.

Zemore, S. E. & Kaskutas, L. A. (2008) Services received and treatment outcomes in day-hospital and residential programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 35, 232–44.
Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., et al. (2008) Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. Journal of Addiction Medicine, 2, 165–173.
Zweben, A., Pearlman, S. & Li, S. (1988) A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: the results of the marital systems study. British Journal of Addiction, 83, 899–916.

Додаток
до клінічної настанови «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю»

СКРИНІНГОВІ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ

TWEAK

Тест TWEAK – це скринінговий інструмент для виявлення жінок, які схильні до вживання алкоголю. Скринінг на зловживання алкоголем має потенціал для покращення результатів вагітності у жінок, які зловживають алкоголем, шляхом спрямування їх на інтервенції, спрямовані на припинення або зменшення споживання алкоголю.

T	Скільки стандартних порцій алкоголю ви можете випити?
W	Чи турбувалися або скаржилися близькі друзі або родичі з приводу вашого вживання алкоголю протягом останнього року?
E	Чи буває так, що ви випиваєте вранці, коли тільки прокидаєтеся?
A	Чи розповідав вам коли-небудь друг або член сім'ї про те, що ви говорили або робили, коли вживали алкоголь, але не пам'ятаєте, що саме?
K (C)	Чи відчуваєте ви іноді потребу зменшити кількість випитого?

Керівництво з підрахунку балів для TWEAK

T	**Толерантність:**	5 або більше стандартних порцій алкоголю без того, щоб заснути або втратити свідомість = 2 бали
	«Скільки стандартних порцій алкоголю ви можете випити?»	
W	**Занепокоєння:**	Так = 2 бали
	«Чи турбувалися або скаржилися близькі друзі або родичі з приводу вашого вживання алкоголю протягом останнього року?»	

E	**Перша дія зранку:**	Так = 1 бал
	«Чи буває так, що ви випиваєте вранці, коли тільки прокидаєтеся?»	
A	**Амнезія:**	Так = 1 бал
	«Чи розповідав вам коли-небудь друг або член сім'ї про те, що ви говорили або робили, коли вживали алкоголь, але не пам'ятаєте, що саме?»	
K (C)	**Зниження споживання:**	Так = 1 бал
	«Чи відчуваєте ви іноді потребу зменшити кількість випитого?»	

Результати тесту оцінюються за 7-бальною шкалою. Питання про толерантність оцінюється в 2 бали, якщо жінка повідомляє, що може випити більше п'яти стандартних порцій алкоголю, не засинаючи і не втрачаючи свідомості. Позитивна відповідь на питання про занепокоєння оцінюється в 2 бали, а позитивна відповідь на останні три питання – по 1 балу. Загальна кількість балів, що дорівнює 2 або більше, вказує на те, що жінка, ймовірно, схильна до вживання алкоголю.

Джерело: *Рассел, М. (1994). Нові інструменти для оцінки вживання алкоголю під час вагітності: T-ACE, TWEAK та інші. Світ здоров'я та досліджень у сфері алкогольної залежності, 18(1), 55-61.*

T-ACE

T-ACE не може бути включений до цього додатку через обмеження щодо його відтворення, пов’язані з авторським правом. З дослідженням можна ознайомитися за посиланням:

Джерело: *Роберт Дж. Сокол, Сьюзен С. Мартьє, Джоел В. Агер (1989). Питання T-ACE: Практичне пренатальне виявлення ризикованого вживання алкоголю. Американський журнал акушерства та гінекології, 160(4), 863-870.*

CAGE

CAGE – це скринінговий інструмент з 4-х пунктів, призначений для виявлення та оцінки ймовірності наявності психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Стверджувальна відповідь на два або більше питань вказує на необхідність подальшої оцінки розладу.

C	Ви коли-небудь відчували, що вам потрібно скоротити вживання алкоголю?	Так	Ні
A	Чи дратували вас люди, критикуючи ваше вживання алкоголю?	Так	Ні
G	Чи відчували ви коли-небудь провину за вживання алкоголю?	Так	Ні
E	Чи відчували ви коли-небудь потребу випити зранку (перша дія зранку), щоб заспокоїти нерви або позбутися похмілля?	Так	Ні

Керівництво з підрахунку балів для CAGE:

Дві відповіді «так» вказують на те, що з респондентом слід провести додаткове дослідження.

Джерело: *Евінг, Дж. та Раус, Б. 1970, «Виявлення прихованого алкоголіка», 29-й Міжнародний конгрес з розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркозалежності, Сідней, Австралія.*

МІЧИГАНСЬКИЙ СКРИНІНГОВИЙ ТЕСТ НА АЛКОГОЛЬ (MAST)

MAST – це опитувальник з 25 пунктів, який необхідно заповнити самостійно, щоб забезпечити надійний скринінг для виявлення осіб, які мають проблеми, пов’язані з алкоголем.

Питання	**Відповідь**		**Нараховані бали**
1. Чи вважаєте ви себе людиною, яка вживає алкоголь у нормальних кількостях? («нормальна кількість» – п’єте стільки ж або менше, ніж більшість інших людей)	Так	Ні	2#
2. Ви коли-небудь прокидалися вранці після того, як вживали алкоголь напередодні ввечері, та виявляли, що не можете згадати частину вечора?	Так	Ні	2
3. Чи хвилюється або скаржиться хтось із ваших близьких родичів або друзів через те, що ви вживаєте алкоголь?	Так	Ні	1#
4. Чи можете ви без труднощів кинути пити після однієї-двох порцій алкоголю?	Так	Ні	2
5. Чи відчуваєте ви коли-небудь провину за те, що вживаєте алкоголь?	Так	Ні	1
6. Чи вважають друзі або родичі, що ви вживаєте алкоголь у нормальних кількостях?	Так	Ні	2#
7. Чи можете ви припинити пити, коли захочете?	Так	Ні	2#
8. Чи відвідували ви коли-небудь збори Анонімних Алкоголіків (АА)?	Так	Ні	5
9. Чи вступали ви коли-небудь у фізичні бійки, коли вживали алкоголь?	Так	Ні	1
10. Чи виникали коли-небудь через алкоголь проблеми між вами та вашим близьким родичем або другом?	Так	Ні	2
11. Чи звертався хтось із членів сім’ї або близьких друзів до когось по допомогу з приводу вашого вживання алкоголю?	Так	Ні	2
12. Чи втрачали ви коли-небудь друзів через вживання алкоголю?	Так	Ні	2
13. Чи траплялися у вас неприємності на роботі через вживання алкоголю?	Так	Ні	2
14. Ви коли-небудь втрачали роботу через вживання	Так	Ні	2

алкоголю?			
15. Ви коли-небудь нехтували своїми обов'язками, сім'єю або роботою протягом двох або більше днів поспіль через те, що вживали алкоголь?	Так	Ні	2
16. Чи часто ви вживаєте алкоголь до полудня?	Так	Ні	1
17. Чи говорили вам коли-небудь, що у вас проблеми з печінкою, наприклад, цироз?	Так	Ні	2
18. Чи траплялися у вас після сильного алкогольного сп'яніння біла гарячка, сильне тремтіння, ви чули голоси або бачили речі, яких насправді не було?	Так	Ні	2
19. Чи зверталися ви коли-небудь до когось за допомогою з приводу вашого вживання алкоголю?	Так	Ні	5
20. Ви коли-небудь потрапляли до лікарні через вживання алкоголю?	Так	Ні	5
21. Чи призводило ваше вживання алкоголю до госпіталізації в психіатричну лікарню?	Так	Ні	5
22. Чи зверталися ви коли-небудь до лікаря, соціального працівника, священнослужителя або психіатричної клініки за допомогою з будь-якою емоційною проблемою, частиною якої було вживання алкоголю?	Так	Ні	2
23. Чи затримували вас більше одного разу за керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння?* Якщо так, то скільки разів?	Так*	Ні	2
24. Чи затримували вас коли-небудь, хоча б на кілька годин, за іншу поведінку в стані алкогольного сп'яніння?* Якщо так, то скільки разів?	Так*	Ні	2
	Всього		

Керівництво з підрахунку балів:

Бали за шкалою MAST нараховуються на основі відповідей на запитання, які можуть бути сформульовані як позитивно, так і негативно, і можуть варіюватися від 0 балів до 53 балів загалом.

#Бали за запитання 1, 4, 6 та 7 нараховуються лише за умови негативної відповіді («Ні»). На решту запитань бали зараховуються у разі позитивної відповіді («Так»)

Підсумуйте отримані бали та порівняйте їх з наведеною нижче таблицею:

- 0-3: немає явних проблем
- 3-5: ранній або середній ступінь проблемного вживання алкоголю

- 6 і більше: проблемне вживання алкоголю

Джерело: *Сельцер, М.Л. 1971, «Мічиганський скринінговий тест на розлади, пов'язані з вживанням алкоголю: пошук нового діагностичного інструменту», Американський журнал психіатрії, т. 12, с. 1653-58*

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ФОРМА-С (SADQ-C)

Опитувальник SADQ-C акцентує увагу на толерантності та симптомах СВ, а також на фізичній залежності в цілому. Пункти щодо порушеного контролю є новим включенням, але вони не фігурують у поточному підрахунку балів, та не мають використовуватися для отримання загального балу за SADQ-C.

Ім’я:	Стать: Ч/Ж	
Дата народження:	Вік:	
Чи вживали ви алкоголь протягом останніх шести місяців?	Так*	Ні

* Якщо ТАК, будь ласка, дайте відповідь на всі наведені нижче запитання, обвівши найбільш підходящу відповідь кружечком.

Розділ А – Шкала порушення контролю (ШПК) Протягом останніх ШЕСТИ МІСЯЦІВ			
Відповіді на кожне запитання оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:			
Ніколи або майже ніколи	**Іноді**	**Часто**	**Майже завжди**
0	**1**	**2**	**3**
1. Після однієї-двох стандартних порцій алкоголю мені хотілося випити ще			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
2. Після двох-трьох стандартних порцій алкоголю я міг припинити пити, якщо у мене були інші справи			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
3. Коли я починав вживати алкоголь, мені було важко зупинитися до тих пір, поки я не напивався			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
4. Коли я йшов пити, я планував випити щонайменше шість стандартних			

порцій алкоголю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
5. Коли я йшов пити, я планував випити не більше двох-трьох стандартних порцій алкоголю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди

Розділ В – SADQ, Форма-С **Протягом останніх ШЕСТИ МІСЯЦІВ**			
1. Наступного дня після вживання алкоголю я прокинувся спітнілим			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
2. Наступного дня після вживання алкоголю зранку в мене тремтіли руки			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
3. Наступного дня після вживання алкоголю я прокинувся весь в поту			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
4. Наступного дня після вживання алкоголю вранці, якщо я не пив, у мене сильно тремтіло все тіло			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
5. Наступного дня після вживання алкоголю я боявся прокидатися вранці			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
6. Наступного дня після вживання алкоголю я боявся зустрічатися з людьми зранку			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
7. Наступного дня після вживання алкоголю, прокинувшись, я відчував			

себе на межі відчаю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
8. Наступного дня після вживання алкоголю я відчував сильний страх, коли прокидався			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
9. Наступного дня після вживання алкоголю я любив випити вранці			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
10. Наступного дня після вживання алкоголю, вранці я завжди швидко випивав перші кілька стандартних порцій алкоголю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
11. Наступного дня після вживання алкоголю я випивав більше алкоголю вранці, щоб позбутися трясіння			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
12. Наступного дня після вживання алкоголю, коли я прокидався, мені дуже сильно хотілося випити алкогольний напій			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
13. Я випивав більше чверті пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 1 пляшку вина чи 7 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
14. Я випивав більше половини пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 2 пляшки вина, або 15 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
15. Я випивав більше однієї пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 4 пляшки вина чи 30 середніх бокалів пива)			

Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
16. Я випивав більше двох пляшок міцних алкогольних напоїв за день (або 8 пляшок вина чи 60 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди

Розділ С – SADQ, Форма-С **Уявіть собі такі ситуації**			
A. Ви ВЖЕ МАЙЖЕ НЕ ВЖИВАЄТЕ АЛКОГОЛЬ протягом кількох днів. **B. Потім ви вживаєте алкоголь У ВЕЛИКИХ КІЛЬКОСТЯХ протягом ДВОХ ДНІВ.** **C. Як ви почуватиметеся НАСТУПНОГО РАНКУ ПІСЛЯ цих двох днів надмірного вживання алкоголю?**			
1. Я почну пітніти			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
2. У мене б тремтіли руки			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
3. Моє тіло б тремтіло			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
4. Мені б хотілося випити			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато

Керівництво з підрахунку балів для SADQ-C:

Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:

- 0 = Ніколи або майже ніколи (Розділи A і B)/ Зовсім ні (Розділ C)
- 1 = Іноді (Розділи A і B)/ Трохи (Розділ C)

- 2 = Часто (Розділи A і B)/ Помірно (Розділ C)
- 3 = Майже завжди (Розділи A і B)/ Досить часто (Розділ C)

Розділ A: Згідно з керівництвом з підрахунку балів, сума балів за цей розділ вважається низьким (0-5), середнім (6-10) або високим (11-15) рівнем порушеного контролю.

Розділ B та Розділ C: Згідно з керівництвом з підрахунку балів для цих двох розділів, сума балів для залежності вважається низькою (0-20), помірною (20-30) або високою (30-60).

Джерело: *Стоквелл, Т., Сітхартан, Т., МакГрат, Д. і Ланг, Е. 1994, «Вимірювання алкогольної залежності та порушення контролю у вибірках спільнот», Залежність, т. 89, № 2, с. 167-74.*

КОРОТКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ЗБОРУ ДАНИХ ПРО АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ (SADD)

Опитувальник SADD вимірює фізіологічні та поведінкові особливості залежності, такі як вираженість поведінки, пов'язаної з пошуком алкоголю.

Наведені нижче питання охоплюють широкий спектр тем, пов'язаних із алкоголем. Будь ласка, уважно прочитайте кожне запитання, але не надто замислюйтесь над його точним змістом. Подумайте про свої нещодавні звички вживання алкоголю і дайте відповідь на кожне запитання, поставивши позначку під відповідним заголовком. Якщо у вас виникнуть труднощі, зверніться за допомогою.

	Ніколи	**Іноді**	**Часто**	**Ніколи завжди**
1. Чи важко вам викинути з голови думку про алкоголь?				
2. Чи є напитися важливішим, ніж наступний прийом їжі?				
3. Чи плануєте ви свій день з урахуванням того, коли і де ви зможете випити?				
4. Чи п'єте ви вранці, вдень і ввечері?				
5. Чи п'єте ви заради ефекту алкоголю, не звертаючи уваги на те, що це за напій?				
6. Чи п'єте ви стільки, скільки хочете, незалежно від того, що будете робити наступного дня?				
7. Зважаючи на те, що алкоголь може спричинити багато проблем, ви все одно п'єте занадто багато?				
8. Чи знаєте ви, що не зможете кинути пити, якщо почнете?				
9. Чи намагаєтеся ви контролювати своє вживання алкоголю, повністю відмовляючись від нього на кілька днів або тижнів?				
10. Чи потрібно вам на ранок після вживання алкоголю у великих кількостях випити перший напій, щоб прийти до тями?				

11. Чи прокидаєтеся ви вранці після вживання алкоголю у великій кількості, відчуваючи тремтіння рук?				
12. Чи буває так, що після вживання алкоголю у великій кількості ви прокидаєтеся з нудотою або блюванням?				
13. На ранок після вживання алкоголю у великій кількості ви намагаєтеся уникати спілкування з людьми?				
14. Чи бачите ви після вживання алкоголю у великій кількості страшні речі, які потім розумієте, що вони були вигадані?				
15. Чи буває так, що ви випиваєте, а наступного дня забуваєте про те, що сталося напередодні ввечері?				

Керівництво з підрахунку балів для SADD:

Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:

- 0 = Ніколи
- 1 = Іноді
- 2 = Часто
- 3 = Майже завжди

Згідно з керівництвом з підрахунку балів, сума балів для залежності вважається низькою (0-9), помірною (10-19) або високою (20-45).

Джерело: *Райстрік, Д., Дубар, Г. і Девідсон, Р. 1983, «Розробка опитувальника для оцінки алкогольної залежності», Британський журнал залежності, т. 78, с. 89-95.*

ОПИТУВАЛЬНИК ЗАЛЕЖНОСТІ LEEDS (LDQ)

Опитувальник LDQ подібний за форматом до SADD та SADQ-C і оцінює залежність. Автори SADD також розробили опитувальник LDQ.

Цей опитувальник ставить запитання про важливість алкоголю та/або інших наркотичних речовин у вашому житті.

Подумайте про те, як ви вживали алкоголь/інші наркотичні речовини протягом останнього тижня, і дайте відповідь на кожне запитання, позначивши ту відповідь, яка вам найбільше підходить.

	Ніколи	**Іноді**	**Часто**	**Ніколи завжди**
1. Чи замислюєтеся ви над тим, коли наступного разу зможете знову випити або вжити наркотичні речовини?				
2. Чи є вживання алкоголю або наркотичних речовин більш важливим, ніж будь-що інше, що ви можете зробити протягом дня?				
3. Чи відчуваєте ви, що ваша потреба в алкоголі або наркотичних речовинах занадто сильна, щоб її контролювати?				
4. Чи плануєте ви свій день так, щоб придбати та вжити алкоголь або наркотичні речовини?				
5. Чи вживаєте ви алкоголь або наркотичні речовини особливим чином, щоб посилити ефект, який вони дають?				
6. Чи вживаєте ви алкоголь або наркотичні речовини вранці, вдень і ввечері?				
7. Чи відчуваєте ви, що маєте продовжувати вживати алкоголь або наркотичні речовини після того, як почали їх вживати?				
8. Чи є отримання бажаного ефекту важливішим за конкретний напій або наркотичну речовину, яку ви вживаєте?				
9. Чи хочете ви вжити більше алкоголю або наркотичних речовин, коли ефект від них починає слабшати?				

10. Чи важко вам впоратися з життям без алкоголю або наркотичних речовин?				

Керівництво з підрахунку балів для LDQ:

Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:

- 0 = Ніколи
- 1 = Іноді
- 2 = Часто
- 3 = Майже завжди

Запитання оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів, максимальна кількість балів – 30. Не існує конкретних точок завершення збору даних для низького, помірного або тяжкого ступенів залежності. Замість цього, користувачам шкали рекомендується розглядати її як безперервний процес. Однак, оцінка 20 або більше балів наближається до оцінки тяжкої залежності.

Джерело: *Райстрік, Д.С., Бредшоу, Д., Тобер, Г., Вайнер, Д., Еллісон, Д. та Хілі, К. (1994). Розробка опитувальника залежності Leeds. Залежність, 89, 563-572.*

ОПИТУВАЛЬНИК ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН (RTCQ)

Цей опитувальник призначений для того, щоб визначити, як ви ставитеся до свого вживання алкоголю зараз. Будь ласка, подумайте про вашу поточну ситуацію і звички вживання алкоголю, навіть якщо ви повністю кинули пити. Уважно прочитайте кожне питання, а потім вирішіть, наскільки ви згодні або не згодні з твердженнями.

	Категорично не згоден	**Не згоден**	**Не визначився**	**Згоден**	**Повністю згоден**
1. Моє вживання алкоголю не є проблемою					
2. Я намагаюся вживати алкоголь менше, ніж раніше					
3. Я отримую задоволення від вживання алкоголю, але іноді випиваю забагато					
4. Мені слід зменшити кількість вживання алкоголю					
5. Це марна трата часу – думати про те, що я вживаю алкоголь					
6. Я зовсім недавно змінив свої звички щодо вживання алкоголю					
7. Будь-хто може говорити про те, що хоче щось зробити з вживанням алкоголю, але я дійсно щось роблю з цим					
8. Я перебуваю на тому етапі, коли мені варто подумати про те, щоб вживати менше алкоголю					
9. Моє вживання алкоголю є проблемою					
10. Для мене нормально продовжувати вживати алкоголь так, як я це роблю зараз					
11. Насправді я зараз змінюю свої звички щодо вживання					

алкоголю					
12. Моє життя залишилося б таким самим, навіть якби я вживав менше алкоголю					

Форма для підрахунку результатів RTCQ

Перенесіть відповіді з анкети в таблицю нижче та підрахуйте загальну суму. Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за п’ятибальною шкалою таким чином:

Категорично не згоден	**Не згоден**	**Не визначився**	**Згоден**	**Повністю згоден**
-2	-1	0	+1	+2

Щоб підрахувати бал за кожною шкалою, просто додайте бали за пунктами відповідної шкали. Діапазон кожної шкали від -8 до 0 – +8. Негативний бал відображає загальну незгоду з пунктами, що вимірюють стадію змін, тоді як позитивний бал відображає загальну згоду.

Найвищий бал відповідає визначенню стану змін (попередні роздуми, роздуми або дії).

Попередні роздуми		**Роздуми**		**Дії**	
1		3		2	
5		4		6	
10		8		7	
12		9		11	
Всього*		**Всього**		**Всього**	

* Зауважте, що позитивні бали за шкалою «Попередні роздуми» означають відсутність готовності до змін. Щоб отримати показник за шкалою «Попередні роздуми», який відображає ступінь готовності до змін, порівняний з показниками за шкалами «Роздуми» та «Дії», просто поміняйте знак показника

за шкалою «Попередні роздуми» (наприклад, показник за шкалою «Попередні роздуми», що дорівнює 3, слід позначити як – 3).

Якщо два бали за двома шкалами рівні, то шкала, що знаходиться далі за послідовністю змін (попередні роздуми, роздуми, дії), відповідає позначенню стадії змін суб'єкта (наприклад, якщо суб'єкт набрав 5 балів за шкалою «Попередні роздуми», 5 балів за шкалою «Роздуми» і -1 за шкалою «Дії», то його віднесено до стадії «Роздуми»).

Позначення стану змін (обведіть відповідно до найвищого балу):		**Попередні роздуми**		**Роздуми**	**Дії**

Джерело: *Ролнік, С., Хізер, Н., Голд, Р. і Холл, В. 1992, «Розробка короткого опитувальника «Готовність до змін» для використання в коротких ситуативних інтервенціях», Британський журнал залежності, т. 87, с. 743-54.*

ШКАЛА ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН ТА ГОТОВНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ (SOCRATES)

Уважно прочитайте наведені нижче твердження; кожне з них описує те, як ви можете ставитися до свого вживання алкоголю. Для кожного твердження обведіть одну цифру, яка вказує, наскільки ви згодні або не згодні з ним зараз.

Обведіть лише одну цифру для кожного твердження.

	Ні, категорично не згоден	**Ні, не згоден**	**Не визначився або не впевнений**	**Так, згоден**	**Так, повністю згоден**
1. Я дуже хочу змінити своє ставлення до вживання алкоголю	1	2	3	4	5
2. Іноді я думаю, чи не алкоголік я	1	2	3	4	5
3. Якщо я найближчим часом не змінюватиму своє вживання алкоголю, мої проблеми стануть ще гіршими	1	2	3	4	5
4. Я вже почав вносити деякі зміни у своє вживання алкоголю	1	2	3	4	5
5. Свого часу я вживав занадто багато алкоголю, але мені вдалося змінити свою поведінку	1	2	3	4	5
6. Іноді я думаю, чи не шкодить моє вживання алкоголю іншим людям	1	2	3	4	5
7. У мене проблеми з алкоголем	1	2	3	4	5
8. Я не просто думаю про те, щоб змінити свій спосіб життя, я вже дещо роблю для цього	1	2	3	4	5
9. Я вже змінив своє вживання алкоголю і шукаю	1	2	3	4	5

шляхи, щоб не повернутися до старого способу життя					
10. У мене серйозні проблеми з алкоголем	1	2	3	4	5
11. Іноді я задаюся питанням, чи контролюю я своє вживання алкоголю	1	2	3	4	5
12. Моє вживання алкоголю завдає багато шкоди	1	2	3	4	5
13. Зараз я активно працюю над тим, щоб скоротити або припинити вживати алкоголь	1	2	3	4	5
14. Мені потрібна допомога, щоб не повернутися до проблем з алкоголем, які я мав раніше	1	2	3	4	5
15. Я знаю, що маю проблеми з вживанням алкоголю	1	2	3	4	5
16. Бувають моменти, коли я думаю, чи не забагато я вживаю алкоголю	1	2	3	4	5
17. Я – алкоголік	1	2	3	4	5
18. Я наполегливо працюю над тим, щоб змінити своє ставлення до вживання алкоголю	1	2	3	4	5
19. Я дещо змінив у своєму способі вживання алкоголю, і мені потрібна допомога, щоб не повернутися до колишнього способу вживання алкоголю	1	2	3	4	5

Форма для підрахунку результатів SOCRATES

Крок 1: Перенесіть відповіді з анкети в таблицю нижче та підрахуйте загальну суму. Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за п’ятибальною шкалою таким чином:

Ні! Категорично не згоден	**Ні, не згоден**	**Не визначився або не впевнений**	**Так Згоден**	**Так! Повністю згоден**
1	2	3	4	5

Для підрахунку додайте відповідну відповідь на кожне твердження в таблицю Форми для підрахунку результатів SOCRATES, наведену нижче. Можливий діапазон кожної шкали такий: Визнання (7-35), Амбівалентність (4-20) та Здійснення кроків (8-40). Для зручності перенесення відповідей у таблицю відповіді подано послідовно; таким чином, розділи, позначені сірим кольором, не потребують жодних даних.

Форма для підрахунку результатів SOCRATES

Визнання		**Амбівалентність**		**Здійснення кроків**	
1		2			
3				4	
				5	
		6			
7				8	
				9	
10		11			
12				13	
				14	
15		16			
17				18	
				19	
Всього		Всього		Всього	

Крок 2: З Форми для підрахунку результатів SOCRATES (19-пунктова версія) перенесіть загальну кількість балів за шкалами в порожні клітинки в

нижній частині аркуша профілю. Потім для кожної шкали ОБВЕДІТЬ те саме значення над нею, щоб визначити децильний діапазон.

Позначення стану змін (обведіть відповідно до найвищого балу):	**Попередні роздуми**	**Роздуми**	**Дії**

Інструкції: З Форми для підрахунку результатів SOCRATES (19-пунктова версія) перенесіть загальну кількість балів за шкалами в порожні клітинки в нижній частині аркуша профілю. Потім для кожної шкали ОБВЕДІТЬ те саме значення над нею, щоб визначити децильний діапазон.

Децильні бали	**Визнання**	**Амбівалентність**	**Здійснення кроків**
90 (дуже високий)	-	19-20	39-40
80	-	18	37-38
70 (високий)	35	17	36
60	34	16	34-35
50 (середній)	32-33	15	33
40	31	14	31--32
30 (низький)	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 (дуже низький)	7-26	4-8	8--25
Необроблені бали (з таблиць підрахунку балів)	**Визнання = _____**	**Амбівалентність = _____**	**Здійснення кроків = _____**

Ці інтерпретаційні діапазони ґрунтуються на вибірці з 1726 дорослих чоловіків і жінок, які звернулися за лікуванням від алкогольної залежності в межах Проєкту MATCH. Зауважте, що індивідуальні бали оцінюються як низькі, середні або високі відносно людей, які вже зверталися за лікуванням від розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю.

Настанови щодо інтерпретації результатів за опитувальником SOCRATES-8

Використовуючи аркуш профілю SOCRATES, обведіть необроблений бал пацієнта в кожному з трьох стовпчиків шкали. Це дасть інформацію про те, чи є показники пацієнта низькими, середніми або високими по відношенню до людей, які вже звертаються за лікуванням від алкогольної залежності. Наведена вище таблиця містить загальні настанови щодо інтерпретації балів, але доцільно вивчити відповіді на окремі пункти для отримання додаткової інформації.

Джерело: *Міллер, В. і Тоніган, Д. 1996, «Оцінка мотивації осіб, які вживають алкоголь, до змін: етапи готовності до змін і шкала готовності до лікування (SOCRATES)», Психологія залежної поведінки, т. 10, с. 81-89.*

ASSIST V3.0 (ВООЗ)

Скринінговий тест на виявлення вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин (ASSIST) – це скринінговий інструмент, розроблений для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з метою виявлення та лікування вживання психоактивних речовин та пов'язаних із цим проблем, в основному в закладах первинної та загальної медичної допомоги. ASSIST доступний 8 різними мовами. Щоб отримати копію ASSIST, відвідайте: **https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2**

Джерело: *Всесвітня організація охорони здоров'я 2002, «Робоча група зі скринінгового тесту на вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин (ВООЗ ASSIST), Скринінговий тест на вживання алкоголю, тютюну та психоактивних речовин (ASSIST); розробка, надійність та доцільність», Залежність, т. 97, с. 1183-94.*

МІНІ-ОПИТУВАЛЬНИК СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ’Я

Міні-опитувальник стану психічного здоров’я не може бути включений до цього додатку через обмеження щодо його відтворення, пов’язані з авторським правом. Опитувальник можна придбати у компанії PAR Inc на їхньому вебсайті: **https://www.parinc.com/Products/Pkey/237**

СКРИНІНГ ВПЛИВУ РИЗИКІВ ДЛЯ КОРІННОГО НАСЕЛЕННЯ (IRIS)

Ризик вживання алкоголю та інших наркотичних речовин	
1. За останні 6 місяців чи доводилося вам пити або вживати більше, щоб досягти бажаного ефекту?	1 = Ні 2 = Так, трохи більше 3 = Так, набагато більше
2. Коли ви зменшували або припиняли вживати алкоголь чи наркотичні речовини в минулому, чи відчували ви якісь симптоми, такі як пітливість, тремтіння, біль у животі/блювоту, діарею, пригніченість або занепокоєння, проблеми зі сном, болі та ломоту?	1 = Ніколи 2 = Іноді, коли зупиняюся 3 = Так, кожного разу
3. Як часто ви відчуваєте, що зрештою вживаєте набагато більше алкоголю або наркотичних речовин, ніж очікували?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Раз на місяць 3 = Раз на два тижні 4 = Раз на тиждень 5 = Частіше, ніж раз на тиждень 6 = Більшість днів/щоденно
4. Чи відчували ви коли-небудь, що втрачали контроль над вживанням алкоголю або наркотичними речовинами?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Часто 4 = Більшість днів/щоденно
5. Наскільки складно було б припинити або зменшити вживання алкоголю чи наркотичних речовин?	1 = Зовсім не складно 2 = Досить легко 3 = Важко 4 = Я не зміг зупинитися або зменшити кількість
6. О котрій годині дня ви зазвичай починаєте вживати алкоголь або наркотичні речовини?	1 = Вночі 2 = Вдень 3 = Десь вранці 4 = Як тільки прокинусь
7. Як часто ви відчуваєте, що весь ваш день пов’язаний із вживанням алкоголю або наркотичних речовин?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Часто 4 = Більшість днів/щоденно

Оцінка ризику вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (питання 1-7)

Ризик емоційного благополуччя (ризик психічного здоров'я)	
8. Як часто ви відчуваєте себе пригніченим, сумним або млявим?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно
9. Як часто ви відчували, що життя безнадійне?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно
10. Як часто ви відчуваєте нервозність або страх?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно
11. Чи багато ви хвилюєтесь?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно
12. Як часто ви відчуваєте неспокій і не можете всидіти на місці?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно
13. Чи впливають на ваше самопочуття минулі події у вашій сім'ї (наприклад, те, що вас забрали з сім'ї)?	1 = Ніколи/майже ніколи 2 = Іноді 3 = Більшість днів/щоденно

Оцінка ризику психічного здоров'я та емоційного благополуччя (Питання 8-13)

Керівництво з підрахунку балів для IRIS:

1. Підрахуйте бали за допомогою скринінгового інструменту IRIS, що стосуються кожного ризику
2. Порівняйте бали пацієнта щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин з прохідними балами ризику
3. Перейдіть до короткої інтервенції.

Ризик	**Підрахунок балів**	**Прохідний бал**
Ризик вживання	Додайте бали за питання 1-7	Прохідний бал = 10 ***Примітка:*** *Якщо пацієнт набрав*

алкоголю та інших наркотичних речовин	Загальний бал: _____	*більш високий прохідний бал ризику, переходьте до короткої інтервенції*
Ризик для психічного здоров'я та емоційного благополуччя	Додайте бали за питання 8-13 Загальний бал: _____	Прохідний бал = 11 ***Примітка:*** *Якщо пацієнт набрав більш високий прохідний бал ризику, переходьте до короткої інтервенції та рекомендованого направлення до служби охорони психічного здоров'я*

Джерело: *Шлезінгер, К.М., Обер, К., Маккарті, М.М., Уотсон, Дж.Д. та Сейнен, А. 2007, Розробка та валідація скринінгу впливу ризиків для корінного населення (IRIS): скринінговий інструмент з 13 пунктів для оцінки ризику вживання алкоголю, наркотичних речовин та психічного здоров'я, Огляд наркозалежності тарозладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, т. 26, с. 109-17*

ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ПРОБЛЕМ З АЛКОГОЛЕМ (APQ) / ЗАГАЛЬНИЙ (APQ-C)

Опитувальник щодо проблем з алкоголем (APQ) – це шкала з 44 пунктів, яка досліджує вживання алкоголю та проблеми, пов'язані з ним у людини, а також (якщо це можливо) у її чоловіка/дружини, дітей та у сферах, пов'язаних із роботою. APQ-C (Загальний), який включає питання 1-23 опитувальника APQ, часто використовується як коротка версія або у випадках, коли інші сфери не вважаються важливими для пацієнта.

Питання стосуються останніх шести місяців. Кожна позитивна відповідь («Так») оцінюється в 1 бал, при цьому вищий підсумковий бал вказує на вищий/серйозніший рівень алкогольних проблем. Цей опитувальник ідеально підходить для повторного тестування для визначення змін, що відбулися з часом у пацієнтів. Для APQ-C необхідно відповісти лише на запитання 1-23.

Загальні питання	Так (1)	Ні (0)
1. Чи стали ви вживати більше алкоголю наодинці, ніж раніше?		
2. Чи хвилювалися ви, що наступного дня після вживання алкоголю знову зустрінетеся з друзями?		
3. Чи проводили ви більше часу з друзями, які вживають алкоголь, ніж з іншими друзями?		
4. Чи критикували вас друзі за те, що ви вживаєте забагато алкоголю?		
5. Чи були у вас борги?		
6. Чи закладали ви щось із свого майна, щоб купити алкоголь?		
7. Чи доводилося вам шукати виправдання через гроші?		
8. Чи ловили вас на брехні про гроші?		
9. Чи були у вас проблеми з поліцією через вживання алкоголю?		
10. Чи позбавляли вас водійських прав за водіння в нетверезому стані?		
11. Чи сиділи ви у в'язниці?		
12. Чи відчували ви фізичне нездужання після вживання алкоголю?		

13. Чи була у вас діарея після вживання алкоголю?		
14. Чи були у вас болі в животі після вживання алкоголю?		
15. Чи відчували ви «мурашки» в пальцях рук або ніг?		
16. Чи траплялися з вами після вживання алкоголю нещасні випадки, які потребували стаціонарного лікування?		
17. Ви схудли?		
18. Чи переставали дбати ви про себе фізично?		
19. Чи не милися ви кілька днів поспіль?		
20. Чи відчували ви депресію більше тижня?		
21. Чи відчували ви себе настільки пригніченим, що хотіли накласти на себе руки?		
22. Чи доводилося вам через вживання алкоголю відмовлятися від будь-яких захоплень, які вам подобалися раніше?		
23. Чи важко вам стало отримувати задоволення від ваших звичних інтересів?		

Питання про подружжя	**Так (1)**	**Ні (0)**
24. Чи скаржився ваш чоловік/дружина на те, що ви вживаєте алкоголь?		
25. Чи намагався ваш чоловік/дружина зупинити вас від вживання алкоголю?		
26. Чи відмовлявся він/вона розмовляти з вами через те, що ви вживаєте алкоголь?		
27. Чи погрожував він/вона покинути вас через те, що ви вживаєте алкоголь?		
28. Чи доводилося йому/їй укладати вас у ліжко після того, як ви вживали алкоголь?		
29. Чи кричали ви на нього/неї після того, як вживали алкоголь?		
30. Чи завдавали ви йому/їй тілесних ушкоджень після того, як вживали алкоголь?		

31. Чи розлучалися ви з чоловіком/дружиною на законних підставах через вживання вами алкоголю?		
32. Чи відмовлявся він/вона займатися з вами сексом через ваше вживання алкоголю?		

Питання про дітей	**Так (1)**	**Ні (0)**
33. Чи критикували ваші діти ваше вживання алкоголю?		
34. Чи сварилися ви з дітьми через те, що ви вживаєте алкоголь?		
35. Чи уникають вас діти, коли ви вживаєте алкоголь?		
36. Чи намагалися ваші діти зупинити вас від вживання алкоголю?		

Питання про роботу	**Так (1)**	**Ні (0)**
37. Чи стала ваша робота менш цікавою, ніж раніше?		
38. Чи траплялося, що ви не могли вчасно прийти на роботу через те, що вживали алкоголь?		
39. Чи траплялося, що ви пропускали цілий день на роботі через вживання алкоголю?		
40. Чи були ви менш здатні виконувати свою роботу через вживання алкоголю?		
41. Чи скаржився хтось на роботі на те, що ви запізнюєтеся або не з'являєтеся на роботі?		
42. Чи були у вас офіційні попередження від роботодавця?		
43. Чи відсторонювали вас від роботи або звільняли з роботи?		
44. Чи траплялися з вами нещасні випадки на роботі через ваше вживання алкоголю?		

Джерела: *Драммонд, Д. К. (1990). Взаємозв'язок між алкогольною залежністю та проблемами, пов'язаними з алкоголем, у клінічній групі. Британський журнал залежності, 85(3), 357-366.*

Вільямс, Б. і Драммонд, Д. К. (1994) Опитувальник щодо проблем, пов'язаних із алкоголем: надійність і валідність. Наркотична та алкогольна залежність, 35, 239-243.

ШКАЛА ОЦІНКИ ЗМІН УНІВЕРСИТЕТУ РОД-АЙЛЕНДА (URICA)

Шкала URICA – це опитувальник для самостійного заповнення, що складається з 32 пунктів, який оцінює стан змін за 4 підшкалами (попередні роздуми, роздуми, дії та підтримка). Відповіді на питання шкали слід давати, виходячи з того, як учасник відчуває себе в цей момент.

	Категорично не згоден	**Не згоден**	**Не визначився**	**Згоден**	**Повністю згоден**
1. Наскільки я розумію, у мене немає проблем, які потребують змін	1	2	3	4	5
2. Думаю, я готовий до певного самовдосконалення	1	2	3	4	5
3. Я роблю щось для вирішення проблем, які мене турбували	1	2	3	4	5
4. Можливо, варто попрацювати над моєю проблемою	1	2	3	4	5
5. Я не є проблемою. Мені немає сенсу тут перебувати	1	2	3	4	5
6. Мене турбує, що я можу повернутися до проблеми, яку вже було вирішено, тому я прийшов сюди за допомогою	1	2	3	4	5
7. Я нарешті починаю працювати над своєю проблемою	1	2	3	4	5
8. Я думав про те, що, можливо, я хотів би щось змінити в собі	1	2	3	4	5
9. Я успішно працюю над своєю проблемою, але не впевнений, що зможу продовжувати зусилля самостійно	1	2	3	4	5
10. Іноді моя проблема є складною, але я працюю над її вирішенням	1	2	3	4	5

11. Перебування тут для мене – марна трата часу, тому що проблема не стосується мене	1	2	3	4	5
12. Сподіваюся, це місце допоможе мені краще зрозуміти себе	1	2	3	4	5
13. Напевно, у мене є недоліки, але немає нічого, що мені дійсно потрібно змінити	1	2	3	4	5
14. Я справді наполегливо працюю над тим, щоб змінитися	1	2	3	4	5
15. У мене є проблема, і я дійсно вважаю, що мені слід над нею попрацювати	1	2	3	4	5
16. Мені не вдається довести до кінця те, що я вже змінив, так добре, як я сподівався, і я тут, щоб запобігти рецидиву проблеми	1	2	3	4	5
17. Навіть якщо мені не завжди вдається змінитися, я принаймні працюю над своєю проблемою	1	2	3	4	5
18. Я думав, що вирішивши свою проблему, я звільнюся від неї, але іноді я все ще борюся з нею	1	2	3	4	5
19. Хотілося б мати більше варіантів, як вирішити цю проблему	1	2	3	4	5
20. Я почав працювати над своїми проблемами, але мені потрібна допомога	1	2	3	4	5
21. Можливо, це місце зможе мені допомогти	1	2	3	4	5
22. Можливо, мені зараз потрібен поштовх, який допоможе мені підтримувати зміни, яких я вже досягнув	1	2	3	4	5

23. Можливо, я є частиною проблеми, але не думаю, що це так	1	2	3	4	5
24. Сподіваюся, що хтось із присутніх дасть мені добру пораду	1	2	3	4	5
25. Хто завгодно може говорити про зміни, а я дійсно щось роблю для цього	1	2	3	4	5
26. Всі ці розмови про психологію нудні. Чому люди не можуть просто забути про свої проблеми?	1	2	3	4	5
27. Я тут, щоб запобігти рецидиву моєї проблеми	1	2	3	4	5
28. Це розчаровує, але я відчуваю, що у мене може повторитися проблема, яку я вважав вирішеною	1	2	3	4	5
29. У мене є турботи, але вони є і в інших людей. Навіщо витрачати час на роздуми про них?	1	2	3	4	5
30. Я активно працюю над своєю проблемою	1	2	3	4	5
31. Я скоріше впораюся зі своїми недоліками, ніж намагатимуся їх змінити	1	2	3	4	5
32. Після всього, що я зробив, щоб спробувати змінити свою проблему, вона час від часу повертається, щоб дошкуляти мені	1	2	3	4	5

Форма для підрахунку результатів URICA

Крок 1: Перенесіть відповіді пацієнта з опитувальника. Отримайте середній бал за кожною підшкалою, використовуючи наведену нижче таблицю. Зверніть увагу, що бали за питання 4, 9, 20 і 31 не враховуються під час підрахунку.

Попередні роздуми (ПР)		**Роздуми (Р)**		**Дії (Д)**		**Підтримка (П)**	
1		2		3		6	Не враховувати бал
5		4	Не враховувати бал	7		9	
11		8		10		16	
13		12		14		18	
23		15		17		22	
26		19		20	Не враховувати бал	27	
29		21		25		28	
31	Не враховувати бал	24		30		32	

Крок 2: Додайте суму за кожною підшкалою [Попередні роздуми (ПР), Роздуми (Р), Дії (Д),

Підтримка (П)], а потім розділіть на 7, щоб отримати середнє значення для кожної підшкали.

Всього	Всього	Всього	Всього
/7	/7	/7	/7
Середнє значення	Середнє значення	Середнє значення	Середнє значення

КРОК 3: Щоб отримати показник готовності до змін, беруть суму середніх значень за підшкалами «Роздуми», «Дії» та «Підтримка», а потім віднімають середнє значення за підшкалою «Попередні роздуми».

Показник готовності до змін = Р + Д + П - ПР	**Показник готовності до змін = _____**

КРОК 4: Порівняйте отриманий показник готовності до змін з наведеними нижче середніми значеннями по групі. Оберіть етап, середнє значення по групі якого є найближчим до розрахованого показника готовності до змін.

Етап	**Середній по групі**
Попередні роздуми	8 або нижче
Роздуми	8 - 11
Підготовка (дія)	11 - 14
Підтримка	14 та вище

Джерело: *Макконнохі, Е., Прочаска, Дж. та Велісер, В. 1983, «Етапи змін у психотерапії: оцінка та вибіркові профілі», Психотерапія: Теорія, дослідження і практика, т. 20, с. 368-75*

ДіКлементе, К. К., та Хьюз, Д. Р. (1990). Етапи зміни профілю в амбулаторному лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Журнал зловживання психоактивними речовинами, 2, 217-235.

АНКЕТА ЩОДО ГОТОВНОСТІ ДО ЗМІН (ВЕРСІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ) RCQ-TV
ПЕРЕГЛЯНУТА РЕДАКЦІЯ 2007 РОКУ

За допомогою наступних запитань ми з'ясуємо, як Ви особисто ставитеся до вживання алкоголю зараз. Будь ласка, обміркуйте свою поточну ситуацію і звички щодо споживання алкоголю, навіть якщо ви повністю відмовилися від його вживання. Уважно прочитайте кожне запитання нижче, а потім вирішіть, наскільки Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь з наведеними твердженнями. Будь ласка, дайте відповідь на кожне питання. Якщо у Вас виникли питання, будь ласка, зверніться до адміністратора анкети.

Ваші відповіді залишаться повністю приватними та конфіденційними

Скорочення: **SD** = Абсолютно не погоджуюсь, **D** = Не погоджуюсь, **U** = Не впевнений(а), **A** = Погоджуюсь, **SA** = Абсолютно погоджуюсь

	SD	D	U	A	SA	*Для відміток*
1. Це марна трата часу - обмірковувати мої звички щодо вживання алкоголю, тому що у мене немає проблеми						**РС**
2. Мені подобається вживати алкоголь, але іноді я п'ю занадто багато						**С**
3. У мене все гаразд з алкоголем						**РС**
4. Іноді я думаю про те, щоб покинути або принаймні скоротити вживання алкоголю						**С**
5. Будь-хто може розповідати, що хоче щось змінити стосовно вживання алкоголю, але, на відміну від них, я хоча б роблю щось у цьому напрямку						**А**
6. Я вживаю алкоголь в помірній кількості						**РС**
7. У мене іноді є проблеми з вживанням алкоголю						**С**
8. Саме зараз я намагаюсь змінити свої звички						**А**
9. Я почав(ла) виконувати план щодо скорочення або припинення споживання алкоголю						**А**
10. Мені не потрібно нічого змінювати в своїх звичках щодо вживання алкоголю						**РС**
11. Іноді я думаю про те, що вже не контролюю споживання алкоголю						**С**

12. Я активно працюю над вирішенням своїх проблем зі споживанням алкоголю						**A**

<u>ЛИШЕ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ</u>

Будь ласка, введіть бали досліджуваної особи нижче:

	Бали
PC	
C	
A	

Підрахунок балів за анкетою щодо готовності до змін (версія для лікування)

Коди балів за шкалою відповідають кожному з етапів змін: PC = Стадія відсутності усвідомлення проблеми; C = Стадія усвідомлення проблеми; A = Стадія дій.

Запитання 1, 3, 6, 10 = *Стадія відсутності усвідомлення проблеми,* запитання 2, 4, 7, 11 = *Стадія усвідомлення проблеми,* запитання 5, 8, 9, 12 = *Стадія дій.* Відповіді на всі запитання оцінюються за 5-бальною шкалою в наступному діапазоні:

Абсолютно не погоджуюсь	-2
Не погоджуюсь	- 1
Не впевнений(а)	0
Погоджуюсь	+1
Абсолютно не погоджуюсь	+2

Щоб підрахувати бал за кожною шкалою, просто додайте бали за відповіді на запитання за відповідною шкалою. Діапазон кожної шкали становить від -8 до +8. Негативна оцінка за шкалою відображає загальну незгоду з твердженнями, що вимірюють стадію змін, тоді як позитивна оцінка відображає загальну згоду. Найвищий бал за шкалою відповідає стадії змін.

Примітка: Якщо кількість балів за двома або більше шкалами однакова, то шкала, яка знаходиться далі вздовж континууму змін (Відсутність усвідомлення проблеми - Усвідомлення проблеми - Дії), є тією стадією змін, на якій перебуває досліджувана особа. Наприклад, якщо досліджувана особа набрала 6 балів за шкалою «Відсутність усвідомлення проблеми», 6 балів за шкалою «Усвідомлення проблеми» і -2 бали за шкалою «Дії», то її відносять до стадії «Усвідомлення проблеми».

Якщо відповідь на одне з чотирьох запитань шкали відсутня, бал досліджуваної особи за цією шкалою слід перерахувати пропорційно (тобто помножити на 4/3 або на 1,33). Якщо відсутні дві або більше відповідей на запитання за школою, бал за цією шкалою не підраховується та у такому випадку визначення стадії змін буде недійсним.

ТЕСТ НА МАЛЮВАННЯ ГОДИННИКА

Численні версії тесту на малювання годинника передбачають, що пацієнта просять намалювати циферблат годинника. Подальші запитання пацієнта можна ввічливо відкласти, повторивши прохання намалювати циферблат годинника. У більшості варіантів тесту пацієнта також просять намалювати стрілки, що позначають певний час. Час 11.10 був запропонований як корисний через те, що під час встановлення часу пацієнт відволікається на «потягування» за цифру 10 на годиннику. Зазвичай, час виконання тесту не обмежений, але зазвичай він займає лише одну-дві хвилини.

Існує багато варіацій підрахунку часу, причому більше, ніж варіацій у проведенні самого тесту. Більшість систем підрахунку балів тісно пов'язані з загальновизнаними показниками, включаючи Міні-опитувальник стану психічного здоров'я, шкалу оцінки деменції та шкалу глобального погіршення стану здоров'я.

Етапи тесту на малювання годинника

Дайте пацієнту аркуш паперу, на якому заздалегідь намальоване коло діаметром приблизно 10 см, або чистий аркуш паперу.

1. Попросіть пацієнта намалювати циферблат годинника і вписати цифри.
2. Попросіть пацієнта намалювати стрілки так, щоб годинник показував час «10 хвилин по одинадцятій».

Джерело: *Манос, П. Дж. 1997, «Корисність десятибального годинникового тесту як скринінгу когнітивних порушень у пацієнтів загальних лікарень», Психіатрія загальних лікарень, т. 19, № 6, с. 439-44.*

Манро, К.А., Сакстон, Дж. і Баттерс, М.А. 2000, Нейропсихологічні наслідки синдрому відміни алкоголю серед літніх алкоголіків: перехресне дослідження, Алькогольна залежність: Клінічні та експериментальні дослідження, т. 24, № 10, с. 1510-16

Система підрахунку балів для тесту на малювання годинника

Існує декілька систем підрахунку балів для цього тесту. Кооперативна система оцінювання хвороби Альцгеймера базується на п'ятибальній системі:

- 1 бал за коло годинника
- 1 бал за те, що всі цифри розташовані в правильному порядку
- 1 бал за те, що цифри розташовані в правильному спеціальному порядку (вирівняні)
- 1 бал за дві стрілки годинника
- 1 бал за правильний час

Нормальною оцінкою є чотири або п'ять балів.

АБО

Можливо, найшвидший спосіб підрахунку балів полягає в тому, щоб розділити годинник на чотири квадранти і порахувати цифри в правильному квадранті.

РЕКОМЕНДОВАНИЙ СКРИНІНГ ВІД NIAAA

Національний інститут з питань зловживання алкоголем та залежності від алкоголю (NIAAA), що є частиною Національного інституту охорони здоров'я США, рекомендує поставити наступне запитання для виявлення нездорового вживання алкоголю.

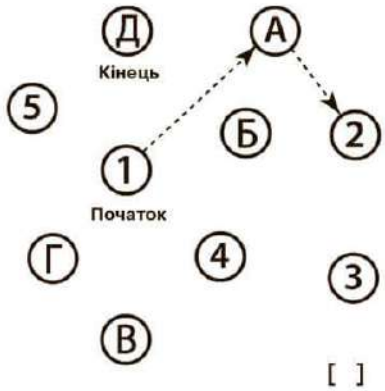
- Чоловіки: Скільки разів за останній рік ви випивали 5 або більше стандартних порцій алкоголю за день?
- Жінки: Скільки разів за останній рік ви випивали 4 або більше стандартних порцій алкоголю за день?

(відповідь ≥ 1 вважається позитивною)

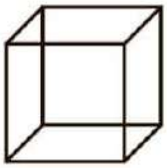
Джерело: *Сміт, П. К., Шмідт, С. М., Алленсворт-Дейвіс, Д., та Саітц, Р. (2009). Валідація скринінгового тесту на вживання алкоголю з одним запитанням на рівні первинної медичної допомоги. Журнал загальної внутрішньої медицини, 24(7), 783-788.*

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ — БАЛИ:



[ ] [ ]



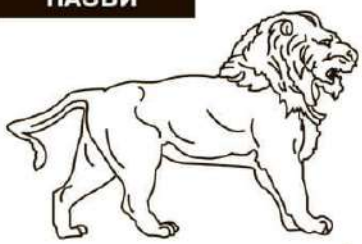
Скопіюйте куб

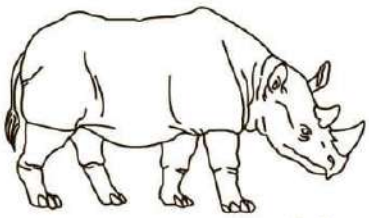
Намалюйте годинник (десять хвилин на дванадцяту) (3 бали)

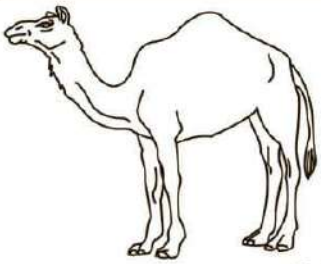
[ ] Контур [ ] Цифри [ ] Стрілки

__/5

НАЗВИ







[ ] [ ] [ ]

__/3

ПАМ'ЯТЬ — Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.

	обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний
1 спроба					
2 спроба					

Бали не додаються

УВАГА — Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)

Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [ ] 2 1 8 5 4

Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [ ] 7 4 2

__/2

Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні літери А.

Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.

[ ] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б

__/1

Серійне віднімання 7, починаючи зі 100.

[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 або 5 правильних віднімань — **3 бали**; 2 або 3 правильних віднімання — **2 бали**; 1 правильне віднімання — **1 бал**; 0 правильних віднімань — **0 балів**

__/3

МОВА

Повторіть: Я упевнений, що тільки Джон може сьогодні допомогти. [ ]

Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті. [ ]

__/2

Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери Н [ ] ___ **(норма ⩾ 11 слів)**

__/1

АБСТРАКЦІЯ — Спільне між словами банан-апельсин = фрукти [ ] поїзд-велосипед [ ] лінійка-годинник

__/2

ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ

Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	обличчя [ ]	оксамит [ ]	церква [ ]	маргаритка [ ]	червоний [ ]	Бали присуджуються за названі слова без підказок
ОПЦІЙНО Категоріальна підказка						
Список слів для вибору						

__/5

ОРІЄНТАЦІЯ [ ] Дата [ ] Місяць [ ] Рік [ ] День тижня [ ] Місце знаходження [ ] Місто

__/6

Z. Nasreddine MD **www.mocatest.org**

Норма: ⩾ 26/30

Всього ____ /30

Додайте 1 бал, якщо освіта ⩽12 років

Лікар, що проводив тестування:

Авторське право З. Насреддін, лікар. Відтворюється з дозволу. Копії доступні за адресою www.mocatest.org

Джерело: *Насреддін, З.С., Філліпс, Н.А., Бедірян, В., Шарбонно, С., Уайтхед, В., Коллін, І., Каммінгс, Дж.Л. і Чертков, Х. (2005), Монреальський когнітивний тест, МоСА:*

Короткий інструмент скринінгу для легких когнітивних порушень. Журнал Американського геріатричного товариства, 53: 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

ШКАЛА ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ АДДЕНБРУКА-III (ACE-III)

ACE-III доступний кількома мовами, а також у вигляді англомовної аудіокопії для осіб з порушеннями слуху. Існує також кілька еквівалентних версій ACE-III, які мають на меті урізноманітнити питання, що ставляться на кожній сесії, щоб зменшити ймовірність зазубрювання учасником.

Копії ACE-III, а також настанови щодо підрахунку балів та проведення тесту можна отримати в Центрі мозку та розуму Університету Сіднея, Австралія, на цій вебсторінці: https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementa-test.html

Джерело: *Матуранатх, П.С., Нестор, П.Дж., Берріос, Г.Е., Ракович, В. і Ходжес, Дж.Р. (2000). Коротка батарея когнітивних тестів для диференціації хвороби Альцгеймера та лобно-скроневої деменції. Неврологія. 55 (11): 1613–1620. doi:10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19.*

Ходжес, Дж.Р. та Ларнер, А.Дж. (2017). Дослідження когнітивної функції Адденбрука: ACE, ACE-R, ACE-III, ACEapp та M-ACE. Інструменти когнітивного скринінгу. с. 109-137. doi:10.1007/978-3-319-44775-9_6.

ПОВТОРЮВАНА БАТАРЕЯ ТЕСТІВ ДЛЯ ОЦІНКИ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ (R-BANS)

Оцінювання R-BANS не може бути включене до цього додатку через обмеження щодо його відтворення, пов’язані з авторським правом. Оцінювання можна придбати у компанії Pearson Assessments на їхньому вебсайті: https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/ Professional-Assessments/Cogniton-%26-Neuro/Repeatable-Batery-for-the-Assessment-of-Neuropsychological-Status-Update/p/100000726.html

ПЕРЕГЛЯНУТА ШКАЛА ОЦІНКИ СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ КЛІНІЧНОГО ІНСТИТУТУ (CIWA-AR)

Пацієнт:

Дата: _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Час:***

* 24-годинний годинник, північ = 00:00

Пульс або частота серцевих скорочень, вимірюється протягом однієї хвилини: **Кров'яний тиск:_____ / _____**

НУДОТА ТА БЛЮВАННЯ: Запитайте: «У вас є нудота в животі? Чи було блювання?»

Спостереження

0. Немає нудоти та блювання
1. Легка нудота без блювоти
2.
3.
4. Періодична нудота з позивами на блювоту
5.
6.
7. Постійна нудота, часті позиви на блювоту та блювання

ТАКТИЛЬНІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви свербіж, поколювання, печіння, оніміння, чи відчуваєте ви, що ніби мурашки повзають по вашій шкірі або під нею?»

Спостереження

0. Відсутнє
1. Дуже легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння
2. Легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння
3. Помірний свербіж, поколювання, печіння або оніміння
4. Помірно тяжкі галюцинації
5. Тяжкі галюцинації
6. Надзвичайно тяжкі галюцинації
7. Тривалі галюцинації

ТРЕМОР: Руки витягнуті та пальці розведені в сторони	
Спостереження	**0.** Відсутність тремору **1.** Не видно, але можна відчути від кінчика пальця до кінчика пальця **2.** **3.** **4.** Помірний, при витягнутих руках пацієнта **5.** **6.** **7.** Тяжкий, навіть якщо руки не витягнуті
СЛУХОВІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи стали ви краще розрізняти	

звуки навколо себе? Чи вони різкі? Чи лякають вони вас? Чи чуєте ви щось, що вас турбує? Чи чуєте ви речі, яких, як ви знаєте, там немає?»	
Спостереження	**0.** Не спостерігаються **1.** Дуже легка різкість або здатність налякати **2.** Легка різкість або здатність налякати **3.** Помірна різкість або здатність налякати **4.** Помірно тяжкі галюцинації **5.** Тяжкі галюцинації **6.** Надзвичайно тяжкі галюцинації **7.** Тривалі галюцинації
ПАРОКСИЗМАЛЬНЕ ПОТОВИДІЛЕННЯ: Спостереження	
Спостереження	**0.** Поту не спостерігається **1.** Ледь помітне потовиділення, долоні вологі **2.** **3.** **4.** На лобі помітні крапельки поту **5.** **6.** **7.** Проливний піт
ЗОРОВІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи не здається світло занадто яскравим? Чи відрізняється його колір? Чи не ріже воно очі? Чи бачите ви щось, що вас турбує? Чи бачите ви речі, яких, як ви знаєте, там немає?»	
Спостереження	**0.** Не спостерігаються **1.** Дуже легка чутливість **2.** Легка чутливість **3.** Помірна чутливість **4.** Помірно тяжкі галюцинації **5.** Тяжкі галюцинації **6.** Надзвичайно тяжкі галюцинації **7.** Тривалі галюцинації
ТРИВОЖНІСТЬ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви нервозність?»	
Спостереження	**0.** Відсутність тривожності, відчуття спокою **1.** Легка тривожність **2.** **3.** **4.** Помірна тривожність, або настороженість, так що можна припустити наявність тривожності **5.**

	6. **7.** Еквівалентно гострому панічному стану, що спостерігається при тяжкому делірії або гострих шизофренічних реакціях
ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ВАЖКІСТЬ У ГОЛОВІ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви щось інакше в голові? Чи не здається, що навколо голови є пов'язка?» Не оцінюйте наявність запаморочення або легкого головокружіння. В іншому випадку оцініть ступінь тяжкості.	
Спостереження	**0.** Не спостерігається **1.** Дуже легкий **2.** Легкий **3.** Помірний **4.** Помірно тяжкий **5.** Тяжкий **6.** Дуже тяжкий **7.** Вкрай тяжкий
ЗБУДЖЕННЯ: Спостереження	
Спостереження	**0.** Нормальна активність **1.** Дещо більше, ніж нормальна активність **2.** **3.** **4.** Помірно непосидючий і неспокійний **5.** **6.** **7.** Протягом більшої частини інтерв'ю ходить туди-сюди або постійно кидається в різні сторони
ОРІЄНТАЦІЯ ТА ПОМУТНІННЯ СВІДОМОСТІ: Запитайте: «Який сьогодні день? Де ви знаходитесь? Хто я?»	
Спостереження	**0.** Орієнтується і може робити послідовні додавання **1.** Не може робити послідовні додавання або не впевнений щодо дати **2.** Дезорієнтований щодо дати не більше ніж на 2 календарні дні **3.** Дезорієнтований щодо дати більш ніж на 2 календарні дні **4.** Дезорієнтований щодо місця/людини
Загальний бал за CIWA-Ar	**Максимально можливий бал 67**

Опитувальник CIWA-Ar не захищений авторським правом і може вільно відтворюватися. Ця оцінка для моніторингу симптомів СВ займає приблизно 5 хвилин. Максимальний бал – 67. Пацієнти, які набрали менше 10 балів, зазвичай не потребують додаткового лікування СВ.

Джерело: *Салліван, Дж. Т., Сікора, К., Шнайдерман, Д., Наранджо, К. А. та Селлерс, Е. М. 1989, «Оцінка синдрому відміни алкоголю: Переглянута шкала Клінічного інституту оцінки синдрому відміни алкоголю (CIWA-Ar)», Британський журнал залежності, т. 84, с. 1353-57.*

ШКАЛА СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ (AWS)

Потовиділення	**0.** Без аномального потовиділення **1.** Волога шкіра **2.** Локальні краплі поту, наприклад, на обличчі, грудній клітці **3.** Все тіло мокре від поту **4.** Рясне максимальне потовиділення; одяг, білизна мокрі
Тремор	**0.** Відсутність тремору **1.** Легкий тремор **2.** Постійний легкий тремор верхніх кінцівок **3.** Постійний виражений тремор кінцівок
Тривожність	**0.** Відсутність занепокоєння або тривожності **1.** Невелике занепокоєння **2.** Занепокоєння або зрозумілий страх, наприклад, перед симптомами синдрому відміни алкоголю **3.** Тривожність, що іноді загострюється до стану паніки **4.** Постійна панічна тривожність
Збудження	**0.** Нормально відпочиває протягом дня, без ознак збудження **1.** Незначний неспокій, не може спокійно сидіти чи лежати, не спить, коли інші сплять **2.** Постійно рухається, виглядає напруженим; хоче встати з ліжка, але підкоряється проханням залишитися в ліжку **3.** Постійно неспокійний, встає з ліжка без видимої причини **4.** Максимально неспокійний, агресивний; ігнорує прохання залишитися в ліжку
Температура в пахвовій западині	**0.** Температура 37,0°C **1.** Температура 37,1°C **2.** Температура від 37,6°C до 38,0°C **3.** Температура від 38,1°C до 38,5°C **4.** Температура вище 38,5°C
Галюцинації (зорові, звукові, смакові або тактильні)	**0.** Немає ознак галюцинацій **1.** Спотворення реальних об’єктів, усвідомлення того, що вони не є реальними, якщо на це вказати **2.** Поява абсолютно нових об’єктів або відчуттів,

	усвідомлення того, що вони не є реальними, якщо на це звернути увагу **3.** Вважає галюцинації реальними, але все ще орієнтується в місці та собі **4.** Вважає, що перебуває в абсолютно неіснуючому середовищі, стурбований і не може відволіктися чи заспокоїтися
Орієнтація	**0.** Пацієнт повністю орієнтується в часі, місці та собі **1.** Пацієнт повністю орієнтується в собі, але не впевнений, де він знаходиться і котра година **2.** Орієнтується в собі, але дезорієнтований у часі та місці **3.** Сумнівна особиста орієнтація, дезорієнтований у часі та місці; можуть бути короткі періоди ясності **4.** Дезорієнтований у часі, місці та собі; не може вступити в конструктивний контакт

Загальний бал за шкалою AWS _____ Максимально можливий бал = 27

Тяжкість синдрому відміни алкоголю: Легка = <4, Помірна = 5-14, Тяжка = >15

Джерело: *Департамент охорони здоров'я Нового Південного Уельсу 1999, Клінічні настанови з детоксикації в Новому Південному Уельсі, Департамент охорони здоров'я Нового Південного Уельсу, ISBN 0 7347 3034.*

КОРОТКА ШКАЛА СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ (SAWS)

Будь ласка, поставте позначку в клітинках, щоб показати, як ви відчували всі наведені нижче симптоми протягом останніх 24 годин.

Симптоми	**Відсутні (0)**	**Легкі (1)**	**Помірні (2)**	**Тяжкі (3)**
Занепокоєння				
Відчуття розгубленості				
Неспокій				
Нещасність				
Проблеми з пам’яттю				
Тремор (тремтіння)				
Нудота				
Прискорене серцебиття				
Порушення сну				
Потовиділення				

Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою, при цьому загальний бал <12 вважається легким синдромом відміни алкоголю, а загальний бал 12 або більше – помірним або тяжким синдромом відміни алкоголю.

Джерело: *Госсоп, М., Кіні, Ф., Стюарт, Д., Маршалл, Е. та Стренг, Дж. А. 2002, «Розробка та психометричні властивості короткої шкали синдрому відміни алкоголю (SAWS)», Біологія залежності, т. 7, с. 37-43.*

ЯК ПЕРЕЖИТИ СИНДРОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ: ПОСІБНИК ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ТА ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД. ЩО ТАКЕ СИНДРОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ І ЯК МОЖЕ ДОПОМОГТИ ЛІКУВАННЯ?

Синдром відміни алкоголю – це процес пристосування організму до відсутності алкоголю в організмі після тривалого періоду інтенсивного вживання алкоголю.

«Детоксикація» або «детокс» – це загальновживаний термін для опису синдрому відміни. Термін «детоксикація» передбачає, що виведення певних «токсинів» відновить здоров'я. Зараз ми розуміємо, що це не так.

Багато людей зможуть успішно припинити пити без будь-яких несприятливих наслідків. Це більш ймовірно, якщо попередні періоди без алкоголю протягом одного-двох днів не викликали проблем.

Реакція або симптоми синдрому відміни алкоголю можуть бути більш імовірними, якщо ви раніше стикалися з подібними проблемами під час припинення вживання алкоголю або якщо споживання алкоголю було особливо високим протягом тривалого періоду.

Які симптоми виникають під час синдрому відміни?

Найпоширенішими симптомами є тремор (тремтіння), пітливість, припливи жару і холоду, тривожність, поганий сон, перепади настрою, потяг до алкоголю, нудота і блювота, діарея і шлункові спазми.

У деяких людей під час синдрому відміни виникають серйозні проблеми (ускладнення), такі як сильна тривожність і збудження, судомии, делірій (сильна сплутаність свідомості) або біла гарячка (сильна сплутаність свідомості з тремором або тремтінням), або галюцинації (бачення, відчуття або чутність речей, яких не існує).

Як довго триває синдром відміни?

Зазвичай синдром відміни починається через 6-24 години після останнього вживання алкоголю, досягає піку тяжкості на 2-3 день і, зазвичай, заспокоюється протягом тижня. Деякі симптоми, такі як поганий сон, перепади настрою і потяг до алкоголю, можуть тривати кілька тижнів.

Метою лікування синдрому відміни алкоголю є:

- запобігти або зменшити вираженість цих неприємних симптомів і ускладнень під час синдрому відміни;
- підвищити ймовірність проходження синдрому відміни;
- налагодити контакт з постійною допомогою для контролю над вживанням алкоголю в майбутньому, а також зі службами, які допоможуть вирішити будь-які інші соціальні проблеми або проблеми зі здоров'ям.

ЯК ПЕРЕЖИТИ СИНДРОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Частиною успішного проходження синдрому відміни є підготовка. Вам слід поговорити зі своїм медичним працівником про те:

- чого очікувати під час синдрому відміни;
- ваш попередній досвід синдрому відміни;
- поточні медичні та соціальні обставини, а також
- про те, що може допомогти вам безпечно пережити синдром відміни.

Деякі речі, які вам потрібно врахувати, включають перебування в безпечному середовищі, наявність людей, які вас підтримують, і, можливо, прийом відповідних лікарських засобів і вітамінів. Крім того, вам потрібно зосередитися на поліпшенні свого раціону та харчування, достатній кількості сну та відпочинку.

Безпечне середовище: Багато людей можуть безпечно проходити синдром відміни вдома, якщо:

- в їхньому домі немає алкоголю, інших наркотичних речовин та сильних стресових факторів;
- не очікується, що синдром відміни буде надто тяжким, і
- є люди, які можуть надати підтримку в перші кілька днів.

Якщо ні, то краще звернутися на кілька днів до стаціонару, спеціалізованого відділення детоксикації або лікарні.

Підтримка: Ідеальним варіантом є наявність людини, яка може допомогти вам пройти через стан відміни. Ця людина може допомогти вам:

- стежити за тим, наскільки тяжкі ваші симптоми
- наскільки добре ви справляєтеся з ними
- допомагати з базовими речами, такими як приготування їжі, покупки та
- триматися подалі від тих, з ким ви зазвичай випиваєте.

Лікарські засоби: Не всім потрібні лікарські засоби для подолання синдрому відміни, але деяким людям вони дають набагато кращі результати.

- Найчастіше використовується діазепам (Валіум®, який є заспокійливим бензодіазепіновим препаратом).
- Діазепам зазвичай застосовують до 5 днів, щоб запобігти або лікувати тривожність, судомии та галюцинації.
- Зазвичай діазепам не слід приймати довше цього періоду або в поєднанні з алкоголем.
- Запитайте свого лікаря про роль ліків і про те, чи підходять вони саме вам.

Вітаміни: У багатьох людей, які вживають алкоголь у великих кількостях, спостерігається дефіцит тіаміну (вітаміну B1), який у важких

випадках може спричинити сплутаність свідомості та нестійкість (частина стану, який називається енцефалопатія Верніке).

Ваш лікар може порекомендувати вам приймати добавки з тіаміном під час синдрому відміни.

- Якщо ви добре харчувалися протягом кількох тижнів, що передували синдрому відміни, ви можете приймати тіамін перорально у вигляді таблеток.
- Якщо ви не харчувалися належним чином, ефективніше буде отримувати тіамін ін'єкційно.

Пийте багато рідини: Важливо випивати щонайменше 2 літри рідини на день, більше, якщо у вас діарея, блювота або ви сильно пітнієте. Пийте воду, фруктові соки і насичені (нешипучі) газовані напої протягом дня.

Уникайте великих важких прийомів їжі на початку синдрому відміни: Їжте невеликі легкі страви або перекуси (наприклад, тости, салати, супи, йогурти, овочі, фрукти) протягом дня і уникайте смаженої та жирної їжі. Якщо нудота, блювання або діарея сильні, на деякий час припиніть їсти тверду їжу і вживайте лише рідку. Якщо ви можете втримати рідину протягом кількох годин, спробуйте з'їсти невелику кількість легкої їжі (наприклад, шматочок тосту).

Якщо проблема не зникне, поговоріть з лікарем про прийом лікарських засобів для контролю симптомів.

Висипайтеся: У більшості людей під час синдрому відміни порушується сон. Такі лікарські засоби, як діазепам (див. лікарські засоби вище), можуть допомогти протягом перших кількох днів, але вони лише затримують повернення нормального сну, а інші немедикаментозні підходи є більш важливими в довгостроковій перспективі. Порадьтеся з лікарем або фармацевтом щодо покращення сну.

Розслаблення: Тривожність і дратівливість є поширеним явищем під час синдрому відміни, тому важливо робити речі, які допоможуть вам розслабитися. У кожного є прості способи розслабитися – перегляд телевізора, відео, прослуховування музики, теплі ванни, легкі фізичні вправи, читання – робіть те, що підходить саме вам. Попросіть свого консультанта або медичного працівника надати інформацію про більш серйозні методи релаксації, такі як релаксаційні стрічки, м'язова релаксація та дихальні вправи.

Як впоратися з потягом до алкоголю

Багато людей відчувають бажання вживати алкоголь під час синдрому відміни. Але потяг до алкоголю приходить і йде, і, зазвичай, є сильним лише протягом коротких періодів (зазвичай менше 1 години), а потім знижується до рівня, з яким легше впоратися. Ваша мета – пережити цей важкий період. Корисним підходом до боротьби з потягом може бути такий:

- Відкладіть на 1 годину прийняття рішення про вживання алкоголю.
- Протягом цієї години відволічіться на якусь діяльність.

• Через годину запитайте себе, що я втрачу, якщо знову почну вживати алкоголь? На початковому етапі утримання від вживання алкоголю складіть список цих причин і тримайте його під рукою, щоб нагадувати собі, чому ви намагаєтеся припинити вживати алкоголь.

КЕРУВАННЯ ТРИГЕРАМИ, ЩО СПОНУКАЮТЬ ДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

У кожної людини є тригери, які спонукають її до вживання алкоголю. Вони часто пов’язані з попередніми патернами вживання алкоголю (люди, яких ви знаєте і з якими раніше випивали, місця, де ви зазвичай випивали, і певний час доби) або емоційними станами (після сварки з членом сім’ї або другом).

Нездатність впоратися з цими тригерами є поширеною причиною того, що люди знову починають вживати алкоголь, тому будьте готові та подумайте про свої ситуації підвищеного ризику та тригери, а також про те, як найкраще з ними впоратися. Це може включати:

• Уникнення ситуації, де це можливо: уникайте певних людей, місць або подій, що провокують вживання алкоголю.

• Наявність готового плану на випадок, якщо ви все ж потрапите в ситуацію підвищеного ризику, щоб знати, що ви будете говорити або робити. У вразливі періоди може допомогти наявність людей, які вас підтримують.

• Згадування стратегій подолання, які ви використовували раніше, щоб впоратися з потягом, як розслабитися.

Подолання надзвичайних ситуацій

Під час утримання від вживання алкоголю багато чого може піти не так, і важливо бути готовим до цього. Ваша готовність може включати в себе:

• Наявність когось, з ким можна поговорити, якщо ви відчуваєте, що не справляєтеся. Це можуть бути люди, які надають підтримку, медичні працівники або цілодобова телефонна консультація чи кризова лінія.

• Наявність контактних номерів медичних працівників, лікаря або служби екстреної допомоги, якими ви можете негайно скористатися.

• Подолання зриву. Багато людей, які приймають рішення щодо зупинки вживання алкоголю, зриваються і випивають. Це не означає, що все лікування та утримання від вживання алкоголю були марними, була марною тратою часу, і більшість людей можуть повернутися на правильний шлях. Поговоріть зі своїми близькими та медичними працівниками.

Після завершення синдрому відміни: що далі?

На жаль, більшість людей повертаються до вживання алкоголю, якщо вони не продовжують лікування. Найпоширеніші варіанти, які варто розглянути:

- отримання індивідуального консультування;
- участь у групах самодопомоги (Анонімні Алкоголіки, Smart Recovery);
- медикаментозне лікування (налтрексон, акампросат, дисульфірам);
- програми стаціонарної реабілітації.

Поговоріть зі своїм медичним працівником про варіанти, які найкраще вам підходять.

КЕРІВНИЦТВО ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ПРОБЛЕМАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ З АЛКОГОЛЕМ

Цей інформаційний бюлетень є керівництвом для людей, які занепокоєні тим, що у них можуть бути проблеми з вживанням алкоголю, і думають про те, щоб отримати допомогу, щоб краще контролювати або припинити вживання алкоголю. Він містить огляд доступних варіантів лікування, а також інформацію про те, як отримати доступ до цих послуг. Поговоріть зі своїм медичним працівником про будь-які питання, розглянуті тут, і про те, як отримати допомогу, що відповідає вашим потребам.

Деякі моменти, про які варто подумати стосовно лікування

Для людей, які мають проблеми з вживанням алкоголю, існує цілий ряд різних варіантів лікування. Розглядаючи можливі варіанти лікування, слід пам'ятати:

- Не існує «найкращого методу» лікування, який би працював для всіх. Можливо, вам доведеться спробувати кілька варіантів, перш ніж знайти той, що найкраще підходить саме вам. Крім того, певний вид лікування може підходити людині на одному етапі її життя, але не бути корисним в інший час.
- Важливість оцінки. Лікування буде найкращим, якщо воно буде відповідати вашим власним обставинам і потребам. Всі люди різні, й оцінка медичного працівника, такого як лікар, спеціаліст з питань наркотичної та алкогольної залежності або консультант, допоможе визначити типи лікування та послуг, які найкраще відповідають вашим потребам.

Як алкоголь впливає на вас і на тих, хто вас оточує?

Алкоголь може впливати на наше життя по-різному. Він часто асоціюється зі святкуваннями та соціальними подіями, і багатьом людям подобається ефект від його вживання. Але алкоголь, як і всі наркотичні речовини, може мати негативні наслідки. Зазвичай саме тоді, коли негативні наслідки переважають над позитивними, люди замислюються над тим, щоб зменшити вживання алкоголю.

Деякі з найбільш поширених негативних наслідків вживання алкоголю наведені нижче.

Соціальні проблеми	**Фізичне здоров'я**	**Психічне здоров'я**
Фінансові проблеми	Захворювання печінки	Погана пам'ять
Проблеми у стосунках	Проблеми зі шлунком (виразка, рефлюкс)	Тривожність
Проблеми з законом	М'язова слабкість	Депресія
Насильство	Проблеми сексуального здоров'я	Суїцидальні думки
Втрата друзів	Проблеми з серцем	судоми
Проблеми з працевлаштуванням	Погане харчування	Провали в пам'яті
Водіння в нетверезому стані	Зниження імунітету до інфекцій	Галюцинації
Проблеми з акомодацією	Шкода для плоду під час вагітності	Труднощі з концентрацією уваги

Подумайте про те, як алкоголь може впливати на вас і на тих, хто вас оточує. Поговоріть про це зі своїм медичним працівником, оскільки це допоможе визначити найкращий для вас підхід до лікування.

Ви залежні від алкоголю?

Багато людей стикаються з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, але не обов'язково є залежними від нього. Алкогольна залежність стосується людей, які тривалий час вживають алкоголь у великих кількостях і

яким важко зменшити або припинити його вживання, незважаючи на постійну фізичну, психологічну та/або соціальну шкоду.

Один з аспектів залежності полягає в тому, що організм адаптується до регулярного вживання алкоголю у великих кількостях – він стає «толерантним» до дії алкоголю, і ви помічаєте, що вам потрібно випити набагато більше, щоб сп'яніти. Після тривалого періоду вживання алкоголю у великих кількостях організм пристосовується до того, що він працює «нормально» лише тоді, коли в ньому є алкоголь, а життя без нього може призвести до симптомів синдрому відміни (таких як тривожність, пітливість, тремор, нудота, шлункові спазми).

Особи, які мають сформовану залежність, зазвичай потребують більш інтенсивного лікування, ніж люди без залежності: їм може знадобитися програма детоксикації, яка допоможе їм припинити пити, а після цього – постійне лікування (наприклад, консультування, медикаментозне лікування, програми самодопомоги).

Якщо ви не впевнені, чи є у вас проблема з алкоголем, або ви залежні від алкоголю, ви можете заповнити опитувальник AUDIT і обговорити це зі своїм лікарем.

Контрольоване вживання алкоголю або повне утримання від вживання: наскільки це реалістична мета?

Деякі люди хотіли б продовжувати вживати алкоголь на «низькому рівні» або відновити «помірне» вживання алкоголю після короткої перерви.

Загалом, більшість людей, залежних від алкоголю, які намагаються це зробити, стикаються з великими труднощами, і більшість з них повертаються до вживання алкоголю в великих кількостях. Тому лікарі наполегливо рекомендують людям, залежним від алкоголю, прагнути відмовитися від вживання алкоголю принаймні на кілька місяців, а краще – на більш тривалий термін. Існують програми консультування з конкретною метою «контрольованого вживання алкоголю», але, зазвичай, вони не рекомендуються до тих пір, поки пацієнт не досягне принаймні 3-6 місяців повного утримання від вживання алкоголю.

Контрольоване вживання алкоголю може підійти людям без залежності або з низьким рівнем залежності, або за допомогою короткострокової програми консультування, або за допомогою програм контрольованого вживання алкоголю.

Які є варіанти лікування?

Існує багато варіантів лікування: короткострокові програми консультування, програми для подолання синдрому відміни, консультаційні послуги, медикаментозне лікування, реабілітаційні програми в стаціонарі та програми самодопомоги. Поговоріть зі своїм лікарем про проблеми, з якими

вам може знадобитися допомога, або про те, що вас турбує; з'ясуйте, які кроки ви можете зробити для їх вирішення і які служби можуть вам допомогти.

Припинення або зменшення вживання алкоголю часто є важливим кроком до вирішення цих проблем.

Короткі програми консультування призначені для оцінки рівня вживання алкоголю і того, як це може вплинути на ваше життя (включаючи здоров'я, стосунки, роботу, фінанси). Ці програми допоможуть вам поставити реалістичні цілі та вивчити шляхи зменшення будь-яких проблем, пов'язаних із алкоголем, а також підтримуватимуть з вами зв'язок, щоб дізнатися, як у вас справи. Короткі програми консультування зазвичай складаються лише з 1-4 сесій, і їх можна проводити з будь-яким кваліфікованим медичним працівником, наприклад, лікарем загальної практики або фахівцем з лікування алкогольної та наркотичної залежності. Вони найкраще підходять для людей, які не є залежними від алкоголю, тобто не мають тривалого та інтенсивного патерну вживання алкоголю.

Програми для подолання синдрому відміни (також відомі як детоксикація або детокс) – це програми тривалістю від 1 до 2 тижнів, спрямовані на те, щоб допомогти людям, які зловживають алкоголем протягом тривалого часу, припинити вживання алкоголю. Іноді ви можете проходити синдром відміни вдома (якщо у вас є хороша підтримка і ваш синдром відміни не має бути важким), але якщо у вас серйозні проблеми зі здоров'ям, безпечніше проходити лікування синдрому відміни в лікарні. Програми для подолання синдрому відміни включають підтримуюче консультування, а іноді й медикаментозне лікування.

Більшість людей, які зловживають алкоголем у великих кількостях, повертаються до вживання алкоголю після програми детоксикації, якщо вони не беруть участі в якійсь формі постійного лікування – як кажуть в одній приказці: «Зупинитися легко – важко втриматися».

Послуги з консультування щодо проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, є численними та різноманітними. Програми можуть бути індивідуальними або груповими, де ви також зможете дізнатися про досвід інших людей. Багато програм консультування ґрунтуються на «профілактиці рецидивів», яка має на меті допомогти вам утриматися від вживання алкоголю шляхом:

- визначення ймовірних ризиків і «тригерів» для вживання алкоголю (наприклад, місця, люди, звички, емоції);
- допомоги у пошуку інших способів подолання цих ризиків;
- визначення способів запобігти зриву, який може призвести до повноцінного рецидиву вживання алкоголю.

Вам також може бути корисною консультація з інших питань, таких як проблеми з настроєм або тривожністю, проблеми у стосунках, невирішене горе або стрес, управління гнівом, проблеми зі сном або домашнє насильство. Поговоріть зі своїм лікарем про те, що вас турбує, і про те, які послуги можуть вам найкраще підійти.

Лікарські засоби можуть допомогти зменшити або зупинити вживання алкоголю після подолання синдрому відміни.

- Налтрексон знижує потяг до алкоголю, зменшує кількість днів вживання алкоголю та кількість випитого в будь-який день. Він має певні переваги приблизно у половини людей, які приймають цей лікарський засіб. Він не блокує дію алкоголю, але блокує дію опіатних препаратів (таких як морфін), тому важливо уникати цього препарату, якщо вам потрібна опіоїдна аналгезія. Стандартна доза – одна таблетка (50 мг) на добу.
- Акампросат зменшує потяг до алкоголю. Він має певні переваги приблизно у половини людей, які приймають цей лікарський засіб. Стандартна доза – дві таблетки тричі на день. Жінкам, які важать менше 60 кг, дозу зменшують.
- Дисульфірам діє, викликаючи важку реакцію (нудоту, головний біль, дискомфорт у животі), якщо ви вживаєте алкоголь. Він підходить лише для людей, які дуже мотивовані повністю припинити вживати алкоголь, і зазвичай найкраще працює, якщо член сім'ї або опікун допомагає забезпечити щоденний прийом лікарських засобів.

Поговоріть зі своїм лікарем про ці лікарські засоби, оскільки вони можуть мати побічні реакції і не рекомендуються деяким пацієнтам, які мають інші проблеми зі здоров'ям. Якщо призначені лікарські засоби допомагають, їх зазвичай слід приймати щонайменше 6 місяців.

Програми стаціонарної реабілітації (також відомі як терапевтичні спільноти) – це, зазвичай, довгострокові програми, за якими люди живуть і працюють у спільноті інших осіб, які раніше вживали алкоголь, та професійного персоналу. Програми можуть тривати від одного до 12 місяців (або більше). Реабілітаційні програми спрямовані на те, щоб допомогти вам розвинути навички та ставлення, необхідні для позитивних, довгострокових змін у напрямку до життя без алкоголю та наркотичних речовин. Зазвичай програми включають такі заходи, як працевлаштування, навчання та тренінги, консультування, групову роботу, профілактику рецидивів, а також частину «реінтеграції», де вам допомагають повернутися у вашу спільноту.

Програми самодопомоги для людей з алкогольною залежністю складаються з людей, які допомагають один одному залишатися незалежними від алкоголю, і, зазвичай, є груповими програмами, які проводяться самими учасниками, а не професіоналами. Основними програмами самодопомоги є 12-крокова програма Анонімних Алкоголіків та Smart Recovery®. Чим довше люди відвідують ці програми, тим кращі довгострокові результати. Зустрічі Smart Recovery® також доступні онлайн.

Інтернет-програми лікування залежності від алкоголю довели свою ефективність у зниженні споживання алкоголю як серед осіб, які мають залежність, так і серед молодих людей з групи ризику розвитку розладів вживання алкоголю. Технологія смартфонів може бути потенційним шляхом

для поширення інтервенцій, але на цей момент науково обґрунтованих інтервенцій недостатньо, і необхідні більш систематичні оцінки, щоб переконатися, що застосунки для смартфонів є клінічно корисними.

Оскільки нові ресурси можуть з'являтися і зникати, щоб знайти інструмент, який може бути корисним для вас, ми рекомендуємо використовувати вебсайт, який відстежує ресурси.

Вебсайти, які постійно оновлюють ресурси:

HEAD TO HEALTH

https://headtohealth.gov.au/search-resources

Head to health – це австралійський вебсайт, який містить низку ресурсів. Вони поділяють ресурси на 1) інформаційні сторінки Head to health, 2) зовнішні вебсайти, 3) застосунки та програми (конкретні ресурси), 4) форуми для взаємної підтримки та 5) телефонний чат і електронну пошту

BEACON

https://beacon.anu.edu.au/service/website/browse/23/Alcohol

Beacon – це австралійський вебсайт, який використовує групу експертів у галузі охорони здоров'я для класифікації, огляду та оцінки вебсайтів і мобільних застосунків (застосунків і вебсайтів), що використовуються для формування здорової поведінки.

PSYBERGUIDE

https://onemindpsyberguide.org

Psyberguide використовує схожий процес, як і Beacon. Однак зараз вони мають дуже мало застосунків для боротьби з вживанням психоактивних речовин.

Ресурси для контролю споживання алкоголю:

Ресурс	**Вебсайт**
Hello Sunday Morning	https://hellosundaymorning.org/daybreak/
Drinks Meter	https://studiomade.co/work/drinks-meter/
Down Your Drink	https://www.drinkbreak.org.uk/
SMART Recovery Australia	https://smartrecoveryaustralia.com.au

Вирішення фізичних, психічних та соціальних проблем

Ви можете мати низку фізичних (наприклад, гіпертензія, гастрит, захворювання печінки) та/або психічних (наприклад, тривожність, депресія) проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Часто ці проблеми зі здоров'ям можуть покращитися після періоду утримання від вживання алкоголю, але це

може зайняти кілька тижнів (а в деяких випадках і місяців), перш ніж настане значне поліпшення.

Вам також може знадобитися соціальна підтримка та допомога у вирішенні фінансових, юридичних, житлових проблем, питань, пов'язаних із підтримкою дітей або працевлаштуванням. Ваш лікар може направити вас до відповідної служби підтримки (див. також «Контактні дані для отримання подальшої допомоги та послуг» нижче).

Які види діяльності не пов'язані з алкоголем?

Для деяких людей вживання алкоголю могло стати значною частиною їхнього життя, але існує низка видів діяльності, які можуть приносити задоволення і не пов'язані з алкоголем. Подумайте про те, чим ви раніше займалися, але це не пов'язано з алкоголем, і що вам подобається, або подумайте про те, що ви хотіли б спробувати.

Зрештою, ви маєте спробувати займатися тими видами діяльності, які вам подобаються і які вам підходять. Нижче наведені деякі види діяльності, які, за словами інших людей, добре допомагають їм:

Прогулянка	Читання книги	Похід до музею
Перегляд фільму або телепередачі	Малювання	Розгадування кросвордів
Проходження онлайн-курсу	Спів	В'язання
Слухання музики	Колекціонування речей	Складання списку завдань
Приготування їжі	Фарбування	Відвідування цікавих місць
Садівництво	Гра на музичному інструменті	Відвідування видовищних спортивних заходів
Прийняття ванни	Декоративно-прикладне мистецтво	Риболовля
Дзвінок другу або члену сім'ї	Читання журналів або газет	Організація спільного дозвілля з другом

ПІДТРИМКА СІМ'Ї, ДРУЗІВ ТА ОПІКУНІВ

Члени сім'ї, друзі або опікуни людей, які вживають алкоголь у великих кількостях, відчувають цілу низку емоцій, живучи з такими людьми і

намагаючись їх підтримати. Багатьом допомагає підтримка і можливість обговорити, як вони справляються з проблемою. Існують групи самодопомоги (наприклад, «Ал-Анон») та професійні послуги для сімей та опікунів.

КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПОДАЛЬШОЇ ДОПОМОГИ ТА ПОСЛУГ

- Анонімні Алкоголіки (AA) **http://www.aa.org.au/**
- Ал-Анон (для друзів та родичів) **http://www.al-anon.org/australia/**
- SMART Recovery® **www.smartrecoveryaustralia.com.au**
- Сімейна підтримка з питань наркозалежності **https://www.fds.org.au**

Для отримання інформації про місцеві служби лікування та можливості направлення до них, зверніться до місцевої інформаційної служби з питань боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків (контактна інформація для кожного штату та території наведена нижче) або до Фонду боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків на сайті **https://adf.org.au** чи зателефонуйте за номером **1300 85 85 84**.

ACT	**https://www.health.act.gov.au/services/alcohol-and-drug-services**
	Гаряча лінія цілодобової служби допомоги для людей з залежністю від алкоголю та наркотиків ACT: **(02) 5124 9977**
NSW	**https://www.nsw.gov.au/living-nsw/health-and-wellbeing/addiction-services/ alcohol-and-drugs**
	Інформаційна служба з питань боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків (ADIS) – цілодобова лінія підтримки: **1800 250 015**
VIC	**https://www2.health.vic.gov.au/alcohol-and-drugs**
	https://www.directline.org.au/
	Телефон: **1800 888 236**
QLD	**https://www.qld.gov.au/health/staying-healthy/atods/alcohol**
	Інформаційна служба з питань боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків (ADIS) – цілодобова підтримка: **1800 177 833**
SA	**https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/services/mental+health+and+drug+and+alcohol+services/ drug+and+alcohol+services/drug+and+alcohol+services**
	Інформаційна служба з питань боротьби з залежністю від

	алкоголю та наркотиків (ADIS): **1300 13 1340** або **(08) 8363 8618** (з 8.30 до 22.00 щодня).
WA	**https://www.mhc.wa.gov.au/**
	Лінія підтримки для людей з алкогольною та наркотичною залежністю: **1800 198 024** або **(08) 9442 5000**
NT	**https://nt.gov.au/wellbeing/health-conditions-treatments/alcohol-drugs-and-your-body/alcohol-and-your-health**
	Інформаційна служба з питань боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків: **1800 131 350** Дарвін **(08) 8922 8399** Аліс-Спрингс: **(08) 8951 7580**
TAS	**https://www.dhhs.tas.gov.au/mentalhealth/alcohol_and_drug**
	Державна служба боротьби з залежністю від алкоголю та наркотиків: **1300 139 641**

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА РОЗЛАДУ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ЗА DSM-5 ТА ICD-11

DSM5 РОЗЛАД ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ	**ICD-11 АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ**
Проблемний патерн вживання алкоголю, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу, що проявляється принаймні двома з наведених нижче симптомів, які виникають протягом 12-місячного періоду:	Порушення регуляції вживання алкоголю, що виникає внаслідок повторного або безперервного вживання алкоголю. Характерною ознакою є сильний внутрішній потяг до вживання алкоголю. Для постановки діагнозу необхідно, щоб дві або більше з трьох центральних ознак були очевидними протягом щонайменше 12 місяців, але діагноз може бути поставлений, якщо вживання алкоголю є безперервним протягом щонайменше трьох місяців:
Потяг, або сильне бажання чи потяг до вживання алкоголю.	**Порушення контролю** над вживанням алкоголю – з точки зору початку, рівня, обставин або припинення вживання, що часто, але не обов'язково, супроводжується суб'єктивним відчуттям бажання або потягу до вживання алкоголю.
Спостерігається **постійне бажання** або безуспішні спроби скоротити або контролювати вживання алкоголю.	
Алкоголь часто приймається у **більших кількостях** або протягом тривалішого періоду, ніж планувалося.	
DSM5 РОЗЛАД ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ	**ICD-11 АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ**
Регулярне вживання алкоголю призводить до **нездатності виконувати** основні службові обов'язки на роботі, в школі чи вдома.	Вживання алкоголю стає все **більшим пріоритетом** у житті, так що його вживання переважає над іншими інтересами або задоволеннями, повсякденною діяльністю, обов'язками, здоров'ям або особистим доглядом. Вживання алкоголю займає все більш центральне місце в житті людини, відсуваючи інші сфери життя на периферію, і часто продовжується, незважаючи на
Вживання алкоголю **продовжується, незважаючи** на знання про наявність стійких або рецидивуючих **фізичних чи психологічних проблем**, які, ймовірно, були спричинені або загострені алкоголем.	

Продовження вживання алкоголю, незважаючи на наявність стійких або рецидивуючих соціальних або міжособистісних проблем, спричинених або загострених впливом алкоголю.	появу проблем.

Толерантність, яка визначається одним з наведених нижче варіантів: **A.** Потреба в значно більшій кількості алкоголю для досягнення сп'яніння або бажаного ефекту. **B.** Помітне зниження ефекту за умови продовження вживання тієї ж самої кількості алкоголю.	Фізіологічні особливості (що свідчать про нейроадаптацію до алкоголю), які проявляються (i) **толерантністю**, (ii) симптомами **синдрому відміни алкоголю** після припинення або зменшення вживання алкоголю, або (iii) повторним вживанням алкоголю (або фармакологічно подібної речовини) для запобігання або полегшення симптомів синдрому відміни алкоголю. Симптоми синдрому відміни алкоголю мають бути характерними для синдрому синдрому відміни алкоголю від алкоголю, а не просто відображати похмільний синдром.
Стан відміни, що проявляється будь-яким з наведених нижче симптомів: **A.** Характерний для алкоголю стан відміни. **B.** Алкоголь (або близька до нього речовина) приймається для полегшення або уникнення симптомів синдрому відміни алкоголю.	
Повторне вживання алкоголю в ситуаціях, коли це є фізично небезпечним.	**Немає еквівалентного критерію**

Адаптовано та оновлено з Сондерс Дж.Б., Дегенхардт Л., Рід Г.М., Позняк В. Розлади вживання алкоголю в МКХ-11: минуле, теперішнє та майбутнє. Алкогольна залежність: Клінічні та експериментальні дослідження 2019; 43: 1617-1631.

DSM – Діагностичний і статистичний посібник Американської психіатричної асоціації (APA). МКХ – Міжнародна статистична класифікація хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Примітка: *Слова, виділені жирним шрифтом, позначають ключові моменти кожного критерію. У DSM-5 діагноз розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин, додатково класифікується за ступенем тяжкості: Наявність 2-3 симптомів – легкий; наявність 4-5 симптомів – помірний; наявність 6 і більше симптомів – тяжкий.*

Коментар робочої групи: *станом на момент розробки Настанови в Україні використовувався МКХ-10.*

Джерело: *Австралійські настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я від вживання алкоголю, Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень (Ліцензія Creative Commons з позначенням авторства 4.0 Міжнародна ліцензія)*

Для отримання додаткової інформації відвідайте: https://www.nhmrc. gov.au/about-us/publicatons/australian-guidelines-re-duce-health-risks-drinking-alcohol

ЩО ТАКЕ СТАНДАРТНА ПОРЦІЯ АЛКОГОЛЮ?

** на малюнку зазначені Австралійські стандартні порції алкоголю*

Джерело: *Австралійські настанови щодо зменшення ризиків для здоров'я від вживання алкоголю, Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень (Ліцензія Creative Commons з позначенням авторства 4.0 Міжнародна ліцензія)*

Для отримання додаткової інформації відвідайте: https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol

НАСТАНОВИ З ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Австралійський портал клінічних практичних настанов NHMRC **https://www.clinicalguidelines.gov.au/portal**

Королівський коледж психіатрів Австралазії та Нової Зеландії **http://www.ranzcp.org/resources/ clinical-practce-guidelines.html**

Американська психіатрична асоціація **http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/PracticeGuidelines_1.aspx**

Американська психологічна асоціація, Товариство клінічної психології. (без дати). *Психологічні методи лікування, підкріплені дослідженнями* Отримано 13 лютого 2020 р. з **https://www.div12.org/psychological-treatments/**

Національний інститут досконалості охорони здоров'я та медичної допомоги NICE, Національна служба охорони здоров'я **https://www.nice.org.uk/**

Адміністрація служб лікування залежності від психоактивних речовин та психічного здоров'я. (2014). Допомога з урахуванням травми в службах поведінкового здоров'я: (Протокол покращення лікування (TIP) № 57). Адміністрація служб лікування залежності від психоактивних речовин та психічного здоров'я. **https://www.integraton.samhsa.gov/clinical-practce/SAMSA_TIP_Trauma.pdf**

РИЗИК СУЇЦИДУ

Система оцінки та управління ризиком суїциду для медичного персоналу Нового Південного Уельсу – ресурси. (2005). Отримано 14 липня 2020 р. з **https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Pages/suicide-risk.aspx**

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб Вікторії (2010). Суїцид – робота з суїцидальною особою: *Клінічні практичні настанови для відділень невідкладної допомоги та служб психічного здоров'я.* Департамент охорони здоров'я та соціальних служб. Отримано 14 липня 2020 р. з **https://www2.health.vic.gov.au/about/publicatons/policiesandguidelines/suicide-guidelines-working-with-suicidal-person**

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

Ендрюс, Г., Белл, К., Бойс, П., Гейл, К., Лампе, Л., Марват, О., Рапі, Р. та Вілкінс, Г. (2018). Клінічні практичні настанови Королівського коледжу психіатрів Австралії та Нової Зеландії з лікування панічного розладу, соціального тривожного розладу та генералізованого тривожного розладу. *Австралійський та новозеландський журнал психіатрії,* 52(12), 1109-1172. **https://doi.org/10.1177/0004867418799453**

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я (ACPMH) (2013) Австралійські рекомендації щодо лікування дорослих з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом. **https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf**

Бек, С. Е., Фоа, Е. Б., Кіллін, Т. К., Міллс, К. Л., Тіссон, М., Коттон, Б. Д., ... Брейді, К. Т. (2014a). Одночасне лікування ПТСР та розладів вживання психоактивних речовин з використанням тривалої експозиції (COPE): Робоча книга пацієнта. Оксфорд, Нью-Йорк: Видавництво Оксфордського університету.

Бек, С. Е., Фоа, Е. Б., Кіллін, Т. К., Міллс, К. Л., Тіссон, М., Коттон, Б. Д., ... Брейді, К. Т. (2014b). Одночасне лікування ПТСР та розладів вживання психоактивних речовин з використанням тривалої експозиції (COPE): Посібник для терапевта. Оксфорд, Нью-Йорк: Видавництво Оксфордського університету.

ДЕПРЕСІЯ

Малхі, Г. С., Бассетт, Д., Бойс, П., Брайант, Р., Фіцджеральд, П. Б., Фріц, К., ... Сінгх, А. Б. (2015). Клінічні практичні настанови Королівського коледжу психіатрів Австралії та Нової Зеландії з лікування розладів настрою. *Австралійський та новозеландський журнал психіатрії*, 49(12), 1087-1206. **https://doi.org/10.1177/0004867415617657**

ПСИХОЗ

RANZCP Шизофренія та пов'язані з нею розлади: клінічна практична настанова та супутні ресурси **https://www.ranzcp.org/practce-educaton/guidelines-and-resources-for-practce/schizophrenia-cpg-and-associated-resources**

РОЗЛАДИ СНУ

Адміністрація служб лікування залежності від психоактивних речовин та психічного здоров'я. (2014). Лікування проблем зі сном у людей, які одужують від розладів вживання психоактивних речовин. *Огляд*, 8(2), 8. **https://store.samhsa.gov/ system/files/sma14-4859.pdf**

РОЗЛАДИ КОНТРОЛЮ ІМПУЛЬСІВ

Настанова NICE з синдрому дефіциту уваги та гіперактивності: діагностика та лікування Опублікована: 14 березня 2018 р. **www.nice.org.uk/guidance/ng87** (схвалено RANZCP)

CADDRA – Канадський ресурсний альянс з проблем РДУГ. (2020). Канадські практичні рекомендації щодо РДУГ (4.1 видання). **https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-ADHD-Practce-Guidelines-4.1-English.pdf (endorsed by RANZCP)**

РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

Лубман, Д. І., Холл, К., Пенней, А. та Рао, С. (2011). Лікування пограничного розладу особистості та вживання психоактивних речовин. Австралійський сімейний лікар, 40(6), 376-381. **https://www.racgp.org.au/afp/2011/june/managing-borderline-personality-disorder-and-substance-use/**

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Хей, П., Чінн, Д., Форбс, Д., Медден, С., Ньютон, Р., Сугенор, Л., Туіз, С. та Уорд, В. (2014). Клінічні практичні настанови Королівського коледжу психіатрів Австралії та Нової Зеландії з лікування розладів харчової поведінки. *Австралійський та новозеландський журнал психіатрії*, 48(11), 977-1008.
https://doi.org/10.1177/0004867414555814

СКРИНІНГОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ КОМОРБІДНИХ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Шкала психологічного дистресу Кесслера (k10)

За останні чотири тижні:	Ніколи	Трохи часу	Деякий час	Більшу частину часу	Весь час
1. Як часто ви відчували втому без вагомої причини?	1	2	3	4	5
2. Як часто ви відчували нервозність?	1	2	3	4	5
3. Як часто ви відчували себе настільки знервованим, що ніщо не могло вас заспокоїти?	1	2	3	4	5
4. Як часто ви відчували безнадію?	1	2	3	4	5
5. Як часто ви відчували неспокій або метушливість?	1	2	3	4	5
6. Як часто ви відчували себе настільки неспокійно, що не могли всидіти на місці?	1	2	3	4	5
7. Як часто ви відчували депресію?	1	2	3	4	5
8. Як часто ви відчували, що все дається вам з великими зусиллями?	1	2	3	4	5
9. Як часто вам було так сумно, що ніщо не могло вас розвеселити?	1	2	3	4	5
10. Як часто ви відчували себе нікчемним?	1	2	3	4	5
Всього					

Ім'я _____ Дата _____

Для всіх запитань, будь ласка, обведіть відповідь, яка найбільше стосується вас. Запитання 3 і 6 автоматично отримують один бал, якщо відповідь на попереднє запитання була «ніколи».

Тест: Кесслер, Р.К. (1996). *Шкала психологічного дистресу Кесслера з 10 пунктів.* Бостон, штат Массачусетс: Гарвардська медична школа.

Нормативні дані: Національне дослідження психічного здоров'я та благополуччя, Австралійське бюро статистики, 1997 р.

Тяжкість психологічного дистресу за шкалою K10

Бал за шкалою k10	**Рівень психологічного дистресу**
10-15	Низький
16-21	Помірний
22-29	Високий
30-50	Дуже високий

Адаптовано з публікації Ендрюса та Слейда (Ендрюс та Слейд, 2001)

ТЕСТ НА ВИЯВЛЕННЯ РОЗЛАДІВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ (AUDIT)

AUDIT може проводитися як у формі усного інтерв'ю, так і у формі анкети для самооцінювання. Тут ми представляємо версію інтерв'ю. AUDIT-C є скороченим варіантом AUDIT, який складається з перших трьох запитань, що стосуються вживання алкоголю.

Тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: версія для інтерв'ю

Зачитуйте запитання саме так, як вони сформульовані. Ретельно записуйте відповіді. Розпочніть тест AUDIT словами: «Зараз я поставлю Вам кілька запитань про вживання Вами алкогольних напоїв протягом останніх 12 місяців». Поясніть, що мається на увазі під «алкогольними напоями», використовуючи місцеві приклади, напр., пиво, вино, горілку тощо. Відповіді кодуйте в «стандартних порціях алкоголю» (СП). Вказуйте номер відповіді у комірці праворуч.

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

(0) Ніколи [пропустіть запитання 2–8]
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) 2–4 рази на місяць
(3) 2–3 рази на тиждень
(4) 4 рази на тиждень або частіше

☐

2. Скільки алкоголю Ви зазвичай вживаєте в той день, коли випиваєте? *

Запишіть відповідь клієнта:
_____

Визначте кількість стандартних порцій (СП) на основі відповіді клієнта, використовуючи подані нижче значення для переведення мілілітрів алкогольних напоїв у СП. Якщо клієнт зазвичай вживає кілька різних алкогольних напоїв, підсумовуйте число СП.

Приклади 1 СП:

250 мл пива (~5%)
30 мл міцного алкоголю (горілка, віскі тощо, ~40%)
100 мл вина (~12%)

(0) 1–2 СП
(1) 3–4 СП
(2) 5–6 СП
(3) 7–9 СП
(4) 10 СП і більше

☐

3. Якщо запитуєте чоловіка: Як часто Ви вживаєте принаймні півтора літра пива, або принаймні 180 мл міцного алкоголю, або принаймні пляшку вина чи шампанського (750 мл) впродовж 24 годин?

Якщо запитуєте жінку: Як часто Ви вживаєте принаймні один літр пива, або принаймні 120 мл міцного алкоголю, або принаймні 400 мл вина чи шампанського впродовж 24 годин? **

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

6. Як часто за останні 12 місяців Ви мали потребу випити вранці, щоб прийти в себе після надмірного вживання алкоголю напередодні (похмелитися)?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

7. Як часто за останні 12 місяців після вживання алкоголю Ви відчували провину або дорікали собі?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

8. Як часто за останні 12 місяців Ви не могли пригадати, що було напередодні, через вживання алкоголю?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

Перейдіть до запитань 9–10, якщо сума балів за запитання 2 і 3 дорівнює 0. ☐	
4. Як часто за останні 12 місяців Ви помічали, що не могли зупинитись після того, як почали випивати? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐	**9. Чи траплялося, що внаслідок вживання Вами алкоголю Ви чи хтось інший зазнавали травм?** (0) Ні (2) Так, більше ніж 12 місяців тому (4) Так, упродовж останніх 12 місяців ☐
5. Як часто за останні 12 місяців через вживання алкоголю Ви не робили те, що зазвичай від Вас очікувалось? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐	**10. Чи висловлював хтось із родичів, знайомих або медичних працівників стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив менше випивати?** (0) Ні (2) Так, більше 12 місяців тому (4) Так, упродовж останніх 12 місяців ☐
Запишіть загальний бал тут	
Якщо загальний бал більший за рекомендоване порогове значення, знайдіть відповідну інформацію в Посібнику користувача. ☐	

*З метою контекстуалізації опитувальника додана таблиця з поясненнями щодо вмісту однієї стандартної порції алкоголю в різних напоях

**З метою забезпечення ґендерної чутливості тесту додане питання щодо різних кількостей алкогольних напоїв, які є надмірним вживанням алкоголю для чоловіків та жінок

Тест AUDIT

Тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: версія для самостійного заповнення

Оскільки алкоголь може впливати на здоров'я та ефективність втручань, а також взаємодіяти з певними лікарськими засобами, ми маємо поставити Вам кілька запитань про вживання Вами алкогольних напоїв. Під алкогольними напоями маються на увазі будь-які напої, що містять алкоголь: алкогольні коктейлі, слабоалкогольні напої (пиво, сидр), вино, шампанське, міцні алкогольні напої. Відповідаючи на питання, будь ласка, пригадуйте лише останні 12 місяців. Ваші відповіді є конфіденційними, тому просимо Вас відповідати чесно. Позначте хрестиком [X] комірку з варіантом відповіді, який максимально точно характеризує вживання Вами алкоголю. Абревіатура «СП» позначає стандартні порції алкоголю.

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) 2–4 рази на місяць (3) 2–3 рази на тиждень (4) 4 рази на тиждень або частіше ☐	**6. Як часто за останні 12 місяців Ви мали потребу випити вранці, щоб прийти в себе після надмірного вживання алкоголю напередодні (похмелитися)?** (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐

2. Скільки алкоголю Ви зазвичай вживаєте в той день, коли випиваєте? *

Приклади 1 СП:

250 мл пива (~5%)	30 мл міцного алкоголю (горілка, віскі, тощо, ~40%)	100 мл вина (~12%)

(0) 1–2 СП
(1) 3–4 СП
(2) 5–6 СП
(3) 7–9 СП
(4) 10 СП і більше

☐

3. Якщо Ви – чоловік, то як часто Ви вживаєте принаймні півтора літра пива, або принаймні 180 мл міцного алкоголю, або принаймні пляшку вина чи шампанського (750 мл) впродовж 24 годин?

Якщо Ви – жінка, то як часто Ви вживаєте принаймні один літр пива, або принаймні 120 мл міцного алкоголю, або принаймні 400 мл вина чи шампанського впродовж 24 годин? **

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

4. Як часто за останні 12 місяців Ви помічали, що не могли зупинитись після того, як почали випивати?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

5. Як часто за останні 12 місяців через вживання алкоголю Ви не робили те, що зазвичай від Вас очікувалось?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

7. Як часто за останні 12 місяців після вживання алкоголю Ви відчували провину або дорікали собі?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

8. Як часто за останні 12 місяців Ви не могли пригадати, що було напередодні, через вживання алкоголю?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

9. Чи траплялося, що внаслідок вживання Вами алкоголю Ви чи хтось інший зазнавали травм?

(0) Ні
(2) Так, більше ніж 12 місяців тому
(4) Так, упродовж останніх 12 місяців

☐

10. Чи висловлював хтось із родичів, знайомих або медичних працівників стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив менше випивати?

(0) Ні
(2) Так, більше ніж 12 місяців тому
(4) Так, упродовж останніх 12 місяців

☐

Загальний бал ☐

*З метою контекстуалізації опитувальника додана таблиця з поясненнями щодо вмісту однієї стандартної порції алкоголю в різних напоях

**З метою забезпечення ґендерної чутливості тесту додане питання щодо різних кількостей алкогольних напоїв, які є надмірним вживанням алкоголю для чоловіків та жінок

Керівництво з підрахунку балів для AUDIT:

Питання 1-8 оцінюються в 0, 1, 2, 3 або 4 бали. Запитання 9-10 оцінюються лише в 0, 2 або 4 бали. Кодування відповідей таке:

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
Питання 1	Ніколи	Щомісяця або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 або більше разів на тиждень
Питання 2	1 або 2	3 або 4	5 або 6	Від 7 до 9	10 і більше
Питання 3-8	Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Питання 9-10	Ні		Так, але не протягом останнього року		Так, протягом останнього року

Мінімальний бал (для тих, хто не вживає алкоголь) – 0, а максимально можливий – 40. Оцінка 8 або більше балів вказує на високу ймовірність небезпечного або шкідливого вживання алкоголю.

Джерело: *Сондерс, Дж.Б., Аасланд, О.Г., Бабор, Т.Ф., де ла Фуенте, Дж.Р. і Грант, М. 1993, «Розробка тесту на виявлення розладів вживання алкоголю (AUDIT): спільний проєкт ВООЗ з раннього виявлення осіб зі шкідливим вживанням алкоголю II», Залежність, т. 88, с. 791-804.*

Див. також: *https://auditscreen.org/about/scoring-audit*

AUDIT-C

1. Як часто ви вживаєте напої, що містять алкоголь?

Ніколи	Щомісяця або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 і більше разів на тиждень
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Скільки стандартних порцій алкоголю ви випиваєте в звичайний день, коли ви п'єте?				
1 або 2	3 або 4	5 або 6	Від 7 до 9	10 і більше
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Як часто ви випиваєте шість або більше стандартних порцій алкоголю за один раз?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Керівництво з підрахунку балів для AUDIT-C:

Тест AUDIT-C складається з 3 запитань і оцінюється за шкалою від 0 до 12 балів. Кожне питання має 5 варіантів відповідей, що оцінюються від 0 балів до 4 балів. У чоловіків позитивним вважається результат 4 або більше балів; у жінок позитивним вважається результат 3 або більше балів. Чим вищий бал, тим більша ймовірність того, що вживання алкоголю впливає на безпеку людини.

Джерело: *Буш К., Ківлахан Д.Р. та ін., 1998. Питання щодо вживання алкоголю AUDIT (AUDIT-C): Ефективний короткий скринінговий тест для виявлення проблемного вживання алкоголю. Проєкт покращення якості амбулаторної допомоги (ACQUIP). Архіви внутрішньої медицини. 158:1789-95.*

Коментар робочої групи: *робоча група вважає доцільним доповнити інформацію щодо особливостей проведення тесту AUDIT, зокрема, в ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу*

AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, 2001

AUDIT. Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю

Автори: Томас Ф. Бейбор, Джон С. Хіггінс-Біддл, Джон Б. Сондерс та Маристела Дж. Монтейро

У додатках 2 та 3 містяться клінічні настанови щодо ролі тестування для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю в закладах первинної медико-санітарної допомоги.

Анотація

У цьому керівництві представлений тест для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю (тест AUDIT), і описано, як його використовувати для виявлення осіб, що зловживають алкоголем і піддаються небезпечним наслідкам його вживання. Тест AUDIT був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як простий метод скринінгу для визначення осіб, що зловживають алкоголем, і допомоги в проведення експрес-оцінки. Даний тест допомагає визначити, коли надмірне споживання алкоголю призводить до виникнення захворювань. Тест також дозволяє розробити стратегії втручання з метою допомогти особам з небезпечним і шкідливим споживанням алкоголю, зменшити або припинити його споживання, і таким чином, уникнути шкідливих наслідків. Перше видання даного Керівництва було опубліковане в 1989 році (документ № WHO / MNH / DAT / 89.4); в подальшому воно було оновлене в 1992 році (WHO / PSA / 92.4). З тих пір цей тест широко використовується як працівниками закладів охорони здоров'я, так і вченими, які вивчають проблему алкогольної залежності. З накопиченням досвіду в області проведення скринінгу осіб, які споживають алкоголь, і зростанням популярності тесту AUDIT в усьому світі, виникла необхідність перегляду даного керівництва з урахуванням нових досягнень в наукових дослідженнях та клінічній практиці.

Дане керівництво написано в першу чергу для медичних працівників, але воно також може виявитися корисним для інших фахівців, які стикаються з проблемами зловживання алкоголем. Його слід використовувати разом з іншим документом, «Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю: керівництво із застосування в системі первинної медико-санітарної допомоги». В обох цих посібниках міститься опис комплексного підходу до скринінгу і короткострокових втручань для вирішення проблем, пов'язаних із алкоголем, в рамках первинної медико-санітарної допомоги.

Висловлення подяки

Перегляд і остаточне оформлення даного документа проводилися під керівництвом Марістели Монтейро (Maristela Monteiro) при технічній допомозі з боку Володимира Позняка з Департаменту ВООЗ з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин і Дебори Таламіні (Deborah Talamini) з Університету Коннектикуту. Дана публікація фінансувалася Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення Японії.

Даний документ не є офіційною публікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Всі права стосовно даного документу належать

ВООЗ. Однак дозволяється вносити в даний документ зміни, складати інформаційні реферати, відтворювати даний документ і перекладати його на інші мови частково або повністю, якщо такі версії даного документа не призначені для продажу або для використання в комерційних цілях. Запити слід направляти до Департаменту ВООЗ з питань психічного здоров'я та залежності від психоактивних речовин за адресою: World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Департамент готовий надати останню інформацію з приводу змін в тексті документа, а також повідомити про плани щодо випуску нових видань і передруків, регіональні версії і вже існуючі переклади даного документа на різні мови.

Відповідальність за погляди, висловлені в цьому документі, повністю беруть на себе автори. Висловлені думки не обов'язково збігаються з офіційною позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Мета даного керівництва

У цьому керівництві представлено AUDIT, тест для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю, та роз’яснюється, як його використовувати для ідентифікації осіб із шкідливими та небезпечними ознаками вживання алкоголю. AUDIT був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як простий метод обстеження на предмет надмірного вживання алкоголю та допомагає у проведенні швидкої оцінки. Він може допомогти визначити надмірне вживання алкоголю як причину хвороб, на які скаржиться пацієнт. Він забезпечує основу для втручання, щоб допомогти особам з ризикованим вживанням алкоголю зменшити або припинити вживання алкоголю і тим самим уникнути шкідливих наслідків. AUDIT також допомагає виявити алкогольну залежність та деякі специфічні наслідки шкідливого вживання алкоголю. Він спеціально розроблений для лікарів та закладів охорони здоров’я різного рівня, але за відповідних інструкцій його можна проводити самостійно або використовувати немедичним працівникам.

З огляду на це, в даному керівництві представлені наступні дані:

- Причини ставити запитання про вживання алкоголю
- Контекст скринінгу на вживання алкоголю
- Історія розробки та валідації тесту AUDIT
- Які запитання включені до тесту AUDIT, та як їх використовувати
- Система балів та їх тлумачення
- Як провести клінічне скринінгове обстеження
- Як допомогти пацієнтам, які мають позитивний результат скринінгу
- Як здійснити програму скринінгу

У додатках до цього посібника міститься додаткова інформація, корисна для лікарів-практиків і дослідників. Подальші дослідження надійності,

валідності та впровадження скринінгу за допомогою AUDIT пропонується проводити з використанням рекомендацій, викладених в Додатку А. Додаток В містить приклад опитувальника AUDIT в форматі самооцінки. Додаток С містить рекомендації щодо перекладу і адаптації тесту AUDIT. У Додатку D описані процедури клінічного скринінгу з використанням фізичного огляду, лабораторних тестів і даних історії хвороби. У Додатку Е наведено інформацію про наявні навчальні матеріали.

Для чого проводити скринінг на споживання алкоголю?

Існують різноманітні форми зловживання алкоголем, які становлять значний ризик здоров'ю і мають шкідливий вплив на людину. Вони включають щоденне споживання великих обсягів алкоголю, повторні епізоди алкогольної інтоксикації, споживання алкоголю, що призводить до соматичних або психічних шкідливих наслідків, і споживання алкоголю, що призвело до розвитку алкогольної залежності або адикції. Зловживання алкоголем призводить до виникнення захворювань і створює стресову ситуацію, як для людини, що споживає алкоголь, так і для членів його сім'ї та друзів. Зловживання алкоголем часто призводить до розриву відносин, травм, госпіталізації, тривалих періодів непрацездатності та передчасної смерті. Проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем, призводять до значних економічних збитків у багатьох країнах світу.

Тест AUDIT був розроблений для проведення скринінгу з метою виявлення осіб, що зловживають алкоголем, і, зокрема, з метою допомоги практикуючим лікарям при визначенні осіб, у яких зменшення або припинення споживання алкоголю мало б сприятливі наслідки. Більшість людей, які зловживають алкоголем, так і не виявляється. Часто вони звертаються зі скаргами на симптоми або проблеми, які, на перший погляд, не пов'язані безпосередньо з вживанням алкоголю. Тест AUDIT допоможе медичному працівнику визначити, чи піддається пацієнт, який вживає алкоголь, ризику шкідливих наслідків (небезпечне споживання алкоголю), небезпечних наслідків або розвитку алкогольної залежності.

Небезпечне вживання алкоголю[48], являє собою таку форму вживання алкоголю, яка підвищує ризик шкідливих наслідків для самої людини або його оточення. Шкідливе споживання алкоголю має значення з точки зору охорони здоров'я, незважаючи на те, що при подібній формі споживання алкогольних напоїв у людини ще немає будь-якого конкретного захворювання.

Шкідливе (чи згубне) вживання алкоголю - це споживання алкоголю, що призводить до наслідків для фізичного і психічного здоров'я. До шкідливих наслідків, викликаних алкоголем, деякі дослідники відносять і соціальні

[48] Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva, 1994.

наслідки[49,50].

Алкогольною залежністю називається комплекс поведінкових, когнітивних і фізіологічних явищ, які можуть виникнути внаслідок регулярного зловживання алкоголем[51]. Зазвичай такі явища включають сильний потяг до алкоголю, відсутність контролю при вживанні алкоголю, тривале вживання алкоголю, незважаючи на шкідливі наслідки, надання переваги прийому алкоголю будь-яким іншим видам діяльності або виконанню будь-яких обов'язків, підвищення толерантності до алкоголю і реакція відміни в разі припинення вживання алкоголю.

Вживання алкоголю може призвести до великої кількості хвороб, розладів і травм, а також до багатьох соціальних і юридичних проблем[52,53,54]. Зловживання алкоголем є істотною причиною розвитку раку ротової порожнини, стравоходу і гортані. В результаті тривалого зловживання алкоголем також часто розвиваються цироз печінки і панкреатит. Алкоголь завдає шкоди плоду під час вагітності.

Крім того, набагато більш поширені медичні стани, такі як гіпертонія, гастрит, цукровий діабет і деякі форми інсульту, а також психічні розлади, такі як депресія, можуть посилюватися внаслідок навіть випадкового або короткочасного споживання алкоголю. Зловживання алкоголем також часто призводить до травм водіїв і пішоходів, падінь і нещасних випадків на робочому місці. Ризики, обумовлені вживанням алкоголю, пов'язані з характером споживання і обсягами вжитих напоїв[55]. У той час як у осіб з алкогольною залежністю з високою ймовірністю можуть накликати на себе значний рівень шкідливих наслідків, переважна маса шкоди, пов’язаної з вживанням алкоголю, виникає серед людей, які не є залежними, хоча б тому, що їх кількість дуже значна[56]. У зв'язку з цим, виявлення осіб з різними типами і ступенями ризикованого споживання алкоголю має величезний потенціал для

---

[49] Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva, 1994.

[50] World Health Organization. *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research,* World Health Organization, Geneva, 1993.

[51] World Health Organization. *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research,* World Health Organization, Geneva, 1993.

[52] Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.

[53] Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog., O. *Alcohol Policy and the Public Good.* Oxford University Press, 1994.

[54] World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee.* Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.

[55] Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.

[56] Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986.

зменшення всіх типів шкідливих наслідків, пов'язаних із алкоголем.

На Рис. 1 показані різноманітні проблеми зі здоров'ям, що виникають в результаті зловживання алкоголем. Хоча більшість цих медичних наслідків виникає у людей з важкою алкогольною залежністю, вживання навіть 20-40 грам чистого спирту в день є фактором ризику і може призвести до нещасних випадків, травм і різних соціальних проблем[57,58].

На виникнення проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю, впливає безліч чинників. Важливими чинниками є ігнорування меж щодо кількості спожитих алкогольних напоїв і незнання ризиків, пов'язаних із надмірним споживанням алкоголю. Важливу роль також відіграють соціальний тиск і вплив оточення, наприклад, традиції і поширені погляди, які сприяють вживанню значних обсягів алкоголю. Однак при проведенні скринінгу особливо важливо врахувати те, що люди, які не мають алкогольної залежності, можуть припинити або зменшити споживання алкоголю за наявності відповідної допомоги та певних зусиль. Після розвитку залежності, припинення вживання алкоголю стає більш складним завданням і часто вимагає спеціального лікування. Хоча залежність розвивається не у всіх осіб, що зловживають алкоголем, для того, щоб вона виникла, необхідною умовою є приналежність протягом певного часу до групи осіб з небезпечним споживанням алкоголю. З огляду на дані фактори, необхідність скринінгу стає очевидною.

Скринінг на споживання алкоголю серед пацієнтів в закладах первинної медико-санітарної допомоги несе в собі багато можливих позитивних ефектів. Він забезпечує можливість проінформувати пацієнтів про рівні споживання з низьким ризиком і ризики надмірного споживання алкоголю. Інформація про кількість та частоту споживання алкоголю може допомогти діагностувати існуючі захворювання пацієнта, а також дозволяє медичним працівникам своєчасно інформувати пацієнтів про те, яким чином вживання алкоголю може негативно вплинути на ефективність застосовуваних лікарських засобів і інші аспекти їх лікування. Скринінг також дозволяє медичним працівникам здійснити профілактичні заходи, які, як доведено, є ефективними щодо зниження ризиків, пов'язаних із алкоголем.

---

[57] Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.

[58] Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog., O. *Alcohol Policy and the Public Good.* Oxford University Press, 1994.

Рис. 1

Проблеми зі здоров'ям внаслідок високоризикового споживання алкоголю
Агресивна, ірраціональна поведінка. Конфліктність. Насильство. Депресія.
Алкогольна залежність. Втрата пам'яті.
Передчасне старіння. «Ніс алкоголіка».
Рак гортані та ротової порожнечі.
Часті застуди. Зниження стійкості до інфекцій. Підвищений ризик
Слабкість серцевого м'яза. Серцева недостатність. Анемія. Рак молочної залози.
Ураження печінки.
Авітаміноз. Кровотеча. Сильне запалення шлунка. Блювота. Діарея.
Тремор. Оніміння кінцівок. Невралгія.
Виразкова хвороба.
Запалення підшлункової
У чоловіків: ослаблення статевої функції.
У жінок: ризик народження дітей з вадами розумового та фізичного розвитку, затримкою розвитку чи низькою масою тіла при народженні.
Зниження чутливості, що призводить до падінь.
Парестізії. Оніміння.
Високоризикове споживання алкоголю може призвести до соціальних, юридичних, медичних, та фінансових проблем, до складнощів на роботі та в родині. Це також може скоротити тривалість життя та призвести до нещасних випадків та смерті від водіння у нетверезому стані.

Високоризикове споживання алкоголю може призвести до соціальних, юридичних, медичних, та фінансових проблем, до складнощів на роботі та в родині. Це також може скоротити тривалість життя та призвести до нещасних випадків та смерті від водіння у нетверезому стані.

Умови скринінгу на споживання алкоголю

Хоча цей посібник присвячено використанню AUDIT для скринінгу вживання алкоголю і пов'язаних із ним ризиків в закладах первинної медико-санітарної допомоги, AUDIT може ефективно застосовуватися і в багатьох інших контекстах. У багатьох випадках процедури вже розроблені і використовуються в цих умовах. У Вставці 1 узагальнена інформація про те, які умови, персонал скринінгу і цільові групи вважаються придатними для програми скринінгу з використанням AUDIT. Мюррей (Murray[59]) стверджує, що скринінг можна успішно проводити серед представників наступних груп:

- пацієнти лікарень загального профілю, особливо ті, що страждають на захворювання, які, як відомо, пов'язані з наявністю алкогольної залежності (наприклад, панкреатит, цироз, гастрит, туберкульоз, неврологічні розлади, кардіоміопатія);
- хворі на депресію, чи особи, які робили спроби самогубства;
- пацієнти з іншими психічними розладами;
- пацієнти, які звернулися до травматологічних пунктів чи до швидкої допомоги;
- пацієнти, які звертаються до лікарів загальної практики;
- безхатченки;
- ув’язнені;
- особи, яких залучили за правопорушення, пов'язані з вживанням алкоголю (наприклад, водіння в стані алкогольного сп'яніння, чи поява у громадських місцях у п'яному вигляді).

До них слід додати групи, які, на думку Експертного комітету ВООЗ[60], схильні до високого ризику розвитку проблем, пов'язаних із алкоголем: чоловіки середнього віку, підлітки, робітники-мігранти та деякі професійні групи (наприклад, керівники підприємств, артисти, працівники секс-індустрії, власники барів і моряки). Характер ризику різниться в залежності від віку, статі, контексту вживання алкоголю і характеру вживання, при цьому соціокультурні чинники грають важливу роль у визначенні та вираженні

[59] Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol- Related Disabilities*. WHO Offset Pub. No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.

[60] World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee.* Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.

проблем, пов'язаних із алкоголем[61].

Вставка 1

Персонал, умови проведення та групи, які вважаються відповідними для програми скринінгу з використанням тесту AUDIT

Умови	**Цільова група**	**Персонал, що проводить скринінг**
Клініка первинної медико-санітарної допомоги	Пацієнти медичного закладу	Медсестра, соціальний працівник
Відділення екстреної медичної допомоги	Постраждалі від нещасних випадків; пацієнти з отруєнням; особи, які отримали травму	Лікар, медсестра чи інший персонал
Кабінет лікаря Хірургічне відділення	Пацієнти медичного закладу	Лікар-терапевт, сімейний лікар чи інший персонал
Відділення лікарні загального профілю, поліклініка	Пацієнти з гіпертонією, хворобами серця, шлунково-кишковими або неврологічними захворюваннями.	Лікар з внутрішніх хвороб чи інший персонал

[61] Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog., O. *Alcohol Policy and the Public Good.* Oxford University Press, 1994.

Психіатрична клініка	Пацієнти психіатричної клініки, особливо з суїцидальними схильностями	Психіатр, інший персонал
Суд, виправні заклади, в'язниця	Водії в нетверезому стані, особи які скоїли насильницькі злочини	Співробітники закладів, консультанти
Інші заклади охорони здоров'я	Особи з порушенням соціального або професійного функціонування (наприклад, особи з проблемними відносинами в сім'ї, що не справляються з вихованням дітей і т.д.)	Співробітники соціальних служб і працівники системи охорони здоров'я
Збройні сили	Солдати та офіцери	Медичні працівники
Програма допомоги робітникам на робочому місці	Працівники, особливо ті, що мають проблеми з продуктивністю праці, часто відсутні на роботі або постраждалі у разі нещасного випадку	Співробітники відділу допомоги робітникам

Розробка та валідація тесту AUDIT

Тест AUDIT розроблявся і оцінювався протягом двох десятиліть; при цьому встановлено, що він дозволяє точно визначити рівень ризику у осіб

різної статі, в різних вікових групах і культурах[62,63,64].У вставці 2 описані концептуальні блоки і зміст тесту AUDIT, який складається з 10 питань, що стосуються споживання алкоголю останнім часом, симптомів алкогольної залежності і проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю. Як перший скринінговий тест, спеціально призначений для застосування в закладах первинної медико-санітарної допомоги, AUDIT має наступні переваги:

- міжнаціональна стандартизація: тест AUDIT пройшов перевірку серед пацієнтів, які отримують медичну допомогу на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги в шести країнах[65,66]. Це єдиний скринінговий тест, спеціально призначений для міжнародного використання;
- дозволяє виявити випадки небезпечного та шкідливого вживання алкоголю, а також імовірний розвиток залежності;
- короткостроковий, швидкий та гнучкий;
- розроблений для працівників закладів ПМСД;
- відповідає визначенням алкогольної залежності та шкідливого вживання алкоголю в МКХ-10;
- основний акцент зроблено на нещодавньому споживанні алкоголю.

У 1982 р Всесвітня організація охорони здоров'я звернулась до міжнародної групи дослідників з проханням розробити простий інструмент скринінгу[67]. Його метою була ідентифікація осіб з ранніми проблемами, обумовленими споживанням алкоголю, з використанням процедур, які були б придатні для систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються і розвинених країнах. Дослідники розглянули різні процедури самооцінки, лабораторні та клінічні процедури, які використовувалися з цією метою в різних країнах. Після цього вони провели міжнаціональне дослідження для відбору кращих методик

---

[62] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

[63] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.

[64] Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613- 619, 1997.

[65] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

[66] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.

[67] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.

зазначених різних національних підходів до скринінгу[68].

Дане порівняльне дослідження в реальних умовах проводилося в шести країнах (Норвегія, Австралія, Кенія, Болгарія, Мексика і Сполучені Штати Америки).

Метод полягав у відборі показників, які б найкращим чином відрізняли осіб, які споживають алкоголь і піддаються низькому ризику, від тих, у кого вживання алкоголю пов'язане зі шкідливими наслідками. На противагу скринінговим тестам, які використовувалися раніше, новий інструмент призначався для раннього виявлення шкідливого та небезпечного споживання алкоголю, а також алкогольної залежності (розладів, пов’язаних із вживанням алкоголю). У дослідження було включено майже 2000 пацієнтів з різних медичних закладів, включаючи спеціалізовані центри лікування алкогольної залежності. Шістдесят чотири відсотки становили особи, які споживають алкоголь в даний час, 25% з них мали діагноз алкогольної залежності.

Проводилось фізикальне обстеження учасників, включаючи аналіз крові на стандартні маркери розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю в крові, а також докладне інтерв'ю з метою оцінити демографічні показники, анамнез, скарги, що стосуються здоров'я, вживання алкоголю і наркотиків, реакції на алкоголь за часом, проблеми, пов'язані зі споживанням алкоголю і сімейний анамнез щодо проблем, що стосуються алкоголю. Для тесту AUDIT питання відбирали з даного загального набору запитань, головним чином, на підставі кореляцій з добовим споживанням алкоголю, частотою споживання шести або більше стандартних порцій алкоголю на один епізод споживання алкоголю і можливості розрізнити випадки шкідливого та небезпечного споживання алкоголю за допомогою цих запитань. Пункти анкети також вибирали на підставі очевидної валідності, клінічного значення і охоплення відповідних концептуальних блоків (тобто споживання алкоголю, алкогольна залежність і небажані наслідки споживання алкоголю). Нарешті, особлива увагу при виборі приділялася правомірності застосування цього тесту для осіб різної статі і можливості міжнаціонального узагальнення.

Вставка 2		
Блоки та пункти тесту AUDIT		
Блок запитання	**Номер**	**Зміст запитання**
Небезпечне	1	Частота споживання

[68] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

споживання алкоголю	2	Типовий обсяг споживання
	3	Частота важкого споживання
Симптоми залежності	4	Порушення контролю за споживанням
	5	Підвищення значущості споживання
	6	Споживання у ранковий час
Шкідливе споживання алкоголю	7	Відчуття вини після споживання
	8	Провали в пам’яті
	9	Травми, пов’язані зі споживанням
	10	Стурбованість інших людей щодо вашого споживання

Чутливість і специфічність обраних запитань тесту обчислювалися за кількома критеріями (зокрема, середнє споживання алкоголю на добу, регулярне перебування у стані сп'яніння, наявність, принаймні, одного симптому залежності, діагноз зловживання алкоголем (згубне вживання алкоголю) або алкогольної залежності, а також сприйняття самим пацієнтом проблеми споживання алкоголю).

Для визначення значення з оптимальною чутливістю (відсоток позитивних випадків, які тест правильно визначив) і специфічністю (відсоток негативних випадків, які тест правильно визначив) для розрізнення між небезпечним і шкідливим вживанням алкоголю розглядалися різні граничні точки за загальною кількістю балів. Крім того, валідність також розраховувалася на основі сукупних результатів діагнозу шкідливого вживання і залежності. У зразках для розробки тесту[69] при граничному значенні 8 балів чутливість тесту AUDIT за різними показниками проблемного вживання алкоголю зазвичай перебувала приблизно на рівні 0,90. Специфічність за країнами і критеріями в середньому складала 0,80.

AUDIT відрізняється від інших скринінгових тестів самооцінки тим, що він заснований на даних, зібраних в великій багатонаціональній вибірці, в ньому використовується чітке концептуально-статистичне обґрунтування для

[69] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

вибору пунктів, робиться акцент на виявленні небезпечного вживання алкоголю, а не на довгостроковій залежності і несприятливих наслідках вживання алкоголю, і акцент робиться в першу чергу на симптомах, що виникли в недавньому минулому, а не «коли-небудь».

Після публікації тесту AUDIT, розробники запропонували провести додаткові дослідження з валідації. У зв'язку з цим проведено значну кількість досліджень з метою оцінки його валідності та надійності в різних клінічних та загальних вибірках у всьому світі[70]. При рекомендованій граничній точці, що дорівнює 8 балів, в більшості досліджень виявлена дуже висока чутливість і зазвичай нижчі, але цілком прийнятні показники специфічності щодо розладів, викликаних вживанням алкоголю відповідно до МКБ-10, що діє в даний час[71,72,73], а також щодо ризику шкідливих наслідків в майбутньому[74]. Проте, в деяких випадках досягалися кращі результати виявлення за рахунок зниження або підвищення граничної точки на один-два бали, в залежності від популяції і цілі скринінговой програми[75,76].

Досліджувалося значна кількість субпопуляцій, включаючи пацієнтів закладів первинної ланки медико-санітарної допомоги[77,78,79], пацієнтів відділень невідкладної допомоги[80], споживачів наркотиків[81], безробітних[82], студентів

---

[70] Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613- 619, 1997.

[71] Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613- 619, 1997.

[72] Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

[73] Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.

[74] Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.

[75] Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

[76] Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.

[77] Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197- 206, 1997.

[78] Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medi- cine. Substance Abuse 16:49-57, 1995.

[79] Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. British Medical Journal 314(8) 420-424, 1997.

[80] Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

[81] Skipsey, K., Burleson, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.

[82] Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health exam- ination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.

університетів[83], людей старшого віку, пацієнтів лікарень[84], і осіб з низьким соціально-економічним статусом[85]. Виявлено, що тест AUDIT забезпечує високий ступінь розрізнення в різних умовах, де зустрічаються представники даних популяцій. У недавньому систематичному огляді літератури[86] зроблено висновок про те, що тест AUDIT є найкращим інструментом скринінгу різноманітних проблем, обумовлених вживанням алкоголю, у закладах ПМСД, в порівнянні з іншими опитуваннями, такими як CAGE і MAST (Мічиганський алкогольний скринінг-тест).

Можливість проведення даного тесту для представників різних культур і країн були важливими критеріями розробки тесту AUDIT[87,88]. Дослідження проводилися в різних країнах з різними культурними традиціями[89,90,91,92,93,94,95,96]; це дає підставу вважати, що тест AUDIT виправдовує себе в якості міжнародного скринінгового тесту.

Хоча інформація про жінок, що пройшли даний тест, є дещо

---

[83] Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a col- lege sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.

[84] Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.

[85] Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.

[86] Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systemat- ic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.

[87] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

[88] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. Addiction, 88, 349-362, 1993.

[89] Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

[90] Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cutoff score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.

[91] Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197- 206, 1997

[92] Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. British Medical Journal 314(8) 420-424, 199[7.]

[93] Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. Drug and Alcohol Review 13:5-12, 1994.

[94] Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. Drug & Alcohol Dependence 60:97-104, 2000.

[95] Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. Addiction 93(8), 1231-1239, 1998.

[96] Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. Annals of Internal Medicine 129: 353-362, 1998.

обмеженою[97,98,99], можна стверджувати, що тест AUDIT однаково підходить для чоловіків і жінок. Вік аналізувався систематично в якості можливого фактора, що впливає на результати тесту AUDIT, але в одному дослідженні[100] виявлені низькі показники чутливості, але високі показники специфічності у пацієнтів старше 65 років. Підтверджено, що тест AUDIT є точним при виявленні алкогольної залежності серед студентів університетів[101].

У порівнянні з іншими скринінговими тестами, тест AUDIT показав такий самий або більш високий ступінь точності[102,103,104,105] у різноманітному спектрі критеріїв оцінок. Бон та ін. (Bohn, et al.)[106] виявили сильну кореляцію між результатами тестів AUDIT і MAST (r = 0,88) як для чоловіків, так і для жінок і кореляції 0,47 і 0,46 для чоловіків і жінок, відповідно, за скринінговим тестом на приховані розлади, пов'язані з вживанням алкоголю. Високий коефіцієнт кореляції (0,78) також виявлено між результатами тестів AUDIT і CAGE серед амбулаторних пацієнтів[107]. Виявлено, що результати тесту AUDIT значною мірою корелювали з оцінками наслідків споживання алкоголю, відношення до алкоголю, схильності до алкогольної залежності, зниження настрою після вживання алкогольних напоїв і причинами споживання алкоголю[108]. Можна зробити висновок, що загальна бальна оцінка за тестом AUDIT відображає ступінь схильності пацієнта до впливу алкоголю за шкалою важкості широкого діапазону.

---

97 Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol 56:695-700, 1995.

98 Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. Addiction 90:1349-1356, 1995.

99 Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. Annals of Internal Medicine 129: 353-362, 1998.

100 Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.

101 Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a col- lege sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.

102 Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613- 619, 1997.

103 Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol 56:695-700, 1995.

104 Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22(5):985- 993, 1998.

105 Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. Behavioral Research Methods, Instruments & Computers 27:277- 280, 1995.

106 Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.

107 Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277- 280, 1995.

108 Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.

У двох дослідженнях розглядався зв'язок між бальними оцінками за тестом AUDIT і потенційними індикаторами проблем, пов'язаних із алкоголем, і в цілому загальним функціонуванням людини. В одному дослідженні[109] ймовірність залишитися безробітним протягом двох років виявилася в 1,6 рази більш частою у осіб, які за тестом AUDIT мали оцінку 8 або більше балів, ніж у осіб з групи в порівнянні з більш низькими бальними оцінками. В іншому дослідженні[110] було виявлено, що бальні оцінки тесту AUDIT, отримані пацієнтами, які лікуються амбулаторно, дозволяли прогнозувати розвиток соматичних розладів і соціальних проблем в майбутньому в зв'язку зі споживанням алкоголю. Кількість набраних балів за тестом AUDIT також стала хорошим предиктором звернення пацієнта по медичну допомогу, а також ступеня ймовірності шкідливого споживання алкоголю в майбутньому[111]. У кількох дослідженнях повідомлялося про надійність тесту AUDIT[112,113,114].

Результати показують високу внутрішню узгодженість; це дозволяє вважати, що тест AUDIT дозволяє надійно вимірювати кожен окремий чинник. Дослідження надійності з проведенням повторного тестування[115] показало високий ступінь надійності (r = 0,86) у вибірці, що складалася з пацієнтів, які не належать до групи споживачів алкоголю зі шкідливими наслідками, споживачів кокаїну та осіб з розладами вживання алкоголю. Інше методологічне дослідження проводилося, зокрема, з метою вивчення впливу порядку запитань і зміни формулювань на оцінки поширеності і надійність щодо внутрішньої узгодженості[116]. Зміна порядку запитань і формулювань не вплинула на бальні оцінки тесту AUDIT; це дає підставу вважати, що тест має певний ступінь гнучкості, що дозволяє дослідникам модифікувати порядок запитань і формулювання окремих запитань тесту AUDIT.

У зв'язку зі зростаючою кількістю даних про надійність і валідність тесту AUDIT, проводилися дослідження, в яких даний тест застосовувався в якості

---

[109] Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.

[110] Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-relat- ed harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.

[111] Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-relat- ed harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.

[112] Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.

[113] Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. Behavioral Research Methods, Instruments & Computers 27:277- 280, 1995.

[114] Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.

[115] Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.

[116] Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.

показника поширеності. Лепхем та ін. (Lapham, et al.)[117] використовували даний тест для оцінки поширеності розладів, викликаних вживанням алкоголю, серед пацієнтів відділень екстреної медичної допомоги трьох регіональних лікарень в Таїланді. Дослідники зробили висновок, що відділення екстреної медичної допомоги є ідеальним місцем для проведення скринінгу на споживання алкоголю за допомогою тесту AUDIT. Аналогічно, Піччінеллі та ін. (Piccinelli, et al.)[118] оцінювали ефективність тесту AUDIT як інструменту для скринінгу випадків шкідливого споживання алкоголю серед пацієнтів закладів первинної медико-санітарної допомоги в Італії. Тест AUDIT показав свою ефективність для визначення розладів, викликаних вживанням алкоголю, а також випадків шкідливого споживання алкоголю. Івіс та ін. (Ivis, et al.)[119] включили тест AUDIT в телефонне опитування населення в провінції Онтаріо, Канада.

З моменту публікації першого Керівництва з проведення тесту AUDIT в 1989 р.[120], тест виправдав багато очікувань, що спонукало до його подальшої вдосконалення. Надійність і валідність даного тесту встановлено в ході наукових досліджень, які проводилися в різних умовах і багатьох країнах світу. Текст тесту перекладений багатьма мовами, включаючи турецьку, грецьку, хінді, німецьку, нідерландську, польську, японську, французьку, португальську, іспанську, датську, фламандську, болгарську, китайську, італійську та нігерійські діалекти. Розроблено тренінгові програми для полегшення його застосування лікарями та іншими особами, які надають медичну допомогу[121,122] (див. Додаток D). Даний тест використовувався в рамках досліджень в первинній ланці охорони здоров'я, а також в рамках епідеміологічних досліджень для оцінки поширеності в загальній популяції, а також в певних підгрупах в медичних закладах (наприклад, серед пацієнтів лікарень і закладів ПМСД). Незважаючи на проведення значної кількості досліджень тесту AUDIT, потрібні подальші дослідження, особливо в країнах, що розвиваються. У

---

[117] Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.

[118] Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.

[119] Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a gen- eral population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.

[120] Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.

[121] McRee, B., Babor, T.F. and Church,O.M. Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.

[122] Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.

додатку А представлені рекомендації щодо проведення подальших досліджень, що стосуються тесту AUDIT.

Рекомендації щодо проведення тесту

Тест AUDIT може використовуватися різним чином для оцінки рівня споживання алкоголю пацієнтами, але в програмах з його виконання в першу чергу слід розробити рекомендації з урахуванням обставин і можливостей конкретного пацієнта. До того ж необхідно повідомити пацієнтам, навіщо їх запитують про споживання алкоголю, і надати їм всю необхідну інформацію для того, щоб вони надали відповідні відповіді. Необхідно прийняти рішення про те, чи буде проводитися тест AUDIT усно, або в письмовій формі у вигляді анкети за методикою самооцінки. Врешті решт, слід розглянути можливість пропуску деяких питань, для скорочення часу скринінгу з метою підвищення його ефективності. У даному розділі представлені рекомендації з таких питань при проведенні тесту.

Врахування особливостей пацієнтів

Всі пацієнти повинні проходити скринінгові тести на споживання алкоголю, бажано щорічно. Тест AUDIT може проводитися окремо або разом з іншими опитуваннями, як частина обстеження загального стану здоров'я, анкетування для оцінки способу життя або збирання анамнезу. Якщо медичні працівники проводитимуть скринінг тільки для тих, у кого вони припускають найбільшу ймовірність наявності «проблеми, зумовленої споживанням алкоголю», більшість пацієнтів, які споживають алкоголь в надмірній кількості, не будуть виявлені. Однак, пропонуючи пацієнтам відповісти на запитання з приводу споживання алкоголю, необхідно брати до уваги їх стан. Для поліпшення розуміння пацієнтом питань і підвищення точності відповідей важливо забезпечити дотримання наступних вимог:

- Інтерв'юер (або співробітник, який проводить опитування) повинен бути налаштований дружньо і не створювати відчуття загрози;
- Під час проведення тестування пацієнт повинен бути тверезий і не потребувати невідкладної медичної допомоги;
- Необхідно чітко вказати мету тестування; пацієнт повинен розуміти важливість тестування для свого стану здоров'я;
- Необхідно надати всю інформацію, необхідну пацієнтам для розуміння запитань і точної відповіді на них; і
- Слід запевнити пацієнта в тому, що всі його відповіді залишатимуться конфіденційними.

До початку проведення тесту AUDIT медичні працівники повинні спробувати виконати дані умови. Якщо якісь з цих умов не виконано або пацієнт не погоджується на проведення тестування, в якості альтернативного

варіанту можна застосувати клінічні скринінгові процедури (обговорювані в додатку D).

Для проведення тесту AUDIT слід вибрати найбільш зручну ситуацію. Якщо пацієнту потрібна невідкладна медична допомога або він відчуває інтенсивні болі, краще почекати до стабілізації його стану і до того, коли він звикне до обстановки закладу, в якому буде проводитися тест AUDIT. Слід звернути увагу на ознаки алкогольної або наркотичної інтоксикації. Ті пацієнти, від яких пахне алкоголем при диханні, і які на думку інтерв'юера знаходяться в нетверезому стані, можуть дати недостовірні відповіді на питання.

В такому випадку необхідно провести скринінг пізніше. Якщо це неможливо, слід внести відповідний запис в історію хвороби. Якщо тест проводиться в медичному закладі, і медичний працівник, який проводить скринінг, проявляє щиру стурбованість здоров'ям пацієнта, пацієнти майже завжди відкриті і охоче відповідають на запитання тесту AUDIT. Більш того, більшість пацієнтів дають на ці запитання чесні відповіді. Навіть якщо ті, хто вживає надмірну кількість алкоголю, недооцінюють кількість споживаних спиртних напоїв, система бальної оцінки тесту AUDIT дозволяє припустити, що вони належать до групи ризику у зв'язку з вживанням алкоголю.

Попереднє інформування про тест AUDIT

Незалежно від форми проведення тесту AUDIT (усне інтерв'ю або письмове анкетування), рекомендується заздалегідь розповісти пацієнтам про зміст запитань, цілі, з якими вони ставляться, і пояснити необхідність давати чіткі відповіді. Нижче наведені приклади пояснень, що надаються пацієнтам перед проведенням усного інтерв'ю або письмового анкетування: *«Я поставлю вам декілька запитань про споживання вами алкогольних напоїв протягом минулого року. Оскільки споживання алкоголю може вплинути на багато аспектів вашого здоров'я (і змінювати ефект певних ліків), нам необхідно знати, скільки алкоголю ви зазвичай вживаєте і чи відчували ви раніше проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю. Спробуйте відповісти на всі запитання наскільки можливо чесно і точно».*

«При наданні медичної допомоги дуже важливо враховувати спосіб життя пацієнта, тому що він впливає на їхнє здоров'я. Ця інформація допоможе призначити вам найбільш ефективне лікування і забезпечити максимально можливий високий стандарт надання допомоги. Тому ми просимо вас заповнити цей опитувальник, в якому пропонуються запитання про споживання вами алкогольних напоїв протягом останнього року. Будь ласка, відповідайте якомога точніше і чесно. Наш медичний працівник обговорить з вами це питання. Вся надана вами інформація буде суворо конфіденційною».

Далі слід описати види алкогольних напоїв, які люди зазвичай споживають в тій країні або тому регіоні, в якому мешкає пацієнт (наприклад, *«Алкогольними напоями вважаються вино, пиво, горілка, шері-бренді, тощо»*). Якщо необхідно, слід включити опис і тих напоїв, які можуть не вважатися алкогольними (наприклад, сидр, пиво з низьким вмістом алкоголю, тощо). У тих випадках, коли споживання алкоголю заборонено законом, культурними або релігійними традиціями (наприклад, неповнолітнім, мусульманам, які дотримуються вимог своєї релігії), необхідно визнати наявність такої заборони і запросити пацієнтів до відвертої розмови. Наприклад, можна сказати: *«Я розумію, що інші можуть думати, що вам не слід пити за жодних обставин, але для оцінки вашого стану здоров'я нам необхідно знати реальну ситуацію».*

Пацієнтам слід чітко роз'яснити, що таке «стандартна порція». У запитаннях № 2 і 3 тесту AUDIT ставиться питання про «кількість порцій алкоголю, спожитих пацієнтом». У різних країнах і культурах значення даного слова може розрізнятися. Тому важливо згадати ті алкогольні напої, які найчастіше вживаються в даному регіоні, а також вказати, яка кількість кожного напою становить одну стандартну порцію (приблизно 10 г чистого етанолу). Наприклад, в одній пляшці пива (330 мл, вміст етанолу - 5%), в склянці вина (140 мл, вміст етанолу - 12%) і в стопці горілки (40 мл, вміст етанолу 40%), міститься одна стандартна порція (приблизно 13 г етанолу). Так як типи і обсяги споживання алкогольних напоїв відрізняються в різних культурах і традиціях, для адаптації тесту AUDIT до конкретних умов необхідно визначити вміст алкоголю в звичайній порції пива, вина чи горілки. Див. Додаток С.

Усне інтерв’ю та анкетування за методом самооцінки

Тест AUDIT може виконуватися у вигляді усного інтерв'ю або анкетування за методикою самооцінки. Кожен з методів має свої переваги і недоліки з точки зору необхідного часу і витрат, що необхідно враховувати. Відносні переваги використання тесту AUDIT в формі інтерв'ю, в порівнянні з анкетуванням за методикою самооцінки, представлені у Вставці 3. Слід враховувати когнітивні можливості (грамотність, забудькуватість) і рівень співпраці при проведенні тесту (захисна поведінка) пацієнта. Якщо передбачається, що весь обсяг допомоги з подолання проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю, буде надаватися лікарем закладу первинної медико-санітарної допомоги, певну перевагу має проведення інтерв'ю. Однак якщо особа, яка проводить тестування, буде готова лише запропонувати короткі рекомендації пацієнтам, які мають позитивні результати скринінгу, а у всіх складних випадках пацієнти будуть спрямовуватись до інших фахівців, то в подібних ситуаціях найбільш прийнятним стає метод анкетування. Яке б рішення не було прийнято, воно повинно відповідати планам проведення комплексної скринінгової програми.

Запитання тесту AUDIT і відповіді наводяться у Вставці 4 в форматі, що застосовується в усному інтерв'ю. У Додатку В наведено приклад

опитувальника за методикою самооцінки. Слід адаптувати зміст тесту до вимог конкретної скринінгової програми і типів алкогольних напоїв, найбільш часто вживаних в даній спільноті. У додатку С наведені рекомендації з перекладу та адаптації до національних і місцевих умов. Якщо тест AUDIT проводиться в усній формі, важливо зачитувати запитання дослівно і дотримуватися зазначеного порядку. Точне дотримання тексту запитань допоможе більш об'єктивно порівняти результати, отримані вами і іншими інтерв'юерами. Більшість запитань тесту AUDIT сформульовані таким чином, щоб вияснити «як часто» відбуваються ті, чи інші симптоми.

Вставка 3

Переваги різних підходів до проведення тесту AUDIT

Анкетування	**Інтерв'ю**
Займає менше часу	Дозволяє уточнити незрозумілі відповіді
Легко провести	Можна проводити з пацієнтами, які погано читають
Підходить для проведення та підрахунку балів на комп'ютері	
Дозволяє отримати більш точні відповіді	Забезпечує безпосередній зворотний зв'язок з пацієнтом та дозволяє надати попередні короткі рекомендації

Вставка 4

Тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: версія для інтерв'ю

Зачитуйте запитання саме так, як вони сформульовані. Ретельно записуйте відповіді. Розпочніть тест AUDIT словами: «Зараз я поставлю Вам кілька запитань про вживання Вами алкогольних напоїв протягом останніх 12 місяців». Поясніть, що мається на увазі під «алкогольними напоями», використовуючи місцеві приклади, напр., пиво, вино, горілку тощо. Відповіді кодуйте в «стандартних порціях алкоголю» (СП). Вказуйте номер відповіді у комірці праворуч.

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої? (0) Ніколи [пропустіть запитання 2-8] (1) Один раз на місяць або рідше (2) 2-4 рази на місяць (3) 2-3 рази на тиждень (4) 4 на тиждень або частіше	6. Як часто за останні 12 місяців Ви мали потребу випити вранці, щоб прийти в себе після надмірного вживання алкоголю напередодні (похмелитися)? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня
2. Скільки алкоголю Ви зазвичай вживаєте в той день, коли випиваєте? (0) 1-2 СП (1) 3-4 СП (2) 5-6 СП (3) 7-9 СП (4) 10 СП і більше	7. Як часто за останні 12 місяців після вживання алкоголю Ви відчували провину або собі? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня

3. Як часто Ви вживаєте принаймні 1,7 літра пива, або принаймні 180 мг міцного алкоголю, або принаймні пляшку вина чи шампанського (750 мл) впродовд 24 голин?

(0) Ніколи

(1) Один раз на місяць або рідше

(2) Щомісяця

(3) Щотижня

(4) Щодня або майже щодня

Перейдіть до запитань 9-10, якщо сума балів за запитання 2 і Здорівнює 0.

8. Як часто за останні 12 місяців Ви не могли пригадати, що було напередодні, через вживання алкоголю?

(0) Ніколи

(1) Один раз на місяць або рідше

(2) Щомісяця

(3) Щотижня

(4) Щодня або майже щодня

4. Як часто за останні 12 міяців Ви помічали, що не могли зупинитись після того, як почали випивати?

(0) Ніколи

(1) Один раз на місяць або рідше

(2) Щомісяця

(3) Щотижня

(4) Щодня або майже щодня

9. Чи траплялося, що внаслідок вживання Вами алкоголю Ви чи хтось інший зазнавали травм?

(0) Ні

(2) Так, але більше ніж 12 місяців тому

(4) Так, упродовж останніх 12 місяців

5. Як часто за останні 12 місяців через вживання алкоголю Ви не робили те, що зазвичай від Вас очікувалось? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня	10. Чи висловлював хтось із родичів, знайомих або медичних працівників стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив менше випивати? (0) Ні (2) Так, більше ніж 12 місяців тому (4) Так, упродовж останні 12 місяців
Запишіть загальний бал тут	
Якщо загальний бал більший за рекомендоване порогове значення, знайдіть відповідну інформацію в Посібнику користувача.	

Поясніть пацієнтові категорії відповідей на кожне запитання (наприклад, «Ніколи», «Кілька разів на місяць», «Кожен день»). Після того, як пацієнт вибере варіант відповіді, задаючи перші запитання, необхідно переконатися в тому, що пацієнт вибрав найбільш точну відповідь (наприклад, «Ви говорите, що вживаєте алкоголь кілька разів на тиждень. Ви вживаєте алкогольні напої, в основному, у вихідні, або майже кожен день?»).

Якщо пацієнт відповідає неясно або уникає відповідей на питання, уточніть, поставивши запитання знову і перерахувавши варіанти відповіді. Попросіть пацієнта вибрати найбільш точну відповідь. Іноді відповіді складно класифікувати, тому що пацієнт не вживає алкогольні напої регулярно. Наприклад, якщо пацієнт вживав велику кількість алкогольних напоїв протягом місяця перед нещасним випадком, але до цього не споживав алкоголь так само часто, буде важко оцінити «типову» кількість спожитого алкоголю, як цього вимагає запитання. У таких випадках краще всього записати обсяг спожитого алкоголю і пов'язані з цим симптоми в той період, коли пацієнт вживав найбільшу кількість алкоголю, спеціально зазначивши, що дані показники нетипові і можуть змінюватися у даного конкретного пацієнта. Уважно запишіть відповіді, відзначте певні особливі обставини, вкажіть додаткову інформацію та клінічні спостереження. Часто пацієнти повідомляють

інтерв'юеру відомості щодо споживання ними алкоголю, які можуть бути корисні для інтерпретації загальної бальної оцінки тесту AUDIT.

Уважно запишіть відповіді, відзначте певні особливі обставини, вкажіть додаткову інформацію та клінічні спостереження. Часто пацієнти повідомляють інтерв'юеру відомості щодо споживання ними алкоголю, які можуть бути корисні для інтерпретації загальної бальної оцінки тесту AUDIT.

Проведення тесту AUDIT в формі письмового опитування або за допомогою комп'ютера дозволяє усунути невизначеність відповідей пацієнта, тому що відповіді обмежується кількома конкретними варіантами.

Однак в такому випадку виключається інформація, яку пацієнти надають в форматі інтерв'ю. До того ж, проведення тесту в письмовій формі передбачає грамотність пацієнта і його здатність виконувати певні дії. При такому форматі проведення тестування, якщо пацієнти можуть самостійно виконати завдання, медичні працівники витратять на проведення тесту менше часу. Якщо медичні працівники та пацієнти не мають достатньо часу для тестування, слід розглянути можливість скорочення процесу скринінгу.

Скорочення процесу скринінгу

Незалежно від того, в письмовій або усній формі проводиться тестування, тест AUDIT займає всього від двох до чотирьох хвилин, а суму балів можна підрахувати за кілька секунд. Однак, у багатьох пацієнтів немає необхідності проводити тест AUDIT в повній формі, тому що вони споживають алкоголь рідко, в невеликих обсягах або не вживають алкоголь взагалі. Тест AUDIT в формі інтерв'ю (Вставка 4) забезпечує дві можливості пропустити певні питання для таких пацієнтів. Якщо, відповідаючи на перше запитання, пацієнт повідомляє, що протягом минулого року він взагалі не вживав алкоголь, інтерв'юер може відразу перейти до питань 9-10, відповіді на які можуть вказувати на проблеми, пов'язані зі споживанням алкоголю в минулому. Пацієнти, які набрали певні бали, відповідаючи на ці запитання, можуть вважатися такими, що належать до групи ризику при поновленні споживання алкоголю, і їм слід рекомендувати уникати споживання алкоголю взагалі. Рекомендується пропускати питання тільки в разі проведення інтерв'ю або використання комп'ютерної версії тесту AUDIT.

Друга можливість скорочення часу скринінгу за допомогою тесту AUDIT виникає після відповіді на запитання 3. Якщо пацієнт набрав 0 балів, відповідаючи на запитання 2 і 3, інтерв'юер може перейти до запитань 9 і 10, оскільки споживання алкоголю пацієнтом не перевищувало встановлених меж споживання, які вважаються низько ризиковими.

Підрахунок балів та тлумачення результатів

Тест AUDIT має просту систему підрахунку балів. Кожне запитання передбачає кілька варіантів відповіді, і кожна відповідь оцінюється певною кількістю балів (від 0 до 4). У форматі інтерв'ю (Вставка 4) інтерв'юер записує кількість балів (цифру в дужках), яка відповідає відповіді пацієнта, в клітинку навпроти кожного питання. У форматі анкети за методикою самооцінки (Додаток В), число в колонці навпроти кожної з відповідей, наданих пацієнтом, заноситься дослідником в крайню праву колонку. Після цього всі бали підсумовуються і заносяться в клітинку «Всього».

Загальні оцінки 8 або більше балів рекомендовані в якості індикаторів небезпечного та шкідливого споживання алкоголю, а також можливої алкогольної залежності. (Введення граничного показнику 10 балів забезпечує більш високу специфічність, але негативно позначається на чутливості тесту). Оскільки вплив алкоголю на людину залежить від середньої маси тіла і відмінностей в обміні речовин, для всіх чоловіків і жінок старше 65 років граничний показник встановлюється на один бал нижче (7 балів). Це забезпечує більш високу чутливість для даних груп населення. На вибір граничної точки також впливають національні і культурні стандарти, а також оцінка лікаря-клініциста, які також визначають рекомендовані максимальні допустимі рівні споживання алкоголю. З технічної точки зору, більш висока бальна оцінка просто вказує на велику ймовірність небезпечного і шкідливого споживання алкоголю. Однак, такі бальні оцінки можуть також відображати більш значну важкість проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю, і алкогольної залежності, і вказувати на нагальну необхідність більш інтенсивного лікування.

Більш детальна інтерпретація загальної бальної оцінки пацієнта може бути отримана за допомогою визначення тих запитань, за якими були набрані бали. Зазвичай, оцінка 1 і більше балів при відповіді на запитання 2 і 3 вказує на шкідливу модель споживання. Оцінки більше 0 балів при відповіді на запитання 4-6 (особливо якщо пацієнт вказав, що відчуває симптоми щотижня або щодня), можуть свідчити про наявність або початкову стадію алкогольної залежності. Бальні оцінки при відповіді на запитання 7-10 вказують вже на наявність шкідливих наслідків, викликаних алкоголем. Загальна кількість балів, рівень споживання, ознаки залежності і наявність шкідливих наслідків враховуються при виборі плану лікування пацієнта. Необхідно також врахувати останні два питання для визначення існування проблеми в минулому (наприклад, «так, але не минулого року»).

Якщо навіть в даний час небезпечне споживання алкоголю не відбувається, при позитивних відповідях на ці запитання слід обговорити з пацієнтом необхідність бути обережним у цьому зв’язку.

У більшості випадків загальна бальна оцінка тесту AUDIT відображає рівень ризику для пацієнта, обумовлений вживанням алкоголю. В опитуваннях, проведених серед пацієнтів медичних установ загального профілю і серед населення в цілому, більшість пацієнтів набирають кількість балів нижче граничного показника і можуть вважатися такими, що мають низький ризик наявності проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю. Не дуже велика, але, тим не менш, значна кількість людей, ймовірно, наберуть кількість балів вище граничного показника, але більшість балів набирається у відповідях на запитання 1-3. Можна очікувати, що значно менша кількість осіб отримають дуже високі бальні оцінки; при цьому бали набираються у відповідь на запитання, які вказують на наявність залежності, а також проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю. До теперішнього часу не проведено достатньої кількості наукових досліджень для встановлення точного граничного показника, щоб виділити осіб з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю (які отримали б користь при короткостроковому втручанні) і тих, хто страждає алкогольною залежністю (таких пацієнтів слід спрямовувати до фахівців для проведення діагностичної оцінки і більш інтенсивного лікування). Це питання дуже важливе, тому що в ході скринінгових програм, призначених для визначення випадків алкогольної залежності, мабуть, виявляється велика кількість осіб з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю, якщо за граничний показник при тестуванні приймається 8 балів. Таким пацієнтам необхідні менш інтенсивні втручання. В цілому, чим вище загальна кількість балів, набраних в тесті AUDIT, тим більш чутливим є даний тест для виявлення осіб, які страждають на алкогольну залежність.

На підставі досвіду, отриманого в ході дослідження різних протоколів лікування осіб з різним ступенем важкості проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, проведено порівняння бальних оцінок тесту AUDIT з діагностичними даними, що відображають низький, середній і високий ступінь алкогольної залежності. Виявлено, що бальні оцінки тесту AUDIT в діапазоні від 8 до 15 балів відображали середній рівень проблем, обумовлених споживанням алкоголю, в той час як оцінки 16 і більше балів вказували на високий рівень проблем, пов'язаних із алкоголем[123]. На підставі досвіду використання тесту AUDIT в даному та інших дослідженнях, пропонується інтерпретувати бальні оцінки тесту AUDIT наступним чином:

- Пацієнтам, які набрали від 8 до 15 балів, слід запропонувати прості поради, спрямовані на скорочення небезпечного споживання алкоголю.
- Пацієнтам, які набрали від 16 до 19 балів, рекомендується коротка консультація та продовження моніторингу.

---

[123] Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. and Rychtarik, R.G. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.* Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville MD: NIAAA, 1992.

- Оцінки 20 балів або вище в тесті AUDIT вказують на нагальну необхідність подальшої діагностичної оцінки з приводу алкогольної залежності.

За відсутністю масштабних наукових досліджень в цій області, необхідно з обережністю використовувати дані рекомендації. Слід брати до уваги клінічні дані, включаючи стан здоров'я пацієнта, сімейний анамнез щодо проблем, обумовлених споживанням алкоголю, і видиму ступінь чесності пацієнта при відповіді на запитання тесту AUDIT.

Для більшості пацієнтів буде достатньо 10 запитань тесту AUDIT, але певні обставини можуть потребувати проведення процедури клінічного скринінгу. Зокрема, пацієнт може чинити опір проведенню тестування, відмовитися відповідати або виявитися нездатним дати відповіді на запитання тесту AUDIT. Для подальшого підтвердження наявності алкогольної залежності можна провести фізикальний огляд пацієнта і призначити лабораторні дослідження, як зазначено в Додатку D.

Як допомогти пацієнтам

Використання тесту AUDIT для скринінгу пацієнтів є всього лише першим кроком в процесі допомоги особам, які мають проблеми і ризики, обумовлені вживанням алкоголю.

Медичні працівники мають прийняти рішення про те, які послуги можуть бути надані пацієнтам, які отримали позитивні бальні оцінки тесту AUDIT. Після виявлення респондента з позитивним результатом, наступним етапом є проведення відповідного втручання з огляду на потреби кожного пацієнта. Зазвичай скринінг на споживання алкоголю застосовувався, головним чином, для виявлення «випадків» алкогольної залежності, після чого пацієнт отримував спрямування на спеціалізоване лікування. Однак за останні роки вдосконалення процедур скринінгу дозволило проводити скринінг на фактори ризику, такі як небезпечне і шкідливе споживання алкоголю. Загальна бальна оцінка за тестом AUDIT є простим способом для проведення відповідного втручання для кожного пацієнта на підставі оцінки ступеня ризику. В даному розділі ми будемо говорити в основному про допомогу тим пацієнтам, які отримують позитивні результати за тестом AUDIT. Однак в профілактичних цілях результати скринінгу слід повідомляти і тим пацієнтам, які отримали негативні результати. Таким пацієнтам слід нагадати про користь повного утримання від спиртних напоїв або низько ризикованого споживання алкоголю і розповісти про ті ситуації, в яких вживання спиртних напоїв не рекомендується. Приклади деяких з цих ситуацій наводяться у Вставці 5.

У Вставці 6 показані чотири рівні ризику. Перша зона вказує на вживання алкоголю з низьким ступенем ризику або повне утримання від вживання алкоголю. Другий рівень, Зона II включає споживання алкоголю, що перевищує

рекомендації щодо низького ризику[124], і зазвичай на неї вказує бальна оцінка тесту AUDIT в діапазоні 8 - 15. В даному випадку найбільш доречним кроком буде проведення короткострокового втручання з наданням простих рекомендацій і матеріалів для інформування пацієнта. До третього рівня, зони III, належать ті пацієнти, які набрали в тесті AUDIT від 16 до 19 балів. Пацієнтам з небезпечним та шкідливим рівнем споживання алкоголю можна надати допомогу шляхом поєднання простих рекомендацій, коротких консультацій та постійного моніторингу; якщо пацієнт не відреагує на втручання або при підозрі на наявність залежності його можна спрямувати на проведенням подальших діагностичних оцінок. До четвертого рівня ризику належать пацієнти, які набрали більше 20 балів. Такі пацієнти повинні бути спрямовані на діагностику до фахівців і, можливо, на лікування від алкогольної залежності.

Вставка 5

Порекомендуйте пацієнтам не вживати алкоголь

- За кермом автомобіля чи під час управління технікою
- Під час вагітності чи планування вагітності
- За наявності захворювання, під час якого не можна вживати алкоголь
- Після прийому певних лікарських засобів, таких як снодійні, знеболюючі та деякі антигіпертензивні препарати

Якщо такі послуги не надаються місцевими закладами охорони здоров'я, пацієнтам може бути надана допомога в закладах ПМСД, особливо коли організації взаємодопомоги можуть надати соціальну підтримку. При етапному підході до надання допомоги пацієнтам слід використовувати найнижчий рівень втручання, рекомендований відповідно до бальної оцінки за тестом AUDIT. Якщо пацієнт не реагує на початкові заходи втручання, слід перейти до наступного рівня надання допомоги.

[124] Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alco- hol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.

Вставка 6

Рівень ризику	**Втручання**	**Бал AUDIT***
Зона I	Просвіта щодо шкоди алкоголю	0-7
Зона II	Прості поради	8-15
Зона III	Прості поради плюс коротке консультування та подальшій моніторинг	16-19
Зона IV	Спрямування до спеціаліста для 20-40 діагностичної оцінки та лікування	20-40

*Порогові значення тесту AUDIT можуть дещо відрізнятися в залежності від того, які традиції споживання алкоголю існують в певній країні, який вміст алкоголю вважається прийнятним в стандартній порції, і від типу скринінгової програми. У випадках, коли сума балів, набраних пацієнтом в ході тестування, не збігається з іншими клінічними даними, а також, якщо пацієнт має алкогольну залежність в анамнезі, необхідна клінічна оцінка. Також корисно розглянути відповіді пацієнта на окремі запитання з приводу симптомів залежності (питання 4, 5 і 6) і проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю (питання 9 і 10). Пацієнтам, які мають два і більше балів при відповіді на питання 4, 5, 6 і чотири бали при відповіді на питання 9 і 10, рекомендується наступний більш високий рівень втручання

Короткострокові втручання для осіб з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю пропонуються різноманітні короткотривалі заходи низької інтенсивності. Дані заходи варіюються від надання п'яти хвилинних простих рекомендацій з приводу способів скорочення небезпечного та шкідливого вживання алкоголю до декількох коротких консультацій для вирішення більш складних проблем[125]. Призначені для допомоги на ранньому етапі короткострокові втручання (до або відразу після першого прояву проблем, обумовлених споживанням алкоголю) включають в себе інформування про результати скринінгу для створення мотивації для зміни ставлення до алкоголю, а також прості поради, навчання методам здорового способу життя і новим навичкам, а також практичні пропозиції. За останні 20 років розроблено процедури, які можуть легко вивчити і використовувати медичні працівники закладів ПМСД для вирішення проблем у осіб, які вживають алкоголь з ризиком небезпечних та шкідливих наслідків. Дані процедури узагальнені у Вставці 7. Ефективність цього підходу оцінювалась в цілому ряді рандомізованих контрольованих досліджень, і були послідовно продемонстровані позитивні переваги для пацієнтів, які не мають залежності

[125] Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan,S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.

від алкоголю[126,127,128]. В супутньому посібнику ВООЗ «Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю: керівництво із застосування в системі первинної медико-санітарної допомоги», надається більше інформації про цей підхід.

Вставка 7

Елементи короткострокових втручань

- Надання результатів скринінгу
- Визначення ризиків та обговорення наслідків
- Надання медичних рекомендацій
- Прохання до пацієнта прийняти зобов'язання
- Визначення мети - скорочення споживання алкоголю або повне утримання від алкоголю
- Поради та підтримка

У випадках, коли лікар закладу первинної ланки не володіє кваліфікацією для лікування проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю, і при наявності спеціалізованої допомоги, пацієнта зазвичай направляють в спеціалізований медичний заклад, що займається такими проблемами. Потрібно брати до уваги бажання пацієнтів отримати таке спрямування і лікування. Багато пацієнтів недооцінюють ризики, пов'язані зі споживанням алкоголю; інші пацієнти бувають не готові до того, щоб визнати наявність залежності і почати її лікувати. Для подолання незгоди пацієнта може допомогти короткострокове втручання, яке відповідає меті спрямування, з використанням даних клінічного огляду та аналізів крові. Подальше диспансерне спостереження пацієнта і спеціаліст, який його приймав, також можуть підтвердити те, що пацієнт відвідав медичний заклад за спрямуванням і що лікування проведено.

Діагностика є необхідним етапом після отримання високої позитивної бальної оцінки тесту AUDIT, оскільки тест сам по собі не є достатньою підставою для прийняття рішень щодо подальшого лікування пацієнта. Хоча особи, які проводять скринінгову програму, повинні знати основні критерії алкогольної залежності, оцінку стану пацієнта повинен проводити кваліфікований спеціаліст, який володіє знаннями в області діагностики

---

[126] Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan,S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.

[127] Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. Canadian Medical Association Journal, 152(6):851-859, 1995.

[128] Wilk, A.I., Jensen, N.M. and Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine, 12:274-283, 1997.

розладів, викликаних вживанням алкоголю[129]. Кращою методикою для визначення діагнозу в подібній ситуації є стандартизоване, структуроване психіатричне інтерв'ю, наприклад, CIDI39 або SCAN40. На заповнення розділів даних видів інтерв'ю, присвячених проблемам споживання алкоголю, потрібно від 5 до 10 хвилин.

Десяте видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10)[118] містить детальні вказівки щодо діагностики гострих алкогольних отруєнь, шкідливого споживання алкоголю, синдрому алкогольної залежності, стану відміни та інших відповідних медичних та нейропсихічних станів. Критерії синдрому алкогольної залежності, зазначені в МКХ-10, представлені у Вставці 8.

Для деяких пацієнтів може знадобитися проведення дезінтоксикаційної терапії. Особливу увагу слід приділити тим пацієнтам, які у відповідях на запитання тесту AUDIT повідомили про щоденне споживання великих кількостей алкогольних напоїв, а також особам, які ствердно відповіли на запитання, що стосуються виявлення можливої алкогольної залежності (запитання 4-6). Слід з'ясувати, скільки часу пройшло з тих пір, коли пацієнт хоча б один день не вживав алкоголь, а також обговорити попередні епізоди розвитку симптомів синдрому відміни. Дана інформація, фізикальне обстеження пацієнта і лабораторні аналізи (див. Процедури клінічного скринінгу, Додаток D), можуть використовуватися для прийняття рішення з приводу рекомендованої дезінтоксикаційної терапії. Дезінтоксикаційна терапія потрібна пацієнтам з помірним і важким синдромом відміни не тільки для мінімізації симптомів, але й для профілактики або лікування судом або делірію, а також для полегшення прийняття пацієнтом необхідності проведення лікування з приводу залежності. У рідкісних важких випадках для проведення дезінтоксикації необхідна госпіталізація пацієнта; але в більшості менш складних випадків така терапія може успішно проводитися в амбулаторних умовах і вдома.

[129] World Health Organization. *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research,* World Health Organization, Geneva, 1993.

Вставка 8

Критерії МКХ-10 щодо синдрому алкогольної залежності

Впродовж щонайменше одного місяця у пацієнта спостерігаються три або більше із зазначених нижче симптомів, або якщо дані явища зберігалися протягом менш ніж одного місяця, вони повинні були спостерігатися одночасно та неодноразово впродовж 12 місяців:

- Сильне бажання або компульсивний потяг до алкоголю.
- Зниження ступеня контролю над вживанням алкоголю стосовно його початку, закінчення або рівнів споживання, що підтверджується наступними фактами: алкоголь споживався у великих кількостях або протягом більш тривалого періоду, ніж передбачалося; або постійним бажанням або безуспішними спробами скоротити або контролювати споживання алкоголю.
- Фізіологічний стан синдрому відміни при скороченні або припиненні споживання алкоголю, що підтверджується характерними ознаками синдрому відміни або використанням тієї ж (або близької) речовини з метою зменшити прояви синдрому відміни або уникнути їх виникнення.
- Ознаки толерантності до дії алкоголю, такі як необхідність значно більших обсягів алкоголю для досягнення інтоксикації чи бажаного ефекту, або помітне зниження ефекту при тривалому споживанні тієї ж кількості алкоголю.
- Постійна цікавість до споживання алкоголю, що проявляється відмовою від важливих альтернативних задоволень або інтересів або їх скороченням у зв'язку зі споживанням алкоголю; багато часу витрачається на діяльність, необхідну для придбання, споживання алкоголю або відновлення після впливу алкоголю.
- Продовження споживання алкоголю, незважаючи на чіткі докази шкідливих наслідків, що підтверджується продовженням споживання, незважаючи на розуміння характеру і ступеня шкоди, або очікуване розуміння шкоди. (с. 57, ВООЗ, 1993)

Медичне втручання або лікування алкогольної залежності описувалося в попередніх публікаціях ВООЗ[130]. Для лікування алкогольної залежності

[130] Heather, N. *Treatment approaches to alcohol problems.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).

розроблені різноманітні методики лікування, які підтвердили свою ефективність[131]. Досягнуто значного прогресу в області фармакотерапії, сімейної терапії та соціальної підтримки, профілактики рецидивів і втручань з проведенням тренінгу, спрямованого на зміну поведінки і придбання пацієнтами відповідних навичок. Оскільки діагностикою та лікуванням алкогольної залежності в медицині займаються лікарі окремої спеціалізації, в більшості країн лікарі закладів первинної ланки медико-санітарної допомоги не володіють знаннями і навичками в області діагностики і лікування даних станів. У таких випадках, в рамках скринінгових програм на рівні первинної ланки мають бути визначені протоколи для спрямування пацієнтів з підозрою на алкогольну залежність для подальшої діагностики і лікування.

Реалізація програми

Скринінг на наявність проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, і організація відповідної допомоги широко визнані як необхідні для належної медичної практики. Але як і в багатьох інших областях медичної практики, які мають таке визнання, часто не вдається здійснювати ефективні технології в рамках організованих систем охорони здоров'я. Виконання програми вимагає спеціальних зусиль, спрямованих на забезпечення співпраці окремих фахівців, подолання перешкод і адаптацію процедур до особливих обставин. В рамках наукових досліджень, присвячених проблемі реалізації даної програми, з'явилися корисні керівництва щодо ефективних способів її виконання[132,133]. Виділено чотири основних елементи, необхідних для успішної реалізації програми:

- планування;
- навчання;
- моніторинг;
- зворотний зв’язок.

Планування необхідне не тільки для розробки самої програми скринінгу на споживання алкоголю, але і для того, щоб учасники програми відчули свою роль в її виконанні. Кожен заклад ПМСД по-своєму унікальний. У кожному закладі є спеціальні процедури відповідно до фізичних умов, соціального і культурного оточення, популяції пацієнтів, економічних можливостей, структури співробітників і навіть особливостей характеру окремих співробітників. Таким чином, адаптація скринінгової програми AUDIT до

---

[131] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health.* Rockville, MD, 2000.

[132] Richmond, R.L. and Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction* 89, 49-62, 1994.

[133] Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.

кожного окремого медичного закладу повинна включати в себе основні елементи таким чином, щоб домогтися стійких позитивних результатів. Якщо в установі здійснюються інші скринінгові програми для виявлення інших станів і факторів ризику, корисно буде почати з цих процедур. Однак в подальшому буде потрібно прийняття стратегічних і процедурних рішень.

На етапі планування слід залучити тих співробітників, які братимуть участь в програмі і тих, кого дана програма торкнеться. Для виявлення можливих перешкод і створення способів їх подолання необхідно залучати до роботи осіб, які дотримуються різних точок зору, мають різний досвід і виконують різні обов'язки. Крім того, залучення співробітників до роботи на етапі планування дозволяє створити відчуття причетності до розробленого плану виконання програми. Таким чином, можна підвищити відповідальність окремих співробітників і команди в цілому при виконанні плану та здійснювати поступове вдосконалення, що забезпечить успіх. Неповний перелік питань, що зазвичай виникають при виконанні програми і розв'язаних на етапі планування, представлений у Вставці 9. План реалізації слід офіційно затвердити на будь-якому рівні, і це необхідно зробити до початку навчання.

Навчання є необхідним кроком при підготовці закладу охорони здоров'я до виконання плану програми. Однак програма навчання, розпочата без відповідного рішення керівництва з впровадження скринінгової програми, швидше за все, виявиться неефективною і навіть не продуктивною. Для здійснення скринінгової програми AUDIT і короткострокового втручання розроблений спеціальний пакет навчальних матеріалів[134] (див. Додаток Е). У процесі навчання необхідно розглянути найважливіші питання: чому важливо проведення скринінгової програми, які умови повинні бути визначені, як використовувати тест AUDIT і які оптимальні процедури гарантують успіх програми. Ефективна програма навчання повинна включати детальне обговорення функцій та сфер відповідальності співробітників в рамках плану нової програми. Також необхідно надати допомогу на практиці в ході проведення тесту AUDIT і інших запланованих процедур (напр., короткострокові втручання, спрямування пацієнта, тощо).

---

[134] McRee, B., Babor, T.F. and Church,O.M. *Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention.* Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.

Вставка 9

Питання реалізації

- З якими пацієнтами необхідно проводити скринінг?
- Як часто необхідно проводити скринінг пацієнтів?
- Як слід співвідносити скринінг з іншими заходами?
- Хто буде проводити скринінговий тест?
- Які матеріали будуть надані пацієнту і співробітнику, який проводить тестування?
- Хто буде інтерпретувати результати і надавати допомогу пацієнтові?
- Як будуть зберігатися медичні дані?
- Які заходи подальшого спостереження будуть проводитися?
- Як будуть визначатися пацієнти, яким потрібен скринінг?
- Коли під час прийому буде проводитися скринінг?
- Яка буде послідовність дій?
- Як будуть надаватися, зберігатися і оброблятися інструменти і матеріали?
- Як подальші спостереження будуть плануватися?

У деяких країнах багато людей, включаючи навіть медичних працівників, звикли вважати, що існує лише одна проблема, яка стосується споживання алкоголю - залежність. Досить часто медичні працівники вважають, що тим, хто стикається з проблемами, обумовленими споживанням алкоголю, можна допомогти тільки тоді, коли вони «досягнуть дна» і самі будуть звертатися за медичною допомогою; також часто передбачається, що єдиним способом лікування є повне утримання від споживання алкоголю. Деякі з тих, хто дотримується таких поглядів, можуть вважати скринінгову програму і короткострокові втручання неефективними або навіть загрозливими. Тому особливо важливо обговорити дані питання відкрито, відверто і з залученням усіх новітніх наукових даних. Якщо дані аспекти проблеми обговорити відкрито і підійти до питання ретельно, більшість медичних працівників або самі усвідомлюють корисність скринінгової програми, або погодяться на практиці оцінити її користь, перш ніж виносити судження щодо її ефективності.

Моніторинг є ефективним способом підвищення якості виконання скринінгової програми. Існують різні способи вивчення ступеня ефективності програми скринінгу на вживання алкоголю. Кількість пацієнтів, які пройшли скринінг, можна порівняти з кількістю людей, які звернулися до лікаря, і які повинні були пройти скринінговий тест відповідно до розробленої стратегії. Таким чином, можна виявити відсоток успішності скринінгової програми. Реєстрація та підрахунок відсотку пацієнтів, які отримали позитивні результати

тесту, також є корисним показником, який допоможе співробітникам медичного закладу визначити обсяг необхідних послуг. Ще одним способом вимірювання ефективності програми AUDIT є визначення відсоткової частки пацієнтів, які отримали відповідні типи втручання (короткострокові втручання, спрямування, діагностика і т.д.) після проведення тесту. Врешті решт, можна провести вибірковий контроль успішності програми, опитавши пацієнтів через 6-12 місяців після виявлення позитивних оцінок скринінгу. Для вимірювання кількісних результатів можна провести тест AUDIT повторно.

Незалежно від обраних критеріїв контролю успішності програми, необхідною умовою є регулярний зворотний зв'язок з усім персоналом, який бере участь в програмі, для підвищення результативності програми на ранніх стадіях її здійснення. Співробітники, які беруть участь в програмі, повинні регулярно проводити збори, на яких буде обговорюватися результативність програми. Також слід використовувати письмові форми звітності. Ці заходи допоможуть співробітникам повідомити про можливі проблеми, що створюють негативний вплив на успішне виконання програми.

Додаток А
Рекомендації з проведення досліджень для застосування тесту AUDIT

Тест AUDIT був розроблений за результатами широкої валідації в шести країнах[135,136]. Також проводились додаткові дослідження для оцінки точності тесту і можливості його застосування в різних умовах, популяціях і культурах[137]. Для подальшого вдосконалення даного процесу дослідникам рекомендується використовувати тест AUDIT для відповіді на деякі з наступних питань:

- Чи можна використовувати результати тесту AUDIT для прогнозування проблем, пов'язаних із споживанням алкоголю, в майбутньому, а також чи можна за результатами тестування прогнозувати реакцію пацієнта на короткострокові втручання і більш інтенсивні види лікування? Подібні дані можуть бути оцінені за допомогою проведення повторного тестування одного і того ж пацієнта. Можна визначити кореляцію загальної бальної оцінки з різними іншими індикаторами симптоматики в майбутньому. Наприклад, було б цікаво дослідити, чи ефективний тест AUDIT для виявлення проблем, обумовлених споживанням алкоголю, різного ступеня тяжкості; чи

---

[135] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.

[136] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. Addiction, 88, 349-362, 1993.

[137] Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613- 619, 1997.

збільшується бальна оцінка у тих пацієнтів, які продовжують споживати великі обсяги алкоголю; чи значно знижується бальна оцінка після надання пацієнтам рекомендацій, консультацій та інших видів втручання. Скринінгове тестування не повинно розглядатися окремо від втручань і лікування. Необхідно проводити оцінку впливу даного тесту на захворюваність і смертність серед груп ризику. Внесок даного скринінгового тесту у вторинну і первинну профілактику залежить від наявності ефективних стратегій втручання.

- Яка чутливість, специфічність і прогностична цінність тесту AUDIT в різних групах ризику при різних умовах валідації? У майбутніх оцінках скринінгових процедур тесту AUDIT слід приділити особливу увагу тим явищам, пов'язаним із вживанням алкоголю, які необхідно виявити або прогнозувати. Слід приділити особливу увагу оцінці первинних рівнів ризику, випадків шкідливого споживання алкоголю і алкогольної залежності. Вимоги методологічно грамотної валідації вимагають використання незалежних критеріїв діагностики, які самі по собі пройшли валідацію. Два тести, які можуть бути корисними для даної мети - Структурований міжнародний діагностичний опитувальник (CIDI) і Шкала клінічної оцінки в нейропсихіатрії (SCAN)39,40. В обох цих анкетах проводиться незалежна верифікація різноманітних розладів, викликаних споживанням алкоголю, відповідно до МКХ-10 і інших діагностичних систем. Даний тест може бути поліпшений за допомогою зосередження на більш чітко визначених групах ризику і більш специфічних проблемах, пов'язаних із споживанням алкоголю. Необхідно уточнити порогові значення для тих цільових груп, основні проблеми яких є об'єктом скринінгового тестування AUDIT, особливо в осіб, що вживають алкоголь зі шкідливими наслідками і страждають на алкогольну залежність.

- Які основні перешкоди для проведення скринінгового тесту AUDIT існують на практиці? Важливими обмеженнями скринінгових тестів є нестача коштів на їх проведення і прийнятність скринінгового тестування як для медичних працівників, так і для цільових груп. Якщо скринінговий тест вимагає великих витрат, результати скринінгової програми можуть не виправдати вкладені кошти. Те ж саме вірно і для тестів, які вимагають тривалого часу на їх виконання, надмірно втручаються в особисте життя пацієнтів або будь-яким іншим чином можуть здатися цільовій групі образливими. Подібного роду оцінка має бути проведена і для тесту AUDIT.

- Чи можуть бальні оцінки з тесту AUDIT використовуватися для окремих оцінок небезпечного чи шкідливого вживання алкоголю, та алкогольної залежності? Якщо скринінг може бути розділений на три окремих блоки, тест може виявитися корисним для оцінки різних підходів до навчання та лікування в рамках програми вторинної профілактики. З іншого боку, загальна кількість балів по тесту AUDIT може також використовуватися для загальної оцінки ступеня вираженості проблеми, що може допомогти при виборі протоколу лікування, а також ступеня клінічного втручання (з використанням

мінімального ступеня втручання для задоволення безпосередніх потреб пацієнта). Якщо пацієнт не реагує на втручання, слід перейти до наступного етапу втручання. Хоча бальні оцінки з тесту AUDIT в діапазоні від 8 до 19 балів вважаються показаннями для короткострокових втручань, необхідні подальші дослідження для визначення оптимальних порогових значень, найбільш відповідних для надання простих рекомендацій, коротких консультацій і проведення більш інтенсивного лікування.

- Яким чином можна використовувати тест AUDIT при проведенні епідеміологічних досліджень? Тест AUDIT може використовуватися як інструмент епідеміологічних досліджень в клініках, системах надання медичних послуг і серед населення. Тест AUDIT розроблявся як міжнародний інструмент, проте він може також використовуватися для порівняння вибірок різних національних і культурних груп, з точки зору характеру і поширеності випадків небезпечного та шкідливого вживання алкоголю та алкогольної залежності. Перш ніж це буде зроблено, корисно розробити норми для різних рівнів ризику, для забезпечення можливості порівняння бальних оцінок окремих респондентів і груп з розподілом балів у всій популяції.

- Якою є діагностична валідність окремих показників тесту AUDIT і загальної суми балів у порівнянні з різними «об'єктивними» індикаторами проблем, викликаних споживанням алкоголю, як, наприклад, рівнем алкоголю в крові, біохімічними маркерами споживання алкоголю у великій кількості, громадськими документами про наявність проблем, що стосуються споживання алкоголю, і даними, отриманих від осіб, які мають можливість спостерігати поведінку пацієнта при вживанні алкоголю. Оскільки процедури усних звітів можуть мати певні властиві їм обмеження, може виявитися корисною оцінка обставин, при яких результати тесту AUDIT можуть з'явитися суб'єктивними або можуть бути з тієї чи іншої причини визнані недійсними. Слід також досліджувати можливі способи підвищення точності тесту AUDIT.

- Наскільки прийнятним є тест AUDIT для співробітників медичних закладів первинної ланки охорони здоров'я? Які способи навчання медичних працівників скринінговим процедурам є найбільш ефективними? Наскільки широко буде застосовуватися тест AUDIT після того, як студенти і медичні працівники будуть навчені проведенню даного тестування?

Додаток В
Примірний формат застосування анкети AUDIT для самооцінки

У деяких ситуаціях тест AUDIT краще проводити в формі анкетування, а не усного інтерв'ю з пацієнтом. Такий підхід дозволяє економити час і кошти, причому пацієнти дають при такій формі опитування більш точні відповіді. Такі ж переваги дає проведення тесту з використанням комп'ютера. Для цих

цілей може бути корисним проведення тесту AUDIT в форматі, представленому у Вставці 10.

При заповненні форми тесту на папері пацієнти можуть зазнавати труднощів при відповідях на запитання, які в певних випадках можна пропустити (див. Вставку 4, стор. 17). Цю проблему легко вирішити при проведенні тестування на комп'ютері. Співробітники, які проводять тестування, можуть додати ілюстрації місцевих алкогольних напоїв, які є у продажу в певному регіоні із зазначенням стандартної порції. Може знадобитися внесення змін до запитання 3 (до 4 або п'яти порцій) в залежності від кількості стандартних порцій, в яких міститься 60 грамів чистого етанолу (див. Додаток С). Рекомендації з підрахунку балів: бали за кожну відповідь вказані в заголовку кожної колонки відповідей. Впишіть відповідну кількість балів в колонку праворуч. Потім складіть разом всі відповіді для отримання загальної кількості балів. Місце внизу сторінки може бути позначено «Тільки для медичних працівників» та може містити інструкції або місце для документування дій, здійснюваних медичними працівниками, які проводять тест AUDIT або короткострокові втручання. Необхідно забезпечити відповідне кодування даних матеріалів, щоб пацієнти чесно відповідали на запитання тесту AUDIT.

Вставка 10

Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю: версія за методикою самооцінки

ШАНОВНИЙ ПАЦІЄНТЕ! Оскільки вживання алкоголю може негативно позначитися на вашому здоров'ї та вплинути на ефективність певних ліків і форм лікування, нам необхідно отримати відповіді на деякі запитання, що стосуються вживання вами алкогольних напоїв. Ваші відповіді будуть залишатися конфіденційними, тому дайте відповідь, будь ласка, чесно.

Поставте значок "X" у графі, яка найбільш точно відповідає вашій відповіді на кожне з запитань.

Запитання	***0***	***1***	***2***	***3***	***4***
1. Як часто ви вживаєте напої, що містять алкоголь?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 рази на тиждень і частіше

2. Коли ви вживаєте алкогольні напої, скільки стандартних порцій алкоголю ви зазвичай споживаєте за день?	1 або 2	3 або 4	5 або 6	від 7 до 9	10 та більше
3. Як часто ви за один раз вживали шість або більше стандартних порцій алкоголю?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
4. Як часто протягом минулого року ви відчували, що не в змозі зупинитися після того, як почали споживати алкогольні напої?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
5. Як часто протягом минулого року ви не виконали те, що від вас очікувалося, через споживання вами алкогольних напоїв?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня

6. Як часто протягом минулого року вам доводилося прийняти першу порцію алкоголю вранці для нормалізації самопочуття після надмірного вживання алкогольних напоїв напередодні?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
7. Як часто в минулому році ви відчували почуття провини або докори совісті після споживання алкогольних напоїв?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
8. Як часто за минулий рік ви не могли згадати події попереднього вечора, коли ви споживали алкогольні напої?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	Раз на місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня

9. Чи отримували ви або хто-небудь інший травми в результаті споживання вами алкогольних напоїв?	Ні		Так, але не минулого року		Так, впродовж минулого року
10. Чи траплялося, що хтось із членів вашої родини, хтось із друзів, або лікар висловлював свою стурбованість з приводу вживання вами алкоголю або радив вам менше пити?	Ні		Так, але не минулого року		Так, впродовж минулого року
					ВСЬОГО:

Додаток С
Переклад на різні мови та адаптація змісту з урахуванням культурних особливостей і стандартів

Для деяких культур і мовних груп запитання тесту AUDIT не можуть бути переведені дослівно. Потрібно взяти до уваги не тільки семантичне значення слів, але і певні соціально-культурні чинники. Наприклад, з огляду на звички і звичаї, пов'язані зі споживанням алкоголю, а також переваги конкретних напоїв в певних країнах може знадобитись адаптація запитань до місцевих умов.

Слід зазначити, що запитання тесту AUDIT перекладені багатьма мовами, включаючи іспанську, словенську, норвезьку, французьку, німецьку, російську, японську, суахілі, і ще кілька інших мов. Ці переклади можна отримати, надіславши запит до Департаменту ВООЗ з питань психічного здоров'я і залежності від психоактивних речовин за адресою: Department of Mental Health

and Substance Dependence, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Перш ніж намагатися перевести тест AUDIT на інші мови, зацікавлені особи повинні звернутися в штаб-квартири ВООЗ та уточнити необхідні процедури, а також з'ясувати, чи існує переклад тесту на конкретну мову.

Що таке стандартна порція алкоголю?

У різних країнах дослідниками і пропагандистами здорового способу життя застосовуються різні визначення того, що становить "стандартну порцію" в зв'язку з різним об'ємом типових стандартних порцій алкогольних напоїв в різних країнах, наприклад:

- 1 стандартна порція в Канаді: 13,6 г чистого алкоголю;
- 1 стандартна порція в Великобританії: 8 г;
- 1 стандартна порція в США: 14 г;
- 1 стандартна порція в Австралії, Новій Зеландії: 10 г;
- 1 стандартна порція в Японії: 19,75 г.

У запитаннях 2 і 3 тесту AUDIT передбачається, що стандартна порція дорівнює 10 г алкоголю. У категоріях відповідей може знадобитися відповідна зміна кількості стандартних порцій для забезпечення відповідності цих запитань звичайному обсягу стандартної порції та міцності алкоголю в конкретній країні. Рекомендований рівень споживання алкоголю, що обумовлює низький ризик, наведений в Керівництві з короткострокових втручань і використаний в дослідженні ВООЗ з короткострокових втручань, становить не більше 20 грамів алкоголю в день, 5 днів на тиждень (протягом 2 днів на тиждень рекомендується не вживати алкоголь взагалі).

Як розрахувати вміст алкоголю в стандартній порції

Вміст алкоголю в одній стандартній порції залежить від його міцності і обсягу посуду. У різних країнах продаються напої з різним вмістом алкоголю і різного об'єму. Дослідження ВООЗ[138] показало, що в пиві міститься від 2% до 5% відсотків чистого спирту, у вині - від 10,5% до 18,9%, в міцних алкогольних напоях - від 24,3% до 90%, і в сидрі - від 1,1% до 17%.

Тому необхідно привести обсяг стандартної порції до звичайного обсягу порції, прийнятому в даному регіоні, і розрахувати кількість чистого алкоголю, яке зазвичай вживається в кожному окремому випадку і в середньому. Також для визначення кількості алкоголю в стандартній порції необхідно враховувати перевідний коефіцієнт етанолу. Таким чином, можна перерахувати будь-який

---

138 Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption* 1950-1972. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

обсяг алкоголю в грами. У кожному мілілітрі етанолу міститься 0,79 грамів чистого етанолу, наприклад:

- 1 банка пива (330 мл) при міцності 5% х 0,79 (перевідний коефіцієнт) = 13 грамів етанолу;
- 1 стакан вина (140 мл) при міцності 12% х 0,79 = 13,3 г етанолу;
- 1 чарка горілки (40 мл) при міцності 40% х 0,79 = 12,6 г етанолу.

Додаток D
Процедури клінічного скринінгу

При визначенні хронічного споживання алкоголю з шкідливими наслідками іноді бувають корисні загальне клінічне обстеження і лабораторні тести. З цією метою розроблено процедури клінічного скрінінгу[139]. Симптоми включають тремор рук, появу судинної сіточки на обличчі і зміни слизових оболонок (наприклад, кон'юнктивіт) і порожнини рота (наприклад, глосит), а також підвищення рівнів ферментів, що свідчить про порушення функції печінки.

Огляд можуть здійснювати тільки кваліфіковані медичні працівники. Для постановки надійного діагнозу слід роз'яснити кілька пунктів.

Кон'юнктивальна інфекція. Стан кон'юнктивальної тканини оцінюється виходячи зі ступеня капілярного застою і жовтушності склер. Огляд найкраще проводити при денному світлі. Попросіть пацієнта подивитися вгору і вниз і відтягніть верхню і нижню повіку. Зазвичай, колір очного яблука перлинно-білий. При капілярному застої, навпаки, видно бордову судинну сіточку, а склери мають жовтувато-зеленуватий відтінок.

- Патологічна васкуляризація шкіри. Для оцінки проводиться огляд обличчя та шиї. Слід дослідити обличчя і шию на наявність тоненьких червонуватих судинних сіточок. Іншими симптомами хронічного споживання алкоголю є "гусяча шкіра" на шиї і жовтуваті плями на шкірі.

- Тремор рук. Для оцінки даного симптому попросіть пацієнта витягнути руки вперед, наполовину зігнувши їх в ліктях і повернувши кисті в напрямку середньої лінії тіла.

- Тремор язику. Для оцінки попросіть пацієнта висунути язик на невелику відстань за межі губ, але не надто далеко.

- Гепатомегалія. Зміни печінки оцінюються з точки зору її обсягу і

[139] Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) *Early identification of alcohol abuse.* NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 1985; 321-338.

консистенції. Збільшення обсягу печінки оцінюється по тому, на скільки пальців край печінки виходить за край реберної дуги. Консистенція печінки оцінюється як нормальна, щільна, тверда або дуже тверда.

Для діагностики зловживання алкоголем застосовуються кілька лабораторних тестів. Дослідження крові на вміст гамма-глутаміл-трансферази (ГГТ), вуглеводно-дефіцитного трансферину (ВГТ), середнього об'єму еритроцитів (СОЕ) і аспартатамінотрансферази (АСТ) дає порівняно недорогий спосіб визначення можливого зловживання алкоголем в недавньому минулому. Слід зазначити можливі хибнопозитивні результати в тому випадку, якщо пацієнт вживає наркотики (наприклад, барбітурати), які викликають підвищення рівня ГГТ. Тремор рук також може виникати в разі хвилювання, при наявності неврологічного розладу або при нікотиновій залежності.

Додаток Е
Навчальні матеріали для застосування тесту AUDIT

Навчальні матеріали та інші ресурси були розроблені для навчання процедурам проведення скринінгового тесту AUDIT і методик короткострокового втручання. До тренінгових матеріалів відносяться відеоматеріали, керівництва для інструкторів та листівки.

Нижче вказані ресурси, які можуть бути використані для навчання процедурі проведення тесту AUDIT на наявність проблем, обумовлених споживанням алкоголю:

Anderson, P. Alcohol and primary health care. World Health Organization, Regional Publications, European Series no. 64, 1996.

Проект NEADA (навчання медичних сестер визначенням випадків зловживання алкоголем і наркотиками) являє собою тридцяти хвилинне відео, яке називається «Скринінг на споживання алкоголю і короткострокове втручання і керівництво для інструктора»[140], що включає матеріали лекцій, рольові ігрові вправи, правила обговорення в групах і завдання для учнів. Для отримання даного документа, звертайтеся в Американський національний центр обміну інформацією із зловживання алкоголем і наркотиками (U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: www.health.org or call 1-800-729-6686).

Пакет матеріалів з оцінки ступеня ризику алкогольної залежності і способів втручання (ARAI). Онтаріо, Коледж сімейних лікарів Канади (Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family

[140] McRee, B., Babor, T.F. and Church,O.M. *Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention.* Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.

Physicians of Canada, 1994).

Sullivan, E., and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, *Treatment Improvement Protocol Series, 24,* U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20857, 1997.

Brief Intervention For Hazardous and harmful Drinking. A Manual for Use In Primary Care, 2001.

Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю

Автори: Томас Ф. Бейбор, Джон С. Хіггінс-Біддл

У цьому розділі містяться клінічні рекомендації щодо ролі та застосування наукових досліджень з клінічною практикою, описано, як проводити короткострокові втручання для пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, і тих, хто наражається на ризик їх розвитку.

Анотація

Короткострокові втручання довели свою ефективність і все частіше застосовуються при лікуванні осіб з небезпечним і шкідливим споживанням алкоголю, заповнюючи тим самим прогалину між заходами з первинної профілактики і більш інтенсивним лікуванням осіб із серйозними розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. Короткострокові втручання також представляють собою цінну основу для забезпечення спрямування пацієнтів з важкою формою алкогольної залежності на спеціалізоване лікування.

Даний посібник написано для того, щоб допомогти працівникам первинної медико-санітарної допомоги - лікарям, медсестрам, медичним працівникам на базі спільнот та іншим - працювати з людьми, чиє вживання алкоголю стало небезпечним або шкідливим для здоров'я. Його мета - зв'язати наукові дослідження з клінічною практикою, описавши, як проводити короткострокові втручання для пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, і тих, хто наражається на ризик їх розвитку. Керівництво також може бути корисним для працівників соціальних служб, співробітників системи кримінального правосуддя, працівників психіатричної служби і всіх тих, хто може бути залучений до роботи з людьми, які мають проблеми, зумовлені споживанням алкоголю.

Даний посібник призначено для використання разом із супутнім документом, в якому описується, як проводити скринінг на проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, в рамках первинної медичної допомоги, під назвою «AUDIT. Тест на виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю. Керівництво для використання в установах первинної медико-санітарної допомоги». Разом ці керівництва описують комплексний підхід до скринінгу на алкоголь і короткочасних втручань в первинній ланці охорони здоров'я.

Висловлення подяки

Департамент Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин висловлює свою вдячність за корисні зауваження та пропозиції фахівців, які переглянули рукопис: Olaf Gjerlow Aasland (Олаф Джерлоу Асланд), Maria Lucia Formigoni (Марія Лусія Форміньоні), Nick Heather (Нік Хезер), Hem Raj Pal (Хем Радж Пал) та John B. Saunders (Джон Б. Сондерс). Перегляд та доопрацювання цього документа координували Maristela Monteiro (Марістела Монтейро) за технічної допомоги Володимира Позняка з Департаменту ВООЗ з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин та Deborah Talamini (Дебора Таламіні), Університет Коннектикуту. Фінансову підтримку для публікації цього видання надало Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Японії. © Всесвітня організація охорони здоров’я, 2001 р.

Даний документ не є офіційною публікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Всі права стосовно даного документу належать ВООЗ. Однак дозволяється вносити в даний документ зміни, складати інформаційні реферати, відтворювати даний документ і перекладати його на інші мови частково або повністю, якщо такі версії даного документа не призначені для продажу або для використання в комерційних цілях.

Відповідальність за погляди, висловлені в цьому документі, повністю беруть на себе автори. Висловлені думки не обов'язково збігаються з офіційною позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Короткострокові втручання все частіше застосовуються для лікування людей з проблемами, пов'язаними з алкоголем. Оскільки короткострокові втручання не вимагають великих витрат і довели свою ефективність в усьому спектрі алкогольних проблем, медичні працівники та особи, що визначають політику, все більше уваги приділяють їм як інструменту, що дозволяє заповнити прогалину між зусиллями з первинної профілактики і більш інтенсивним лікуванням осіб із серйозними розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. Як описано в цьому посібнику, короткочасні втручання можуть використовуватися для лікування осіб з небезпечним і шкідливим вживанням алкоголю, а також сприяти направленню пацієнтів з більш важкою алкогольною залежністю отримати спеціалізоване лікування.

Даний посібник написано для того, щоб допомогти працівникам первинної медико-санітарної допомоги - лікарям, медсестрам, медичним працівникам на базі спільнот та іншим - працювати з людьми, чиє вживання алкоголю стало небезпечним або шкідливим для здоров'я. Його мета - зв'язати наукові дослідження з клінічною практикою, описавши, як проводити короткострокові втручання для пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, і тих, хто наражається на ризик їх розвитку. Керівництво також може

бути корисним для працівників соціальних служб, співробітників системи кримінального правосуддя, працівників психіатричної служби і всіх тих, хто може бути залучений до роботи з людьми, які мають проблеми, зумовлені споживанням алкоголю. Незалежно від контексту короткострокові втручання можуть допомогти у вирішенні проблем, обумовлених споживанням алкоголю, на ранніх етапах їх розвитку, таким чином сприяючи зменшенню шкоди для пацієнтів та суспільства.

Крім того, в цьому посібнику описується, яким чином медичні працівники первинної ланки можуть використовувати КВ як ефективний метод зміцнення здоров'я та профілактики захворювань для всіх пацієнтів, яких вони бачать у своїх громадах. Витративши всього кілька хвилин після скринінгу, щоб проінформувати тих, хто вживає алкоголь помірно, з низьким ризиком, чи утримується від вживання алкоголю, працівники первинної ланки можуть мати позитивний вплив на ставлення та норми, які сприяють небезпечному та шкідливому вживанню алкоголю у суспільстві.

Концепції та терміни

В даному документі використовується ряд термінів і понять, які можуть бути новими для працівників первинної медико-санітарної допомоги. На щастя, ці терміни легко зрозумілі і не містять технічного жаргону, і їх можна використовувати при спілкуванні з пацієнтами. Багато з цих термінів зараз включені до номенклатури десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10)[141]. Оскільки МКХ-10 набуває поширення у системах охорони здоров'я у всьому світі, цей посібник забезпечує практичний спосіб використання цієї термінології у повсякденній клінічній практиці.

При будь-якому обговоренні проблем, пов'язаних із алкоголем, важливо розрізняти «вживання», «зловживання» та «залежність». Термін «вживання» означає будь-яке вживання алкоголю. Ми використовуємо термін «вживання алкоголю з низьким ступенем ризику» для позначення вживання алкоголю, яке відповідає юридичним та медичним рекомендаціям і, ймовірно, не призведе до проблем, пов'язаних із алкоголем. «Зловживання алкоголем» - це загальний термін для будь-якого рівня ризику, починаючи від небезпечного вживання алкоголю і закінчуючи алкогольною залежністю.

Синдром алкогольної залежності - це група когнітивних, поведінкових та фізіологічних симптомів. Діагноз залежності повинен бути поставлений лише в тому випадку, якщо протягом останніх дванадцяти місяців пацієнт пережив три або більше з перерахованих нижче ситуацій, або сприяв їх виникненню:

сильне бажання або неусвідомлена тяга до алкоголю;

---

[141] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva, 1993

труднощі з контролем вживання алкоголю з точки зору початку, припинення або рівня вживання;
фізіологічний стан абстиненції, коли вживання алкоголю припинилося або скоротилося, або вживання алкоголю для полегшення або уникнення симптомів абстиненції;
докази підвищення толерантності: для досягнення ефектів, спочатку викликаних меншими порціями, потрібні підвищені порції алкоголю;
поступове нехтування іншими задоволеннями чи інтересами через вживання алкоголю;
продовження використання, незважаючи на чіткі докази шкідливих наслідків.

Оскільки зловживання алкоголем може завдати медичної шкоди без наявності залежності, в МКХ-10 у номенклатуру був введений термін «шкідливе споживання». Ця категорія стосується медичних чи пов'язаних із ними видів шкоди, оскільки метою МКХ є класифікація хвороб, травм та причин смерті. Шкідливе вживання визначається як спосіб вживання алкоголю, який вже завдає шкоди здоров'ю. Пошкодження може бути як фізичним (наприклад, ураження печінки внаслідок тривалого вживання алкоголю), так і психічним (наприклад, епізоди депресії, що є наслідком вживання алкоголю).

Шкідливі моделі споживання часто піддаються критиці, а іноді пов'язані з різними несприятливими соціальними наслідками. Однак той факт, що сім'я чи суспільство не схвалюють вживання алкоголю, сам по собі недостатній для виправдання діагнозу шкідливого споживання.

Відповідна концепція не включена до МКХ-10, але, тим не менш, важлива в цілях скринінгу, - це небезпечне споживання. Небезпечне споживання - це модель споживання алкоголю, що несе з собою ризик шкідливих наслідків для того, хто п'є. Ці наслідки можуть завдати шкоди здоров'ю, фізичному чи психічному, або вони можуть включати соціальні наслідки для особи, яка вживає алкоголь, чи інших людей. При оцінці ступеня цього ризику слід враховувати модель споживання, а також інші фактори, такі як сімейний анамнез.

Хоча стан пацієнта важливо діагностувати з точки зору шкідливого споживання або залежності, не менш важливо розуміти модель споживання алкоголю, пов'язану з ризиком. Деякі пацієнти можуть пити у великих кількостях в особливих випадках, але не випивають більше, ніж рекомендовано регулярно, на щотижневій основі. Таке вживання алкоголю до стану сп'яніння становить гостру форму ризику, який включає можливі травми, насильство та втрату контролю, що впливає на інших людей, а також на них самих. Інші пацієнти можуть регулярно надмірно вживати алкоголь і, виробивши підвищену толерантність до алкоголю, можуть не демонструвати виражених порушень при високому рівні алкоголю в крові. Хронічне надмірне споживання

становить ризик тривалих захворювань, таких як ураження печінки, деякі види раку та психологічні розлади. Надалі в тексті цього керівництва роз'яснюється, що вміння розрізняти моделі споживання алкоголю та види ризику спрямоване на те, щоб задовольнити медичні потреби різних типів споживачів за допомогою найбільш відповідних заходів. Внаслідок великого завантаження медичних працівників у первинній ланці втручання повинні бути короткими.

Короткострокові втручання – це практичні заходи, спрямовані на виявлення реальних або потенційних проблем, обумовлених споживанням алкоголю, та на мотивування споживачів щось з цим зробити.

У багатьох культурах ярлики або терміни, що застосовуються до людей, які мають схильність до надмірного споживання алкоголю, мають вкрай негативний відтінок. Проведені тут відмінності між типами зловживання в широкому спектрі рідко знаходять відображення в популярних концепціях і термінології. Щоб не викликати опору і реакції неприйняття з боку пацієнтів, краще, за можливості, описувати вживання алкоголю і поведінку пацієнтів, а не використовувати особисті ярлики. Таким чином, слід віддавати перевагу обговоренню небезпечного споживання алкоголю або алкогольної залежності, ніж навішувати на пацієнта ярлика п'яниці або алкоголіка. Це дозволить пацієнтам зосередитися на зміні своєї алкогольної поведінки, а не захищатися від застосовуваних до них термінів.

Функції та сфери відповідальності закладів ПМСД

Медичні працівники закладів первинної медико-санітарної допомоги мають унікальну можливість виявляти пацієнтів з небезпечним або шкідливим для їхнього здоров'я споживанням алкоголю, та проводити відповідні втручання[142]. Вони також можуть відігравати вирішальну роль у тому, щоб пацієнти з алкогольною залежністю почали лікування.

Пацієнти довіряють досвіду медичних працівників і очікують, що вони зацікавляться впливом алкоголю на здоров'я. Інформація, надана медичними працівниками, часто має вирішальне значення не тільки для лікування хвороби, але і для її профілактики. Первинна медична допомога є основним засобом надання медичних послуг у багатьох частинах світу, при цьому більшість населення світу звертається до лікаря або іншого медичного працівника принаймні раз на рік. Оскільки пацієнти довіряють інформації, яку вони отримують від медичних працівників, поради щодо вживання алкоголю, швидше за все, будуть сприйняті серйозно, якщо вони будуть надані в контексті медичної або профілактичної консультації з питань охорони здоров'я. Крім того, заклад первинної медико-санітарної допомоги ідеально підходить для постійного спостереження та повторного втручання.

---

[142] Anderson, P. Alcohol and Primary Health Care. World Health Organization, Copenhagen, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 64)

На жаль, деякі медичні працівники первинної ланки неохоче проводять скринінг чи консультування пацієнтів щодо шкоди споживання алкоголю. Серед причин, які найчастіше згадуються, - брак часу, неадекватна підготовка, страх викликати гнівну реакцію пацієнтів, хибне уявлення про те, що консультування щодо алкоголю несумісне з первинною медичною допомогою та впевненість в тому, що «алкоголіки» не реагують на втручання. Кожна з цих причин основана на помилкових упередженнях, які суперечать як фактичним даним, так і логіці.

Брак часу

Загальна стурбованість, яку висловлюють медичні працівники, полягає в тому, що на скринінг та коротке втручання (СКВ) буде потрібно занадто багато часу. Враховуючи велику завантаженість медичних працівників, можна стверджувати, що першим обов'язком медичного працівника є задоволення негайних потреб пацієнта, які, як правило, стосуються гострої медичної допомоги. Але в цьому аргументі не враховується важливість проблеми споживання алкоголю для здоров'я багатьох пацієнтів та переоцінюється час, необхідний для обговорення цієї проблеми. Оскільки вживання алкоголю є провідним фактором, що сприяє багатьом проблемам зі здоров'ям, з якими стикається первинна медична допомога, метод СКВ часто можна застосовувати під час звичайної клінічної практики, і це не вимагає значно більше часу.

Анкету короткого скринінгового тесту для самооцінки можна видати разом з іншими формами, які пацієнти мають заповнити в приймальні, або ці питання можна інтегрувати у звичайне опитування при зборі анамнезу. У будь-якому випадку, на проведення скринінгу потрібно всього 2-4 хвилини. Оцінка та інтерпретація скринінгового тесту займає менше хвилини. Після того, як результати скринінгу будуть доступні, лише невелика частка (5%-20%) пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги, ймовірно, потребуватиме короткого втручання. Для тих, у кого результат скринінгу виявиться позитивним, втручання для більшості пацієнтів потребує менше п'яти хвилин. Якщо потрібна коротка консультація, до 15 хвилин рекомендується переглянути буклет самодопомоги, описаний у цьому посібнику, та розробити план моніторингу або спрямувати пацієнта до спеціалістів.

Недостатня професійна підготовка

Багато медичних працівників вважають, що їх підготовка не є достатньою для проведення скринінгу та консультування пацієнтів щодо вживання алкоголю. Хоча дійсно в професійній медичній освіті часто не приділяється достатньої уваги проблемам алкоголю, зараз з'явилися широкі можливості для навчання використанню нових методів скринінгу та втручання. Це навчання є відносно простим і легким, а крім того можна навчити всього одну людину навіть у дуже завантаженій клініці, яка відповідатиме за скринінг на споживання алкоголю, тим самим зменшуючи навантаження на інших членів

медичної команди. Цей посібник також може допомогти у навчанні медичних працівників. Інші ресурси перелічені в Додатку С.

Побоювання викликати гнів пацієнтів питаннями делікатного особистого характеру

Ще одна поширена помилка щодо СКВ полягає в тому, що пацієнти можуть розгніватися, якщо їх розпитувати про їх вживання алкоголю, або ж вони будуть заперечувати наявність проблем і чинити опір будь-яким спробам змінити їхню поведінку. Хоча заперечення і опір іноді зустрічаються у людей з алкогольною залежністю, особи з шкідливим і небезпечним вживанням алкоголю рідко бувають незговірливими. Навпаки, досвід, накопичений в ході численних досліджень і клінічних програм, показує, що майже всі пацієнти готові до співпраці, і більшість з них вдячні, коли медичні працівники виявляють інтерес, намагаючись встановити взаємозв'язок між вживанням алкоголю і проблемами зі здоров'ям. В цілому, пацієнти сприймають скринінг на алкоголь і коротке консультування як частину обов'язків медичного працівника і рідко заперечують, якщо вони проводяться відповідно до процедур, описаних в цьому посібнику.

В закладах первинної медико-санітарної допомоги не слід займатися проблемою алкоголю

Цьому хибному переконанню суперечить величезна кількість доказів, які свідчать про те, що споживання алкоголю призводить до різноманітних проблем зі здоров’ям[143]. Ці проблеми впливають не тільки на здоров'я окремих людей, але і на здоров'я сімей, громад та населення в цілому. Загалом, існує взаємозв’язок «порція-відповідь» між споживанням алкоголю та різними захворюваннями, такими як цироз печінки та деякі види раку (наприклад, ротової порожнини, горла та молочної залози). Так само, чим більше людина вживає алкоголю, тим більший ризик травм, автомобільних аварій, проблем на робочому місці, домашнього насильства, утоплення, самогубства та багатьох інших соціальних та правових проблем. Як і у випадку з пасивним курінням, надмірне вживання алкоголю має вторинні наслідки для здоров’я та самопочуття людей у найближчому соціальному оточенні особи, яка п’є.

Ненавмисні травми, збільшення витрат на сімейне медичне обслуговування та психіатричні проблеми - ось деякі з небажаних наслідків шкідливого споживання алкоголю. Таким чином, якщо первинна медико-санітарна допомога передбачає профілактику та лікування таких поширених фізичних та психічних станів, вона повинна усунути їх причини, обумовлені зловживанні алкоголем.

---

[143] Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J. and Skog., O. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press, Oxford, 1994.

«Алкоголіки» не реагують на втручання лікарів первинної медико-санітарної допомоги.

Медичні працівники, які плутають усі форми надмірного споживання алкоголю з алкогольною залежністю, часто озвучують цю хибну думку. Зловживання алкоголем включає набагато більше, ніж залежність від алкоголю. Залежність від алкоголю впливає на невелику, але значну частину дорослого населення у багатьох країнах (3%-5% у промислово розвинених країнах), але загалом небезпечне та шкідливе споживання алкоголю впливає на значно більшу частину населення (15%-40%). Систематична програма СКВ в закладах первинної медичної допомоги має подвійну мету. Вона визначатиме та направлятиме осіб, які мають алкогольну залежність на ранній стадії їхньої алкогольної кар'єри, тим самим запобігаючи подальшому прогресуванню залежності. Друга мета - виявити та допомогти особам з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю, в яких може розвинутися (а може і не розвинутися) синдром алкогольної залежності, але ризик серйозної шкоди, пов'язаної з алкоголем, можна зменшити. Всупереч поширеним упередженням, метод СКВ є ефективним для обох груп населення.

Особи з алкогольною залежністю добре реагують на офіційне лікування та на види допомоги у громаді, яку надають товариства взаємодопомоги[144,145]. Але цих самих людей часто потрібно переконати, що вони мають проблеми з алкоголем і їх потрібно заохочувати звертатися за допомогою. Це важливий обов'язок медичних працівників первинної ланки, які знаходяться в ідеальному становищі і можуть використати свій досвід, свої знання та шановану всіма роль «диспетчерів», щоб спрямовувати осіб з алкогольною залежністю до відповідних медичних спеціалістів.

Всупереч переконанням, що проблеми, пов'язані з алкоголем, не можуть бути вирішені на рівні первинної медико-санітарної допомоги, особи з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю добре реагують на втручання в закладах ПМСД (див. Вставку 1). На відміну від осіб з алкогольною залежністю, яких слід спрямовувати до спеціалізованих закладів, людям з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю достатньо надати прості поради та короткі консультації відповідно.

В численних клінічних випробуваннях була продемонстрована ефективність цих коротких втручань у справі зменшення загального рівня споживання алкоголю, сприяння змінам шкідливих звичок споживання,

---

144 Institute of Medicine. Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. National Academy Press, Washington, DC, 1990.

145 Makela, K. International comparisons of Alcoholics Anonymous. Alcohol Health & Research World 17:228-234, 1993.

запобігання майбутнім проблемам з алкоголем, поліпшення стану здоров'я та зменшення витрат на охорону здоров'я[146,147,148,149] .

Працівники закладів ПМСД мають досвід лікування пацієнтів з діабетом та артеріальною гіпертензією, яких також вперше виявляють за допомогою скринінгу, які також вимагають консультування щодо зміни поведінки та постійної підтримки. Цей досвід буде корисним у наданні схожої допомоги особам з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю.

Підсумок

Небажання працівників закладів ПМСД проводити скринінг на споживання алкоголю та короткі втручання часто ґрунтується на уявленнях про складність цього завдання, необхідний час, наявність особливих навичок та реакцію пацієнта. При уважному розгляді, більшість із цих очікуваних бар'єрів для СКВ - це або хибні уявлення, або дійсно незначні проблеми, які можна легко подолати. Можливо, складніше подолати ставлення самих медичних працівників до алкоголю та його особистого вживання. Враховуючи зобов'язання надавати пацієнтам найкращу медичну допомогу, впровадження випробувальної програми СКВ надасть найкращу можливість переконати скептиків у тому, що це реально здійснюваний, ефективний та результативний метод.

Вставка 1

Докази ефективності короткострокових втручань

Протягом останніх 20 років було проведено численні рандомізовані клінічні випробування коротких втручань у різних закладах охорони здоров'я. Дослідження проводилися в Австралії, Болгарії, Мексиці, Сполученому Королівстві, Норвегії, Швеції, США та багатьох інших країнах. Докази ефективності коротких втручань були узагальнені у кількох оглядових статтях, включаючи наступні:

- В одній із перших оглядовий статей Бьен та ін. (Bien, et al.)[150] представили огляд 32 контрольованих досліджень з залученням

[146] Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction 88: 315- 336, 1993.

[147] Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. Canadian Medical Association Journal 152(6):851-859, 1995.

[148] Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine 12:274- 283, 1997.

[149] Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. Addiction (in press).

[150] Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction 88: 315- 336, 1993.

понад 6000 пацієнтів і зробили висновок про те, що короткострокові втручання були не менш ефективними, ніж програми екстенсивного лікування. «Існують обнадійливі докази того, що курс лікування від шкідливого споживання алкоголю можна ефективно замінити за допомогою добре розроблених стратегій втручання, які є можливими у ситуаціях відносно короткого контакту, наприклад, в закладах первинної медико-санітарної допомоги та в програмах допомоги на робочому місці».

- Каган та ін. (Kahan, et al.)[151] розглянули 11 випробувань коротких втручань та дійшли висновку про те, що незважаючи не необхідність подальших досліджень специфічних аспектів, вплив коротких втручань з точки зору громадського здоров'я є потенційно величезним. «Враховуючи докази ефективності короткострокових втручань та мінімальні обсяги часу та зусиль, яких вони потребують, лікарям рекомендується впроваджувати ці стратегії в свою практику».
- Вілк та ін. (Wilk et al.)[152] розглянули дванадцять рандомізованих контрольованих досліджень і дійшли висновку, що споживачі алкоголю, з якими проводиться коротке втручання, мають удвічі більшу ймовірність скоротити вживання алкоголю протягом 6–12 місяців, ніж ті, хто не отримував жодного втручання. "Коротке втручання в амбулаторних умовах - це недорогий, ефективний профілактичний захід для тих, хто вживає алкогольні напої".
- Мойер та ін. (Moyer, et al.)[153] розглядали дослідження, в яких короткострокові втручання порівнювались з контрольними групами осіб, які взагалі не отримували лікування, і тими, хто проходив екстенсивне лікування. Дослідники знайшли «ще більше позитивних доказів» ефективності коротких втручань, особливо для пацієнтів з менш серйозними проблемами. Попереджуючи, що короткострокові втручання не замінюють спеціалізованого лікування, дослідники припустили, що такі втручання можуть відмінно використовуватись в якості первинного лікування для осіб з важкою залежністю, які потребують екстенсивного лікування.

---

[151] Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. Canadian Medical Association Journal 152(6):851-859, 1995.

[152] Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine 12:274- 283, 1997.

[153] Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. Addiction (in press).

СКВ – підхід до керування ризиками та виявленням випадків

В подальших розділах даного керівництва розглядаються питання керування ризиками та виявлення випадків в закладах ПМСД під час роботи з особами з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю. Цей підхід заснований на припущенні про те, що скринінг та короткострокові втручання у зв'язку з проблемним споживанням алкоголю, можуть мати позитивний ефект для пацієнтів, які отримують медичну допомогу в конкретній клініці чи у конкретного лікаря. Цей підхід спрямований в першу чергу на окремого пацієнта, але увага також приділяється і членам його родини і соціальному оточенню в громаді. Використання СКВ як способу раннього виявлення проблем з алкоголем, а також методу просвіти всіх пацієнтів, дозволить з часом скоротити негативні наслідки споживання алкоголю.

Скринінг - це перший крок у процесі СКВ. Це простий спосіб ідентифікувати осіб, чиє вживання алкоголю може становити загрозу для їхнього здоров'я, а також тих, хто вже відчуває проблеми, пов'язані з алкоголем, включаючи залежність. (Див. супутнє керівництво «AUDIT. Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю. Керівництво для використання в закладах первинної медико-санітарної допомоги»). Скринінг також має інші переваги. Він дозволяє медичному працівнику отримати інформацію для розробки плану втручання, а також надати пацієнтам персональні коментарі, які можуть мотивувати їх до зміни поведінки щодо вживання алкоголю.

Для систематичного проведення скринінгу рекомендується використовувати стандартизований перевірений інструмент скринінгу. У цьому посібнику рекомендується тест на виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю (AUDIT), який був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я для ідентифікації осіб з небезпечним і шкідливим споживанням алкоголю, а також алкогольної залежності13. Хоча інші інструменти самооцінки також були визнані корисними, AUDIT має наступні переваги:

- Короткий, простий у використанні та гнучкий, але надає цінну інформацію для зворотного зв'язку з пацієнтами;
- Відповідає визначенням МКХ-10 щодо шкідливого споживання алкоголю та алкогольної залежності;
- Зосереджений на недавньому вживанні алкоголю;
- Затверджений у багатьох країнах та доступний багатьма мовами.

Тест AUDIT складається з десяти запитань. Перші три пункти визначають кількість і частоту регулярного та періодичного вживання алкоголю. Наступні три запитання стосуються виникнення можливих симптомів залежності, а

останні чотири запитання спрямовані на визначення недавніх та життєвих проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Після проведення скринінгу наступним кроком є проведення відповідного втручання, яке відповідає потребам кожного пацієнта. Як правило, скринінг на алкоголь використовувався насамперед для виявлення осіб з алкогольною залежністю, яких потім спрямовують на спеціалізоване лікування. Однак за останні роки прогрес у процедурах скринінгу забезпечив можливість перевіряти наявність факторів ризику, таких як небезпечне та шкідливе споживання алкоголю. При використанні тесту AUDIT, підхід СКВ, описаний у цьому посібнику, пропонує простий спосіб провести відповідне втручання кожному пацієнту, виходячи з рівня ризику. Чотири рівні ризику та відповідні показники тесту AUDIT, наведені у Вставці 2, представлені як загальні вказівки щодо визначення рівнів ризику на основі балів AUDIT. Вони можуть слугувати підставою для прийняття клінічних суджень щодо адаптації втручань до конкретних станів окремих пацієнтів. Цей підхід базується на передумові, що більш високі показники AUDIT загалом свідчать про більш серйозні рівні ризику. Однак граничні показники не ґрунтуються на достатніх доказах і не можуть вважатися нормативними для всіх груп чи окремих осіб.

Для визначення ситуацій, у яких загальний бал тесту AUDIT може не відображати повний рівень ризику, слід використовувати клінічне судження, наприклад, коли відносно низький рівень споживання алкоголю маскує значну шкоду або ознаки залежності. Тим не менш, ці рекомендації можуть служити відправною точкою для відповідного втручання. Якщо пацієнт не досяг успіху на початковому рівні втручання, подальше спостереження має допомогти у розробці плану для переведення пацієнта на наступний рівень втручання. Читачам пропонується уважно ознайомитись із супутнім керівництвом[154] AUDIT та розглянути його рекомендації щодо адаптації оцінки до національної політики, місцевих установок, гендерних відмінностей та інших питань, які тут не розглядаються.

Вставка 2

Рівень ризику	**Втручання**	**Бал AUDIT ***
Зона I	Просвіта щодо шкоди алкоголю	0-7
Зона II	Прості поради	8-15
Зона III	Прості поради плюс коротке консультування та подальшій моніторинг	16-19

[154] Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. and Monteiro, M.G. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. World Health Organization, Geneva, 2001.

Зона IV	Спрямування до спеціаліста для діагностичної оцінки та лікування	20-40

*Порогові значення тесту AUDIT можуть дещо відрізнятися в залежності від того, які традиції споживання алкоголю існують в певній країні, який вміст алкоголю вважається прийнятним в стандартній порції, і від типу скринінгової програми. Ознайомтесь з керівництвом «AUDIT» для отримання додаткової інформації. Слід керуватися клінічним судженням при тлумаченні результатів скринінгового тесту та адаптувати ці рекомендації, особливо якщо бал тесту AUDIT знаходиться в діапазоні 15-20 пунктів

Перший рівень, І зона ризику, застосовується до більшості пацієнтів у більшості країн.

Показники AUDIT нижче 8 балів зазвичай вказують на низько ризиковане споживання алкоголю. Хоча в даному випадку втручання не потребується, для багатьох людей просвіта щодо шкоди алкоголю доцільна з кількох причин: вона сприяє загальному усвідомленню ризиків споживання алкоголю в суспільстві; це може служити запобіжним заходом; це може бути ефективним для пацієнтів, які звели до мінімуму кількість своїх алкогольних напоїв (про що свідчать їх відповіді на запитання тесту AUDIT); і це може нагадати пацієнтам з минулими проблемами про ризики повернення до шкідливого вживання алкоголю.

Другий рівень, зона ризику II, ймовірно, спостерігатиметься серед значної частини пацієнтів у багатьох країнах. Він вказує на споживання алкоголю в кількості, яка перевищує рекомендовані обсяги споживання. Незважаючи на те, що рекомендації щодо безпечного споживання алкоголю можуть відрізнятися від країни до країни, епідеміологічні дані свідчать про те, що ризик проблем, пов’язаних із алкоголем, значно зростає, коли споживання перевищує 20 г чистого алкоголю на день, що є еквівалентом приблизно двох стандартних порцій у багатьох країнах

6. Оцінка AUDIT від 8 до 15 балів зазвичай вказує на небезпечне вживання алкоголю, але ця зона також може включати пацієнтів, які вже відчувають шкоду та залежність від алкоголю.

Третій рівень - зона ризику III - вказує на модель споживання алкоголю, яка вже завдає шкоди особі, яка його вживає і також може мати симптоми залежності. Для ведення таких пацієнтів можна поєднати прості поради, короткі консультації та постійне спостереження. Оцінки AUDIT в діапазоні 16-19 балів часто свідчать про шкідливе вживання алкоголю або залежність, і в такому випадку рекомендується більш ретельний підхід до клінічного ведення.

Четвертий та найвищий рівень ризику, зона ризику IV, визначається оцінками AUDIT понад 20 балів. Цих пацієнтів слід спрямувати до спеціаліста (за наявності) для діагностичної оцінки та можливого лікування алкогольної

залежності. Однак медичні працівники повинні пам’ятати, що залежність варіюється з огляду на ступінь тяжкості і може бути клінічно значущою навіть за нижчої кількості балів AUDIT. У наступних розділах більш детально описано клінічне ведення пацієнтів з оцінками в кожній з цих зон.

Просвіта з питань споживання алкоголю для осіб з низьким ризиком споживання, тих, хто утримується від споживання та інших (зона I)

Пацієнти з негативним результатом скринінгового тесту AUDIT (тобто в зоні I), незалежно від того, чи вживають вони алкоголь з низьким ризиком або утримуються, тим не менш можуть отримати користь від інформації про шкоду алкоголю. У більшості людей модель споживання алкоголю змінюється з плином часу. Так, людина, яка зараз п'є помірно, може збільшити споживання в майбутньому. Більш того, реклама алкоголю і повідомлення в ЗМІ про користь споживання алкоголю можуть спонукати деяких непитущих людей пити заради здоров'я, а тих, хто п'є помірно, вживати більше. Тому всього кілька слів або письмова інформація про ризики вживання алкоголю можуть запобігти небезпечному або шкідливому вживанню алкоголю в майбутньому.

Пацієнтів також слід похвалити за те, що вони в даний час не схильні до ризику, і нагадати їм, що якщо вони все-таки п'ють, то повинні дотримуватися рекомендованих норм. Інформація про те, що являє собою стандартна порція алкоголю, дуже важлива для розуміння цих обмежень. На те, щоб повідомити цю інформацію і запитати, чи є у пацієнта питання, може піти менше хвилини. Для цього можна використовувати брошуру з навчання пацієнтів, наведену в Додатку А.

У Вставці 3 наводиться приблизний сценарій для лікарів первинної ланки, який ілюструє, як вести пацієнтів, чиї результати скринінгових тестів виявилися негативними.

Як поводитись з пацієнтами, яких турбує споживання алкоголю членами сім’ї чи друзями

Коли під час відвідування закладу первинної ланки піднімається питання про вживання алкоголю, нерідко пацієнти цікавляться цією інформацією як засобом розуміння чи надання допомоги членам сім’ї чи друзям. На думку Андерсона (Anderson)[155], надання порад занепокоєній родині та друзям важливо з двох причин:

- поради можуть допомогти зменшити стрес, який часто відчувають люди у безпосередньому соціальному оточенні особи з надмірним споживанням алкоголю;

[155] Anderson, P. Alcohol and Primary Health Care. World Health Organization, Copenhagen, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 64).

- ці люди можуть зіграти вирішальну роль у зміні поведінки особи, яка вживає алкоголь. Працівники закладу первинної медико-санітарної допомоги можуть зробити щонайменше три речі, щоб допомогти родичу чи другові впоратися з надмірним вживанням алкоголю їх близькою людиною[156]:

Співчутливо вислухати

Медичний працівник може попросити занепокоєного друга чи члена сім'ї описати проблему з алкоголем, з якою вони намагаються впоратися, та її вплив на них. Важливо визначити ступінь серйозності проблеми з вживанням алкоголю відповідно до критеріїв, описаних у цьому посібнику, щодо синдрому небезпечного чи, шкідливого споживання алкоголю та алкогольної залежності. Цю інформацію слід отримувати конфіденційно, а будь-які питання чи зауваження не мають нести засуджувального характеру.

[156] Orford, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. Drug and Alcohol Review, 13: 417-429, 1994.

Вставка 3

Що робити з пацієнтами, які отримали негативні результати скринінгового тесту

Повідомити про результати скринінгового тесту

Приклад

«Я переглянув результати анкети, яку ви заповнили кілька хвилин тому. Якщо ви пам'ятаєте, там були запитання про те, скільки алкоголю ви споживаєте, і чи відчували ви якісь проблеми у зв'язку з вживанням алкоголю. З ваших відповідей видно, що у вас є низький ризик виникнення проблем, пов'язаних із алкоголем, якщо ви продовжуватимете помірно пити (утримуватися)».

Проінформувати пацієнта про рівні низького ризику та небезпеки їх перевищення

Приклад

«Якщо ви все-таки п'єте, будь ласка, не вживайте більше двох стандартних порцій алко*гольних напоїв на день і завжди стежте за тим, щоб уникнути вживання принаймні два дні на тиждень, навіть у невеликих кількостях. Часто корисно звернути увагу на кількість «стандартних порцій», які ви споживаєте, маючи на увазі, що одна пляшка пива, одна склянка вина та одна порція міцних алкогольних напоїв зазвичай містять приблизно однакові кількості алкоголю. Люди, які перевищують ці рівні, наражаються на більш високий ризик розвитку проблеми зі здоров'ям, обумовлених алкоголем, таких як нещасні випадки, травми, високий кров'яний тиск, хвороби печінки, рак та хвороби серця».*

Подякуйте пацієнтам за дотримання рекомендацій

Приклад

«Дуже добре, продовжуйте в тому ж дусі і завжди намагайтеся, щоб споживання алкоголю було нижче або в межах рекомендацій щодо зниження ризику».

Примітки

Брошуру з навчання пацієнтів у Додатку А можна використовувати для просвіти пацієнтів із споживанням алкоголю низького ризику, приділяючи особливу увагу Піраміді споживання алкоголю (Панель 2), ілюстрацію про стандартні порції (Панель 6) та рекомендації щодо низькоризикованого споживання (Панель 5).

Надати інформацію

Інформація є однією з форм підтримки. В залежності від тяжкості проблеми можна надати пацієнтові брошуру про низькоризиковане споживання (Додаток А), а також інформацію про різні види спеціалізованого лікування.

Запропонувати підтримку та можливість спільного вирішення проблем

Сім'я та друзі часто мають найважливіший вплив на рішення людини, яка п’є, вжити якихось позитивних дій. Їх слід заохочувати поговорити з особою, яка має проблеми з алкоголем, особисто або в групі, щоб висловити свою стурбованість, запропонувати конструктивні дії та надати емоційну підтримку. Такі втручання мають сприяти створенню позитивної атмосфери без звинувачувальних, негативних висловлювань або сильної конфронтації.

Прості поради для споживачів алкоголю, які належать до Зони II

На основі клінічних випробувань та практичного досвіду програм раннього втручання в багатьох країнах[157,158,159], прості поради з використанням навчальної брошури для пацієнтів добре працюють для тих споживачів алкоголю, які належать до Зони II. Одна з таких брошур, «Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкогольних напоїв», яка включена у Додаток А, адаптована з посібника, розробленого для Проекту ВООЗ щодо виявлення та лікування осіб зі шкідливим споживанням алкоголю[160,161]. У Вставці 4 наведено покрокові приклади того, як представити тему та що сказати про кожну панель у «Рекомендаціях щодо зниження ризику при споживанні алкогольних напоїв».

Після визначення того, що оцінка AUDIT перебуває в діапазоні, придатному для простих порад, слід сказати декілька слів, щоб підготувати пацієнта до втручання. В такому повідомленні краще всього зробити посилання на результати скринінгових тестів щодо частоти, кількості або характеру вживання алкоголю та проблем, що виникають у зв'язку із вживанням алкоголю. Потім цю інформаційну листівку показують пацієнту. Вона містить не тільки всю необхідну для пацієнту інформацію, але й забезпечує повний наочний посібник на підтримку порад, наданих медичним працівником. Кожну

---

[157] Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction 88: 315- 336, 1993

[158] Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992

[159] Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. Addiction 95(5):677-686, 2000

[160] Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.

[161] WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86(7): 948- 955, 1996.

панель слід переглядати послідовно, разом з пацієнтом. Таким чином, стандартне коротке втручання може бути здійснене повною мірою, у невимушеній обстановці, і потребує мінімуму навчання та практики з боку медичного працівника.

Надавати коментарі (Панель 2)

Медичний працівник повинен разом з пацієнтом ознайомитися зі змістом листівки, розділ за розділом, починаючи з Піраміди споживання алкоголю, яка використовується для демонстрації категорій ризикованого споживання алкоголю. (Відсотки, наведені у Піраміді споживання алкоголю, можливо, доведеться адаптувати до стандартів споживання алкоголю в різних країнах, як зазначено у Додатку А).

Медичний працівник може адаптувати сценарій у Вставці 4.

Надати інформацію (Панель 3)

Медичний працівник повинен м’яко, але рішуче заохочувати пацієнта до негайних дій, щоб зменшити ризики, пов’язані з поточним рівнем споживання алкоголю. Використовуйте розділ «Наслідки вживання алкоголю з високим ризиком», щоб вказати на специфічні ризики тривалого вживання алкоголю в кількості, яка перевищує рекомендовані обсяги.

Визначити ціль (Панель 4)

Найважливіша частина процедури простих порад - це встановлення пацієнтом цілі змінити поведінку щодо вживання алкоголю. В листівці наведено рекомендації щодо вибору в якості цілі повного утримання або вживання алкоголю з низьким ризиком. У багатьох культурах вважається, що саме медичний працівник має підштовхнути пацієнтів до прийняття власних рішень. У країнах, де пацієнти звертаються до своїх медичних працівників за остаточною порадою, може бути доречним більш директивний підхід.

Вибираючи ціль щодо споживання алкоголю, також важливо виявити осіб, яких слід заохочувати до повного утримання від алкоголю. Наступні особи не підходять для цілі «знизити ризик споживання алкоголю»:

- особи, в яких в анамнезі була залежність від алкоголю або наркотиків (на основі даних про попереднє лікування) або ураження печінки;
- особи з попереднім чи поточним серйозним психічним захворюванням;
- вагітні жінки;
- пацієнти із захворюваннями або які приймають ліки, що вимагають повної абстиненції.

Пацієнти, які вагаються у визначенні цілі або чинять опір прийняттю необхідності цього, швидше за все, матимуть більш серйозні проблеми, які краще вирішувати шляхом короткої консультації та відповідних мотиваційних підходів, як описано в наступному розділі (Коротке консультування для споживачів алкоголю, які належать до зони ризику III).

Надати поради щодо граничних обсягів (Панель 5)

Більшість пацієнтів, швидше за все, виберуть ціль споживання алкоголю з низьким ризиком. Тоді їм потрібно буде погодитися скоротити споживання алкоголю до «граничних обсягів вживання алкоголю з низьким ризиком», зазначених у листівці. Ці обмеження не однакові у всіх країнах. Вони змінюються залежно від національної політики, культури та місцевих звичаїв вживання алкоголю.

Вони також повинні відрізнятися залежно від гендеру, маси тіла та практики вживання під час їжі, і все це може вплинути на метаболізм та наслідки споживання алкоголю для здоров'я. Тим не менш, наведені нижче рекомендації узгоджуються з епідеміологічними даними[162], які вказують на те, що ризик розвитку різних захворювань та виникнення соціальних наслідків підвищується при споживанні понад 20 г алкоголю на добу. Такі ж обсяги в окремих випадках також можуть збільшити ризик нещасних випадків та травм через психомоторні порушення, спричинені алкоголем. Рекомендації такі: не більше двох стандартних порцій на день. І чоловікам, і жінкам слід рекомендувати вживати алкоголь не більше 5 днів на тиждень. Також їм слід нагадати про ситуації, в яких вони взагалі не повинні пити.

[162] Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J., & Single, E. Moderate drinking and health: Report of an international symposium. Canadian Medical Association Journal 151:1-20, 1994.

Вставка 4

Примірний сценарій консультації з наданням простих порад з використанням брошури «Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкоголю»

Представте тему за допомогою перехідного твердження

«Я переглянув результати анкети, яку Ви заповнили кілька хвилин тому. Якщо ви пам'ятаєте, там були запитання про те, скільки алкоголю ви споживаєте, і чи відчували ви якісь проблеми у зв'язку з вживанням алкоголю. З ваших відповідей видно, що Ви можете наражатися на ризик виникнення проблем, пов'язаних із алкоголем, якщо продовжуватимете пити на нинішньому рівні. Я хотів би витратити кілька хвилин, щоб поговорити з вами про це».

Покажіть брошуру «Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкоголю» та вкажіть на Панель 2 «Піраміда споживання алкоголю»

"Найкращий спосіб пояснити ризики для здоров'я, пов'язані з вживанням алкоголю,- це слідувати ілюстраціям у цій брошурі, яка називається «Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкоголю». Давайте подивимося на це, а потім я дам вам цю копію, щоб взяти її з собою додому. Перша ілюстрація, що називається «Піраміда споживання алкоголю», описує чотири типи споживачів алкоголю. Хоча багато людей повністю утримуються від алкоголю, більшість людей, які п'ють, роблять це розумно. Ця третя категорія (споживання високого ризику) - це люди, у яких споживання алкоголю може викликати проблеми. Верхня секція - це люди, яких іноді називають алкоголіками. Це люди, чиє вживання алкоголю призвело до залежності та серйозних проблем. Ваші відповіді на анкету вказують на те, що ви потрапляєте до категорії високого ризику. Ваш рівень споживання алкоголю становить ризики для вашого здоров'я та, можливо, інших аспектів вашого життя».

Покажіть Панель 3 та проінформуйте про наслідки споживання алкоголю з високим ризиком

«На цій ілюстрації Ви бачите види проблем зі здоров'ям, спричинені вживанням алкоголю високого ризику. Ви коли-небудь стикалися з будь-якою з цих проблем? Найкращий спосіб уникнути цих проблем - зменшити частоту і обсяги споживання алкоголю, щоб зменшити ризик, або повністю утриматися від алкоголю».

Покажіть Панель 4 та обговоріть необхідність припинення чи обмеження споживання алкоголю

«Вам важливо скоротити споживання алкоголю або зовсім припинити його на деякий час. Багато людей вважають за можливе змінити своє споживання. Ви готові спробувати? Запитайте себе, чи були у вас ознаки алкогольної залежності, такі як нудота або тремтіння вранці, або ви можете випити дуже велику кількість алкоголю, не виглядаючи п'яним. Якщо це так, то варто повністю зупинитись. Якщо більшість часу ви не вживаєте надмірно багато і не відчуваєте, що втратили контроль над своїм споживанням алкоголю, то вам слід скоротити це».

Скористайтеся Панеллю 5, щоб обговорити розумні межі споживання з пацієнтами, які вирішили перейти до споживання алкоголю низького ризику

«На думку експертів, вам не слід випивати більше двох порцій на день, і ви повинні пити менше, якщо відчуваєте вплив від однієї або двох порцій. Щоб звести до мінімуму ризик розвитку алкогольної залежності, ви не маєте взагалі вживати алкогольні напої принаймні два дні на тиждень. Ви завжди повинні уникати споживання алкогольних напоїв до стадії сп'яніння, яке може бути наслідком всього двох-трьох стандартних порцій алкоголю за один раз. Більш того, є ситуації, в яких ви ніколи не повинні пити, такі як перераховані тут».

Укажіть на Панель 6, щоб продемонструвати «Що таке стандартна порція»

"Врешті решт, важливо зрозуміти, скільки алкоголю міститься в різних напоях, які ви п'єте. Як тільки ви це зробите, ви можете це порахувати і намагатися залишатися в межах низького ризику. На цьому малюнку показані різні види алкогольних напоїв. Чи знаєте ви, що одна склянка вина, одна пляшка пива та одна невелика порція міцного алкогольного напою містять приблизно однакову кількість алкоголю? Якщо ви вважаєте кожен із них стандартною порцією, то все, що вам потрібно зробити, це порахувати кількість порцій, які ви споживаєте щодня».

Завершіть бесіду підбадьорюючими словами

"Тепер, коли ви почули про ризики, пов'язані з вживанням алкоголю, та про розумні обмеження, чи є у вас питання? Багатьох людей заспокоює той факт, що вони можуть самостійно вживати заходів для поліпшення свого здоров'я. Я впевнений, що ви можете слідувати цій пораді та скоротити споживання алкоголю до меж низького ризику. Але якщо вам важко і у вас не виходить це зробити, будь ласка, зателефонуйте мені або приходьте знову, щоб ми могли поговорити про це ще раз».

Поясніть, що таке «Стандартна порція» (Панель 6)

Якщо пацієнт вирішив скоротити споживання алкоголю, і медичний працівник пояснив рекомендовані межі споживання алкоголю з низьким ризиком, ідею стандартної порції слід представити, вказавши на ілюстрацію у листівці. Усі напої, зазначені у листівці, містять одну стандартну порцію алкоголю.

Підбадьорте пацієнта

Пам’ятайте, що люди з небезпечним споживанням алкоголю, не залежать від алкоголю і можуть легше змінити свою поведінку. Медичний працівник повинен прагнути мотивувати пацієнта, наполягаючи на необхідності зменшення ризику та заохочуючи пацієнта почати зараз. Оскільки змінити звички непросто, медичний працівник повинен надихнути пацієнта, нагадуючи йому, що випадкові невдачі слід розглядати як можливість навчитися кращим і більш послідовним способом досягнення мети. Наприклад, медичний працівник може сказати: *«Можливо, буде нелегко скоротити споживання алкоголю до цих меж. Якщо ви виходите за межі одного разу, докладіть зусиль, щоб дізнатися, чому ви це зробили, і сплануйте, як цього більше не робити. Якщо ви завжди пам’ятаєте, наскільки важливо знизити ризик, пов’язаний з алкоголем, ви можете це зробити».*

Клінічний підхід

Наступні прийоми допомагають підвищити ефективність простих порад:

Проявляйте співчуття і не засуджуйте

Медичні працівники повинні розуміти, що пацієнти часто не усвідомлюють ризику споживання алкоголю, і не повинні звинувачувати їх у незнанні. Оскільки небезпечне споживання алкоголю, як правило, відбувається не постійно, а моделлю поведінки, яку багато людей іноді практикують лише деякий час, медичний працівник повинен відчувати себе комфортно, повідомляючи, що розуміє проблеми особи, не засуджуючи його поточну поведінку щодо вживання алкоголю. Пам’ятайте, що пацієнти найкраще реагують на щиру турботу та підтримуючу пораду щодо зміни поведінки. Засудження може мати контрпродуктивний ефект, і тоді пацієнт не сприйматиме ані поради, ані працівника, який її надає.

Скористайтеся своїм авторитетом

Медичні працівники мають особливі повноваження завдяки своїм знанням та підготовці. Пацієнти зазвичай поважають їх за цей досвід. Щоб скористатися цим авторитетом, будьте чіткі, об’єктивні та уважними до особистості пацієнта, коли мова йде про те, що пацієнт перевищує встановлені межі споживання алкоголю. Пацієнти усвідомлюють, що справжня турбота про

їхнє здоров’я вимагає від вас надання авторитетних порад щодо скорочення споживання або повної відмови від нього.

Подолати заперечення

Іноді пацієнти не готові змінити свої алкогольні звички. Деякі пацієнти можуть заперечувати, що вони п'ють занадто багато, і протистояти будь-яким пропозиціям, що їм слід скоротити обсяги споживання. Щоб допомогти пацієнтам, які ще не готові змінитися, переконайтеся, що ви говорите авторитетно, не конфліктуючи. Уникайте погрозливих або принизливих слів, таких як «алкоголік»; навпаки - мотивуйте пацієнта, надаючи інформацію та висловлюючи занепокоєння. Якщо результати скринінгу пацієнта свідчать про високий рівень споживання алкоголю або проблеми з алкоголем, використовуйте цю інформацію, щоб попросити їх пояснити невідповідність між тим, що говорять медичні фахівці, та їхнім власним баченням ситуації. Тоді ви зможете зробити припущення, що справи у пацієнта не такі позитивні, як він думає.

Керуйте обговоренням

Оскільки бажаним результатом надання простих порад є сприяння змінам поведінки пацієнта, важливо, щоб пацієнт брав участь у цьому процесі. Недостатньо лише сказати пацієнту, що йому робити. Навпаки, найефективніший підхід - залучити пацієнта до спільного процесу прийняття рішень. Це означає, що необхідно запитати про причини вживання алкоголю та підкреслити особисті переваги вживання алкоголю з низьким ризиком або утримання від нього. Вкрай важливо, щоб пацієнт сам вибрав ціль - знизити ризик споживання алкоголю або утриматися від нього, і по завершенні цього процесу погодитися з тим, що він чи вона намагатимуться цього досягти.

Подальше спостереження

Періодичне спостереження за кожним пацієнтом має важливе значення для належної медичної практики. Оскільки наразі особи зі шкідливим споживанням алкоголю можуть не зазнавати шкоди, спостереження за ними не потребуватиме термінового або дорогого обслуговування.

Однак спостереження слід запланувати відповідно до передбачуваного ступеня ризику, щоб переконатися, що пацієнт досягає успіху у досягненні поставленої цілі.

Якщо пацієнт досягає успіху, його слід ще більш підтримати. Якщо ні, медичний працівник повинен розглянути можливість проведення коротких консультацій або спрямування пацієнта на діагностичну оцінку.

Коротке консультування для споживачів алкоголю, які належать до зони ризику III

Які пацієнти відповідають вимогам для короткого консультування?

Втручання за допомогою короткої консультації, як правило, підходить для осіб, які за результатами скринінгового тесту AUDIT отримали оцінку у діапазоні 16 - 19 балів. Пацієнти, які отримують такі бали, швидше за все, споживають алкоголь зі шкідливими наслідками, а саме:

- вже відчувають проблеми з фізичним та психічним здоров'ям через регулярне вживання алкоголю, що перевищує рекомендовані обсяги низькоризикованого споживання алкоголю;
- вже мають травми, відзначились в епізодах насильства, мають юридичні чи соціальні проблеми, чи знизили продуктивність праці внаслідок частого перебування у стані сп’яніння.

У той час як особи, які за результатами тесту AUDIT набрали бали в цьому діапазоні, зазвичай випивають більше, ніж ті, хто набрав менше 16 балів, ключова відмінність зазвичай полягає у відповідях на запитання 9-10 тесту AUDIT, які вказують на ознаки шкоди. Дійсно, деякі пацієнти цієї категорії можуть пити не більше, ніж ті, що належать до зони II. Якщо пацієнт зазначив, що за останній рік з ним стався нещасний випадок або травма, або інші висловили стурбованість щодо його пияцтва, слід розглянути можливість проведення коротких консультацій.

Короткі консультації також можуть бути доречними для осіб з небезпечним споживанням алкоголю, яким слід утриматися від алкоголю назавжди або протягом певного періоду часу. Це можуть бути вагітні або жінки, які годують груддю, а також особи які приймають ліки, разом з котрими вживання алкоголю протипоказане.

Чим коротке консультування відрізняється від простих порад

Коротке консультування - це систематичний, цілеспрямований процес, який ґрунтується на швидкій оцінці, швидкому залученні пацієнта та негайному впровадженні стратегій змін. Це відрізняється від простих порад тим, що мета такого консультування - надати пацієнтам інструменти для зміни базових установок та вирішення різноманітних проблем.

Хоча в короткому консультуванні використовуються ті ж самі основні елементи простих порад, його розширена мета вимагає більше змісту і, отже, більше часу, ніж прості поради. Крім того, медичним працівникам, які беруть участь у такому консультуванні, буде корисним навчання з питань співчутливого слухання та мотиваційного опитування.

Як і при наданні простих порад, мета короткої консультації - зменшити ризик заподіяння шкоди внаслідок надмірного вживання алкоголю. Оскільки пацієнт, можливо, вже зазнав шкоди, медичні працівники зобов'язані інформувати пацієнта про те, що ця дія необхідна для запобігання медичним проблемам, пов'язаним із алкоголем.

Проведення короткого консультування

Коротке консультування включає чотири основних компоненти:

Надання короткої поради

Хороший спосіб розпочати коротке консультування - це слідувати тим самим процедурам простих порад, описаним вище, використовуючи «Рекомендації щодо зниження ризику споживання алкоголю» як спосіб розпочати дискусію про алкоголь. У цьому випадку пацієнта повідомляють, що результати скринінгу вказують на наявну шкоду і належність пацієнта до категорії високого ризику, як показано в Піраміді споживання алкоголю (Панель 2). Конкретні види шкоди (ідентифіковані за результатами тесту AUDIT та на підставі наявних у пацієнта симптомів) слід деталізувати, а серйозність ситуації - підкреслити, звернувшись до ілюстрації на Панелі 3.

Оцінка і адаптація поради до етапу змін

Подальша оцінка, крім початкового обстеження, може стати важливим допоміжним інструментом при короткому консультуванні. Діагностична оцінка включає широкий аналіз чинників, що сприяють і підтримують надмірне споживання алкоголю пацієнтом, обумовлюють тяжкість проблеми і пов'язаних із нею наслідків.

Інший тип оцінки - це аналіз мотивації пацієнта, яка може варіюватися від відсутності інтересу до зміни поведінки (попереднє міркування) до фактичної розробки плану обмеження споживання алкоголю (стадія дії).

Етапи змін - це процес, що описує, як люди обмірковують нову модель поведінки стосовно здоров'я, приступають до її реалізації і підтримують її в подальшому. П'ять етапів, наведених у Вставці 5, відповідають кожному конкретному компоненту короткого втручання. Один з найпростіших способів оцінити готовність пацієнта до зміни вживання алкоголю - використовувати "Лінійку готовності", рекомендовану Міллером (Miller)[19]. Попросіть пацієнта оцінити за шкалою від 1 до 10: «Наскільки важливо для вас змінити своє вживання алкоголю?» (Де 1 - не важливо, а 10 - дуже важливо). Пацієнти, які набрали менше всього балів за цією шкалою, перебувають на стадії попереднього обміркування. Ті, хто набрав бали у середньому діапазоні (4-6), є спостерігачами, а тих, хто набрав більше всього балів в цьому діапазоні, слід вважати готовими до дій.

Корисно розпочати консультування таким чином, щоб воно відповідало поточному рівню мотивації пацієнта. Наприклад, якщо пацієнт перебуває на стадії попереднього обміркування, то під час консультації слід більше зосередитися на зворотному зв’язку, щоб спонукати пацієнта до дій. Якщо пацієнт вже думав про те, щоб вжити якихось заходів (стадія спостерігання), слід зробити акцент на перевагах цього, ризиках затримки та способах здійснення перших кроків. Якщо пацієнт вже готовий до дій, то медичному працівнику слід більше зосередитися на постановці цілей та забезпеченні прихильності пацієнта до скорочення споживання алкоголю. Для більшості пацієнтів слід дотримуватись стандартної послідовності: "Зворотній зв'язок", "Інформація", "Вибір цілі", "Порада" і "Заохочення", з незначними змінами, продиктованими поточним етапом змін.

Сприяйте навчанню навичкам за допомогою буклету самодопомоги

Після оцінки готовності пацієнта змінити поведінку щодо споживання алкоголю рекомендується видати йому буклет самодопомоги. В Додатку В наведено змінену версію посібника з самодопомоги, який використовується у Проекті ВООЗ з виявлення та подолання проблем, пов'язаних із алкоголем[163,164]

Вставка 5

Етапи змін та відповідні компоненти короткого втручання[165]

Етап	Визначення	Компоненти короткого втручання, на яких слід зробити наголос
Передусвідомлення (відсутність усвідомлення)	Особа з небезпечним або шкідливим споживанням алкоголю не розглядає зміни в найближчому майбутньому і може не знати про реальні чи потенційні наслідки для здоров'я у разі продовження вживання	**Зворотний зв’язок** щодо результатів скринінгу та **Інформація** про небезпеку вживання алкоголю

[163] Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.

[164] WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86(7): 948- 955, 1996.

[165] Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. Stages and processes of selfchange of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51(3): 390-395, 1983.

	алкоголю на цьому рівні	
Усвідомлення (обдумування)	Той, хто п'є, може знати про наслідки, пов'язані з алкоголем, але неоднозначно ставиться до зміни своїх звичок	**Підкресліть** переваги змін, надайте **інформацію** про проблеми, пов’язані з алкоголем, ризики затримки та обговоріть, як вибрати **ціль**
Підготовка (намір)	Споживач вже вирішив змінитися і планує вживати заходів	Обговоріть, як вибрати **ціль**, і надайте **поради** та **заохочення**
Дія	Споживач почав скорочувати або припиняти вживання алкоголю, але зміни ще не набули постійного характеру	Перегляньте **поради**, надайте **заохочення**
Підтримка/збереження змін	Споживач досягнув помірного вживання алкоголю або утримання на відносно постійній основі	Заохочуйте пацієнта продовжувати

Буклет має назву «Як запобігти проблемам, пов’язаним із алкоголем». Він містить практичні поради щодо того, як досягти низьких граничних обсягів споживання алкоголю, рекомендованих у брошурі «Рекомендації щодо зниження ризику споживання алкоголю». Ці рекомендації базуються на обґрунтованих стратегіях зміни поведінки, які використовувалися, щоб навчити людей змінювати свої звички споживання алкоголю. Пацієнтам пропонується розробити «План позбавлення від шкідливих звичок», прочитавши кожен розділ та записавши інформацію, яка безпосередньо стосується їхньої власної ситуації. В першому розділі пацієнти мають перелічити переваги, яких можна очікувати, якщо зменшити вживання алкоголю. Це покликане підвищити мотивацію до змін. В другому розділі їм пропонується надати список ситуацій високого ризику, яких слід уникати, оскільки вони призводять до надмірного споживання алкоголю. В третьому розділі пацієнтам пропонують розробити набір стратегій подолання, щоб протистояти або уникати ситуацій з високим ризиком. В останньому розділі пропонуються поради щодо того, як впоратися з відчуттям самотності та нудьгою. Більшість пацієнтів можуть слідувати буклету самодопомоги з мінімумом пояснень і вказівок, але деяким пацієнтам було б корисно, щоб медичний працівник прочитав його разом з ними, щоб розробку «Плану позбавлення від шкідливих звичок» можна було завершити до того, як вони покинуть кабінет або клініку (див. Вставку 6). Відповівши на запитання в

кожному розділі, пацієнт може залишити короткий сеанс консультації з чіткою метою та індивідуальним планом її досягнення.

Подальше спостереження

Стратегії слід передбачити в плані консультування з самого початку. Медичний працівник, який проводить коротке консультування, повинен продовжувати надавати підтримку, відгуки та допомогу у постановці, досягненні та підтримці реалістичних цілей. Це включатиме допомогу пацієнту визначити тригери рецидиву та ситуації, які можуть загрожувати подальшому прогресу. Оскільки пацієнти, які отримують короткі консультації, наразі відчувають шкоду, пов'язану з алкоголем, періодичний моніторинг за ступенем ризику під час та після консультацій (протягом певного часу) є важливим. Якщо пацієнт досягає прогресу в досягненні цілі або вже досяг її, такий контроль може бути зведений до відвідування лікаря раз на півроку чи на рік. Однак, якщо пацієнт протягом кількох місяців продовжує відчувати труднощі з досягненням та утриманням цілі скорочення споживання алкоголю, слід розглянути питання про перехід пацієнта до наступного найвищого рівня втручання та спрямування на розширене лікування, якщо воно доступне. Якщо таке спеціалізоване лікування не надається, може знадобитися регулярний моніторинг та постійне консультування.

Вставка 6
Робота з неписьменними пацієнтами

Пацієнти, які є неписьменними або не дуже впевнено читають, потребуватимуть спеціальної допомоги у ситуаціях короткого консультування. Медичним працівникам рекомендується переглянути буклет самодопомоги разом з пацієнтом, допомогти скласти план і (якщо пацієнт має бажання) запропонувати пацієнту передати ці матеріали другові або члену сім'ї, які могли б допомогти нагадати пацієнту про його зміст.

Спрямування споживачів з можливою алкогольною залежністю, які належать до зони ризику IV

Підготовка

Коротке втручання не слід розглядати як заміну медичної допомоги пацієнтам з помірним або високим ступенем алкогольної залежності. Однак його можна використовувати для залучення пацієнтів, які потребують спеціалізованого лікування. При підготовці до проведення короткого втручання, щоб мотивувати пацієнта погодитися на спрямування на діагностичне обстеження і можливе лікування, необхідно зібрати інформацію про лікувальні заклади і, по можливості, відвідати їх для встановлення особистих контактів, які можна використовувати для сприяння такій переадресації.

Необхідно скласти список всіх закладів, які займаються лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, по всьому району, включаючи послуги, які пропонуються кожним з них. Запишіть назви, номери телефонів і адреси закладів, а також іншу інформацію, що має відношення до ваших пацієнтів. Це можуть бути амбулаторні, денні, стаціонарні і дезінтоксикаційні програми, а також психіатричні заклади, які можуть вирішити психіатричні аспекти алкогольної залежності. Крім того, слід знайти адреси хостелів чи гуртожитків для тих пацієнтів, які потребують житла. Нарешті, в списку слід вказати адреси місцевих груп взаємодопомоги, таких як Анонімні алкоголіки, а також індивідуальних консультантів з проблем алкоголю в даному районі. Слід також визначити інші громадські служби, які можуть бути корисні для пацієнтів, такі як центри професійної реабілітації та кризові служби.

Хто потребує спрямування на діагностику та лікування?

Пацієнтам, які набрали 20 або більше балів під час скринінгу за допомогою тесту AUDIT, ймовірно, знадобиться подальша діагностика та спеціалізоване лікування алкогольної залежності. Однак слід пам'ятати, що AUDIT не є діагностичним інструментом, і тому не слід робити висновок (або інформувати пацієнта) про те, що залежність від алкоголю була офіційно діагностована.

Крім того, певних осіб, які набрали менше 20 балів за результатами тесту AUDIT, але які не підходять для надання простих порад або коротких консультацій, слід направити до спеціалізованої допомоги:

- осіб, щодо яких є серйозна підозра на синдром алкогольної залежності;
- осіб з алкогольною чи наркотичною залежністю в анамнезі (відповідно до попереднього лікування) або ураженням печінки;
- осіб з попереднім чи поточним серйозним психічним захворюванням;

- осіб, яким не вдалося досягти своїх цілей, незважаючи на тривалі короткі консультації.

Спрямування на діагностику та лікування

Метою направлення має бути гарантування того, що пацієнт звернеться до фахівця для подальшої діагностики та, якщо потрібно, лікування. Хоча більшість пацієнтів знають, скільки вони п'ють, багато з них не готові до негайного вжиття заходів для зміни своїх звичок. Причини такого опору включають наступне:

- не усвідомлюють, що споживають алкоголь у надмірних обсягах;
- не пов'язують споживання алкоголю з проблемами;
- не хочуть відмовитися від приємних відчуттів при споживанні алкоголю;
- не готові самі визнавати свій стан і не хочуть, щоб про це дізналися інші;
- не бажають витрачати час і зусилля, необхідні для лікування.

Ефективність процесу спрямування, ймовірно, буде залежати від поєднання авторитетної поради медичного працівника та ступеню готовності пацієнта до того, щоб усунути такі фактори власного опору. Для надання спрямування корисно використовувати модифіковану форму простих порад, забезпечувати *зворотний зв'язок, надавати поради, закликати до відповідальності, надавати інформацію, заохочувати та проводити подальше спостереження*.

Зворотний зв’язок

При повідомленні результатів тесту AUDIT слід чітко зазначити наступні моменти:

- рівень споживання алкоголю пацієнтом значно перевищує безпечні межі;
- у пацієнта вже наявні специфічні проблеми, пов’язані зі споживанням алкоголю;
- вже є ознаки можливого розвитку синдрому алкогольної залежності.

Може бути корисно підкреслити, що таке споживання є небезпечним для власного здоров’я пацієнта та потенційно шкідливим для його близьких та інших людей. Відверте обговорення того, чи пацієнт безуспішно намагався скоротити споживання або кинути пити, може допомогти пацієнтові зрозуміти, що для зміни може знадобитися допомога.

Поради

Медичний працівник повинен чітко повідомити, що це серйозне захворювання, і що пацієнт повинен звернутися до спеціаліста для подальшої діагностики та, можливо, лікування. Слід встановити можливий зв'язок

споживання алкоголю з поточними медичними станами, а також обговорити ризик майбутніх проблем зі здоров'ям та соціальних проблем.

Заклик до відповідальності

Важливо закликати пацієнта впоратися з цим станом, відвідавши фахівця та дотримуючись рекомендацій. Якщо пацієнт виявляє таку готовність, слід надати інформацію та заохочення. Якщо пацієнт опирається, можна запросити його відвідати вас ще раз, щоб дати пацієнтові час поміркувати над прийнятим рішенням.

Надання інформації

Пацієнтам, які раніше не зверталися за лікуванням проблем, обумовлених споживанням алкоголю, може знадобитися інформація про те, що таке лікування передбачає. Після розповіді про медичних працівників, яких вони зустрінуть, та про лікування, яке вони отримають, пацієнти, швидше за все, будуть більш готовими до прийняття рішення про початок лікування.

Заохочення

Пацієнти в цій ситуації, ймовірно, виграють від слів підбадьорення та заохочення. Слід сказати їм, що лікування алкогольної залежності, як правило, ефективне, але з їхнього боку можуть знадобитися значні зусилля.

Подальше спостереження

Після лікування захворювань, обумовлених споживанням алкоголю, пацієнти повинні перебувати під наглядом так само, як і пацієнтів які перебувають під контролем кардіолога або ортопеда при відповідному лікуванні. Це особливо важливо, оскільки синдром залежності від алкоголю, ймовірно, буде хронічним і може мати рецидиви. Періодичний моніторинг та підтримка можуть допомогти пацієнту протистояти рецидиву або контролювати його перебіг, якщо він трапиться.

Додаток А. Освітня брошура для пацієнтів

Нотатки щодо адаптації та використання

Брошура, наведена в цьому додатку, базується на рекомендаціях щодо зниження ризику споживання алкоголю, яка використовувалась для надання простих порад особам з небезпечним та шкідливим споживанням алкоголю у Проекті ВООЗ з виявлення та подолання проблем, пов'язаних із алкоголем[166,167]. Шість наведених тут панелей можна роздрукувати з двох сторін стандартного паперу формату А5 складеного на три частини з обкладинкою (Панель 1) зверху.

Ілюстрації та інструкції, наведені в цьому виданні, слід уважно переглянути з точки зору їх придатності для різних культурних груп та пацієнтів медичних закладів первинної ланки. Кожна панель має бути адаптована до обставин програми скринінгу та короткої програми втручання, що проводиться у певних умовах та конкретній країні. Цифри у відсотках у «Піраміді споживання алкоголю» на Панелі 2 представляють частку населення, що споживає алкоголь в таких обсягах. Ці цифри повинні ґрунтуватися на даних місцевого опитування або оцінках частки людей, які представляють кожен різновид споживання. У деяких країнах частка людей, які утримуються від споживання, тих, чиє споживання пов'язане з низьким рівнем ризику, високим ризиком та осіб із залежністю від алкоголю (алкоголіків) може значно відрізнятися. Інструкції щодо обсягів споживання низького ризику (Панель 5) можна змінити відповідно до національної політики та/або місцевих обставин. Можуть бути вказані різні межі для чоловіків, жінок та літніх людей. Це також стосується переліку ситуацій, в яких люди взагалі не повинні вживати алкоголь, які слід адаптувати відповідно до культурних умов. Нарешті, Панель 6 «Що таке стандартна порція алкогольного напою?» слід адаптувати для відображення традиційних місцевих алкогольних напоїв з урахуванням їх абсолютного вмісту алкоголю.

Якщо брошура розповсюджується серед населення з великим відсотком неписьменних або людей, які мають обмежені здібності до читання, слід приділити більше уваги наочним ілюстраціям при адаптації листівки.

Що таке стандартна порція алкоголю?

У різних країнах фахівці з санітарної освіти і дослідники використовують різні визначення стандартної одиниці або порції через відмінності в типових розмірах порцій алкоголю в даній країні, наприклад:

---

166 Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.

167 WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86(7): 948- 955, 1996.

- 1 стандартна порція в Канаді: 13,6 грамів чистого алкоголю;
- 1 стандартна порція у Великій Британії: 8 грамів;
- 1 стандартна порція в США: 14 грамів;
- 1 стандартна порція в Австралії та Новій Зеландії: 10 грамів;
- 1 стандартна порція в Японії: 19,75 грамів.

У запитаннях 2 і 3 тесту AUDIT передбачається, що еквівалент стандартної порції становить 10 грамів спирту. Можливо, вам доведеться скорегувати кількість напоїв в категоріях відповідей на ці запитання для забезпечення відповідності найбільш поширеним обсягам спиртних напоїв і міцності алкоголю у вашій країні. Рекомендація щодо споживання алкоголю з низьким рівнем ризику, викладена в "Рекомендаціях щодо зниження ризику споживання алкоголю" і використана в дослідженні ВООЗ з коротких втручань, становить не більше 20 грамів алкоголю на день, 5 днів на тиждень (рекомендується не вживати алкоголь як мінімум 2 дні).

Як розрахувати вміст спирту в одній порції алкогольного напою

Вміст алкоголю в напої залежить від міцності напою та об’єму ємності. Існує велика різниця в міцності алкогольних напоїв та обсягах напоїв, які зазвичай використовуються в різних країнах. Опитування ВООЗ[168] показало, що пиво містить від 2% до 5% чистого спирту, вина - від 10,5% до 18,9%, міцні спиртні напої - від 24,3% до 90%, а сидр - від 1,1% до 17%. Тому дуже важливо адаптувати обсяги споживання до найбільш поширених на місцевому рівні, і приблизно знати, скільки чистого алкоголю людина споживає за один раз і в середньому.

Іншим фактором при вимірюванні кількості алкоголю, що міститься у стандартному напої, є коефіцієнт перетворення етанолу. Це дозволяє перетворювати будь-який обсяг алкоголю в грами. Кожен мілілітр етанолу містить 0,79 граму чистого етанолу. Наприклад:

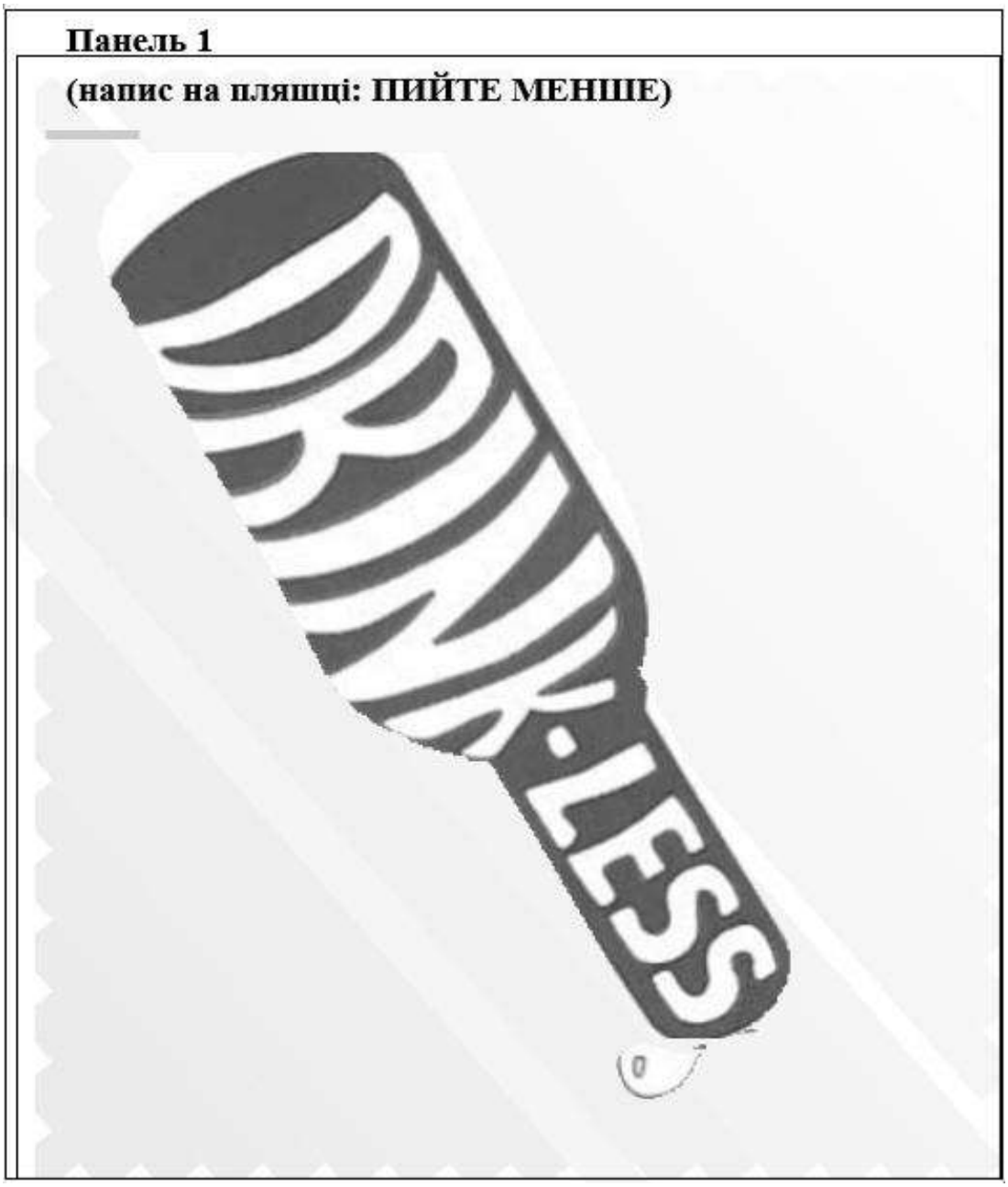
- 1 бляшанка пива (330 мл) 5% (міцність) x 0,79 (коефіцієнт конверсії) = 13 грамів етанолу;
- 1 склянка вина (140 мл) при 12% (міцність) x 0,79 = 13,3 грамів етанолу;
- 1 чарка міцного алкоголю (40 мл) при 40% (міцність) x 0,79 = 12,6 грамів етанолу.

[168] Finnish Foundation for Alcohol Studies. International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

Керівництво для споживачів з групи низького ризику

Панель 1

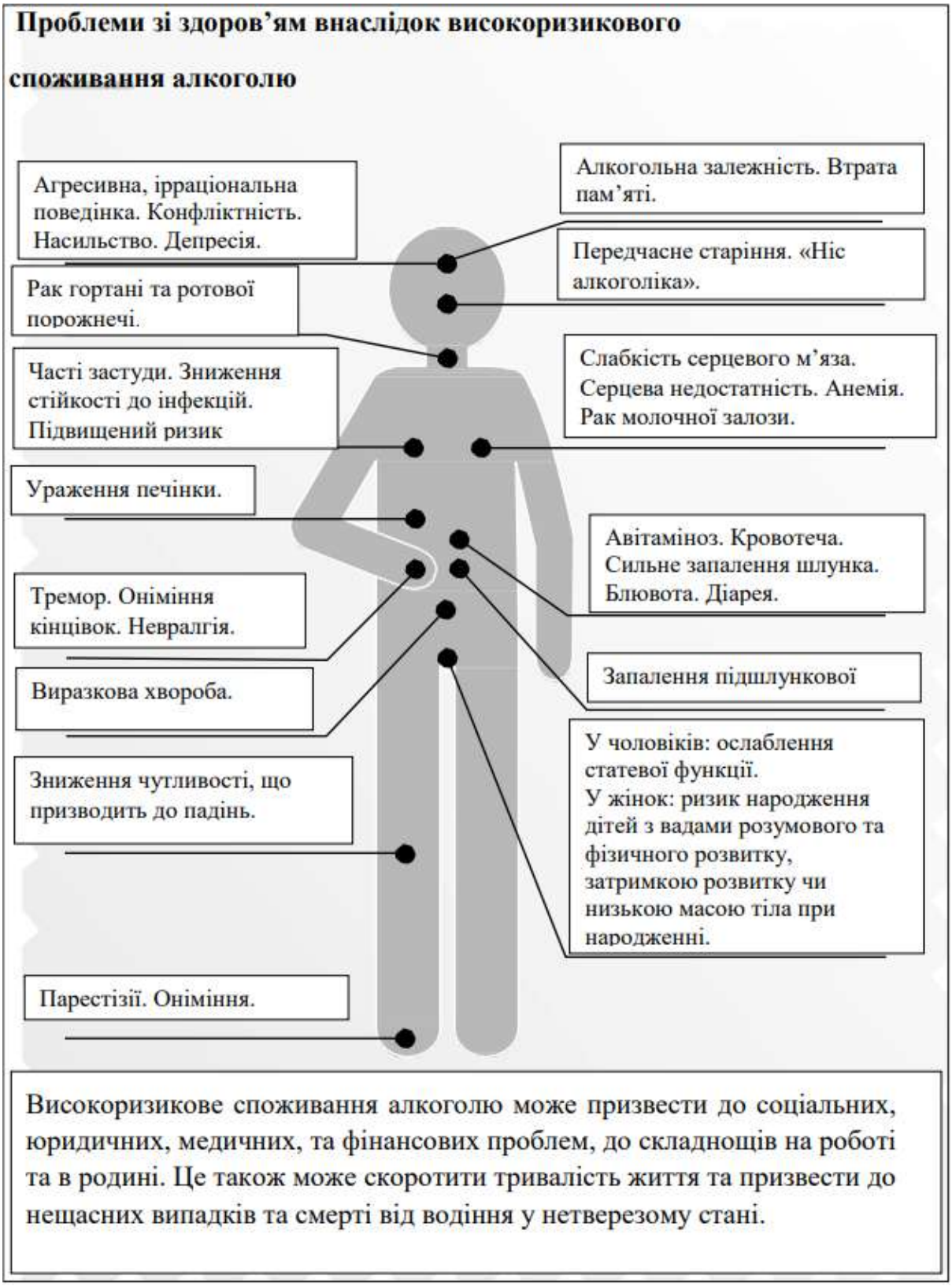
(напис на пляшці: ПИЙТЕ МЕНШЕ)



Панель 2

Піраміда споживання алкоголю

Панель 3


Проблеми зі здоров'ям внаслідок високоризикового споживання алкоголю
Агресивна, ірраціональна поведінка. Конфліктність. Насильство. Депресія.
Алкогольна залежність. Втрата пам'яті.
Передчасне старіння. «Ніс алкоголіка».
Рак гортані та ротової порожнечі.
Часті застуди. Зниження стійкості до інфекцій. Підвищений ризик
Слабкість серцевого м'яза. Серцева недостатність. Анемія. Рак молочної залози.
Ураження печінки.
Авітаміноз. Кровотеча. Сильне запалення шлунка. Блювота. Діарея.
Тремор. Оніміння кінцівок. Невралгія.
Виразкова хвороба.
Запалення підшлункової
У чоловіків: ослаблення статевої функції.
У жінок: ризик народження дітей з вадами розумового та фізичного розвитку, затримкою розвитку чи низькою масою тіла при народженні.
Зниження чутливості, що призводить до падінь.
Парестізії. Оніміння.
Високоризикове споживання алкоголю може призвести до соціальних, юридичних, медичних, та фінансових проблем, до складнощів на роботі та в родині. Це також може скоротити тривалість життя та призвести до нещасних випадків та смерті від водіння у нетверезому стані.

Панель 4

Чи маю я кинути пити або просто скоротити споживання?

Ви повинні кинути пити якщо:

- Ви намагалися скоротити споживання раніше, але безуспішно;
- Зранку ви страждаєте від похмільного тремору, якщо вживаєте алкоголь вже тривалий час;
- У вас високий кров'яний тиск, ви вагітні, у вас захворювання печінки;
- Ви приймаєте ліки, несумісні з алкоголем.

Вам слід спробувати споживати алкоголь на рівні низького ризику, якщо:

- Протягом останнього року ви більшість часу вживали алкогольні напої з низьким рівнем ризику;
- Ви не страждаєте від ранкового похмілля;
- Ви самі хотіли б споживати алкоголь з низьким рівнем ризику.

Зверніть увагу, що ви повинні вибирати споживання з низьким ризиком, лише якщо всі три пункти вас стосуються.

Панель 5

Що вважається низьким рівнем споживання?

- Не більше двох стандартних порцій алкогольних напоїв на день
- Не *вживати* алкоголь принаймні два дні на тиждень

Але пам'ятайте. Бувають випадки, коли навіть однієї або двох стандартних порцій алкоголю може бути занадто багато - наприклад:

- За кермом автомобіля чи під час управління технікою.
- Під час вагітності або грудного вигодовування.
- Якщо ви приймаєте певні лікарські засоби.
- За наявності певних захворювань.
- Якщо ви не можете контролювати своє споживання.

За додатковою інформацією зверніться до свого лікаря.

Панель 6

Що таке стандартна порція алкоголю
1 стандартна порція =

1 бляшанка звичайного пива (напр., 330 мл міцністю 5 %)

чи

Одна чарка міцного алкогольного напою (віскі, джин, горілка тощо) (напр., 40 мл міцністю 40 %)

чи

Один бокал сухого вина чи невеликий бокал хересу (14 мл міцністю 12 % чи 90 мл міцністю 18 %)

чи

Чи невеликий бокал чи аперитиву (напр., 70 мл міцністю 25 %

Забагато – це скільки? Найголовніше – це обсяг чистого алкоголю в напої. У звичайних кількостях ці напої містять приблизно однаковий обсяг чистого спирту. Вважайте кожен із них стандартною порцією.

Додаток В. Буклет з питань самодопомоги
Примітки щодо адаптації та виконання

Цей буклет базується на посібнику «Як запобігти проблемам, пов'язаним із алкоголем: посібник з розумного вживання алкоголю», який був розроблений Р. Ходжсоном (R. Hodgson) для надання коротких консультацій в рамках Проекту ВООЗ з виявлення та подолання проблем, пов'язаних із алкоголем[169,170]. Рекомендації, наведені в цьому оригінальному виданні слід уважно переглянути з точки зору їх придатності для різних культурних груп та пацієнтів закладів первинної медико-санітарної допомоги. Кожен розділ слід адаптувати до обставин програми скринінгу та програми коротких втручань, які здійснюються у певних умовах та країнах. Наприклад, розділ «Вагомі причини менше пити» містить перелік можливих мотивів, якими люди користуються, щоб переконати себе, що їм слід зменшити споживання алкоголю. Ці мотиви можуть відрізнятися залежно від статі, культурних традицій та віку. Якщо приклади, наведені в буклеті, не підходять для ваших пацієнтів, будь ласка, змініть їх відповідно до потреб людей, з якими ви намагаєтесь працювати.

Якщо серед населення, де розповсюджується буклет, є велика кількість неписьменних людей або осіб з обмеженими читацькими здібностями, слід приділити особливу увагу розробці візуальних ілюстрацій, і буклет можна буде обговорювати усно разом з пацієнтами.

Як запобігти проблемам, пов’язаним із алкоголем

Буклет з питань самодопомоги

Цей буклет призначений не лише для людей, які мають проблеми з алкоголем, він також стане в нагоді для тих людей, які вживають меншу кількість алкоголю, але їхній рівень споживання несе в собі ризик розвитку проблем зі здоров’ям у майбутньому.

Поради, наведені в цьому буклеті, допоможуть як тим людям, які мають проблеми з алкоголем, так і тим, хто хоче запобігти майбутнім проблемам. В буклеті наводиться наступна інформація:

- Поради щодо граничних показників низькоризикованого споживання;
- Вагомі причини споживати алкоголь з низьким ризиком;
- Поради щодо зміни звичок.

Наголос робиться на зміні звичок та попередженні майбутніх проблем.

---

[169] Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.

[170] WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86(7): 948- 955, 1996.

Зміст

- Що таке споживання алкоголю з низьким ризиком?
- Як можна змінити звички споживання алкоголю?
- Вагомі причини менше пити
- Ситуації високого ризику, пов’язані з вживанням алкоголю
- Що робити, коли ви відчуваєте спокусу
- Людям потрібні люди
- Що робити з нудьгою
- Як дотримуватися своїх планів
- Поради для помічників
- Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок

Що таке споживання алкоголю з низьким ризиком?

Споживання алкоголю з низьким ризиком передбачає обмеження вживання алкоголю до обсягів та порядку, які навряд чи завдадуть шкоди вам чи іншим людям. Наукові дані свідчать, що ризик заподіяння шкоди значно зростає, коли люди вживають більше двох порцій алкоголю на день і більше п’яти днів на тиждень. Більш того, навіть менші кількості алкоголю становлять ризик у певних обставинах. Дотримання простих правил, наведених нижче, може зменшити ризик для вашого здоров’я та можливість заподіяти шкоду комусь іншому:

- Споживати не більше двох порцій алкоголю на день,
- Споживати не більше п’яти днів на тиждень,
- Взагалі не споживати алкоголю у наступних випадках:
  - за кермом автомобіля чи під час управління технікою,
  - під час вагітності або грудного вигодовування,
  - якщо ви приймаєте певні лікарські засоби,
  - за наявності певних захворювань,
  - якщо ви не можете зупинитися чи контролювати своє споживання.

За додатковою інформацією щодо ситуацій, у яких ви маєте обмежити обсяги вашого споживання алкоголю, зверніться до вашого лікаря.

Ці граничні обсяги споживання алкоголю з низьким ризиком ґрунтуються на «стандартних порціях» алкоголю. Для вас важливо визначити, скільки алкоголю міститься в кожному напої, який ви зазвичай споживаєте. Більшість пляшок і банок пива містять приблизно таку ж кількість алкоголю, як келих вина або одна чарка міцного спиртного. Коли ви думаєте про те, скільки ви п'єте, обов’язково порахуйте стандартні порції.

Якщо ваше споживання перевищує ці граничні показники, ви ризикуєте завдати шкоди собі та іншим. Вживання трьох і більше стандартних порцій алкоголю за один раз створює ризик «нещасних випадків», що включають

травми, проблеми у стосунках та на роботі, а також такі медичні проблеми, як похмілля, безсоння та проблеми зі шлунком. Вживання більше двох порцій алкоголю на день протягом тривалого часу може спричинити рак, захворювання печінки, депресію та залежність від алкоголю (розлади, пов'язані з вживанням алкоголю).

На щастя, більшість людей можуть припинити або скоротити вживання алкоголю, якщо вони вирішать це зробити і наполегливо працюють над тим, щоб змінити свої звички. В наступних розділах ви дізнаєтесь, як це зробити.

Як можна змінити звички споживання?

Коли люди успішно змінюють свої звички, вони зазвичай слідують простому плану. Цей посібник допоможе вам скласти розумний план споживання алкоголю. Якщо це можливо, спробуйте залучити когось, хто вам допоможе. Можливо, друг чи родич, медичний працівник чи член вашої релігійної громади виявили б бажання та можливість допомогти вам розробити план і дотримуватися його. Попросіть цю людину спочатку прочитати цей буклет.

Причина запросити когось іншого допомогти - це просто те, що «одна голова - добре, а дві – краще». Крім того, вони зможуть надати певну підтримку.

Інший спосіб використання цього посібника - зібратися з ще одним-двома приятелями, які також хочуть змінити свої звички споживання.

Звичайно, багато людей змінюють свої звички без допомоги оточуючих. Якщо ви не можете залучити когось іншого, то розробіть план самостійно.

По-перше, ви повинні поставити собі такі запитання:

- Яку користь я отримаю, якщо скорочу вживання алкоголю?
- Як покращиться моє життя?

В наступному розділі ми спробуємо допомогти вам знайти відповідь на ці запитання.

Вагомі причини менше пити

На основі недавніх досліджень впливу алкоголю, наводимо вам перелік переваг, на які ви можете обґрунтовано очікувати, якщо скоротите вживання алкоголю. Прочитайте їх і виберіть три, які здаються вам найкращими причинами. Виберіть ті, які викликають бажання скоротити споживання.

Якщо я п'ю в межах низького ризику

- Я буду жити довше-напевно, на п'ять-десять років.
- Я буду краще спати.

- Я буду щасливішим.
- Я заощаджу багато грошей.
- Мої стосунки покращаться.
- Я довше буду залишатися молодим.
- Я досягну більшого у своєму житті.
- Буде більший шанс, що я доживу до здорової старості без передчасного пошкодження мозку.
- Я буду краще працювати.
- Напевно, мені буде легше залишатися стрункім, оскільки алкогольні напої містять багато калорій.
- У мене буде менше шансів відчувати депресію та схильність до самогубства (у 6 разів рідше).
- Менш імовірно, що я помру від серцевої хвороби чи раку.
- Ймовірність того, що я загину у вогні або потону, буде значно зменшена.
- Інші люди будуть поважати мене.
- У мене буде менше шансів потрапити в неприємності з поліцією.
- Ймовірність того, що я помру від хвороби печінки, буде різко знижена (у 12 разів).
- Менш ймовірно, що я загину в автокатастрофі (в 3 рази рідше).
- ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ: Моя сексуальна активність, ймовірно, покращиться.
- ДЛЯ ЖІНОК: Буде менше шансів, що у мене буде незапланована вагітність.
- ДЛЯ ЖІНОК: Буде менше шансів розвитку вроджених дефектів у моєї майбутньої дитини.

Якщо ви вибрали три вагомі причини для скорочення споживання алкоголю, запишіть їх на аркуші в кінці цієї брошури, під назвою «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок».

Тепер ви маєте чіткіше уявлення про те, чого саме можна очікувати, якщо ви продовжуватимете пити, і чіткіше уявлення про своє майбутнє, якщо ви припините пити або скоротите споживання до межі низького рівня ризику.

Ситуації з високим ризиком

Бажання сильно випити, ймовірно, змінюється залежно від вашого настрою, людей, з якими ви перебуваєте, та від того, чи легко доступний алкоголь.

Подумайте про те, коли ви востаннє випивали занадто багато, і спробуйте з'ясувати, що цьому сприяло. Які ситуації змусять вас у майбутньому сильно пити? Наприклад, ось список ситуацій одного чоловіка:

- Ситуації, коли інші люди п’ють та очікують, що я також буду випивати з ними.
- Нудьга та депресія, особливо у вихідні.
- Після сімейної сварки.
- Коли п'ю з друзями.

- Коли відчуваєш себе самотньо вдома.

Скористайтеся наведеним нижче списком, який допоможе вам визначити чотири ситуації, в яких ви, ймовірно, надто багато п'єте:

Вечірки	Конкретні люди
Свята	Напруга
Сім'я	Відчуття самотності
Бари	Урочисті вечері
Настрій	Нудьга
Після роботи	Безсоння
Суперечки	Вихідні дні
Критика	Після зарплатні
Відчуття невдачі	Коли п’ють інші люди

Коли ви вибрали чотири небезпечні ситуації чи настрої, які завдають вам найбільшої неприємності, запишіть їх на сторінках, наведених в кінці цієї брошури, у розділі «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок». Наступне завдання - виробити способи вирішення цих ситуацій, не вживаючи більше алкоголю, ніж рекомендовано.

Що робити, коли ви відчуваєте спокусу

У цьому розділі спробуйте відповісти на запитання: "Як я можу переконатися, що у мене не виникає спокуса випити занадто багато, і, якщо я відчуваю спокусу, що я можу зробити, щоб зупинити себе?".

Це завдання непросте, але вам може бути легше, якщо ви звернетесь за допомогою до іншої людини і разом пройдете наступні кроки:

- Виберіть одну з чотирьох ситуацій високого ризику.
- Подумайте про різні способи уникнення або боротьби з цим.
- Виберіть два з цих способів, щоб спробувати. Запишіть їх на сторінці «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок» в кінці цієї брошури.

Нижче наведено приклад дій одного чоловіка для подолання спокуси випити з друзями після роботи.

Ситуація високого ризику

Випити з друзями після роботи.

Шляхи подолати цю ситуацію і не випити дуже багато

- Йдіть додому, а не пийте
- Знайдіть інший вид діяльності, наприклад, займіться спортом
- Обмежте кількість днів випивки після роботи з друзями
- Випивайте лише дві стандартні порції алкоголю
- Перейдіть на безалкогольні напої після двох випитих вами стандартних порцій алкоголю
- Змініть друзів
- Працюйте довше

Я би спробував два способи:

- Обмежте кількість днів випивки після роботи з друзями
- Перейдіть на безалкогольні напої після двох випитих вами стандартних порцій алкоголю

Зверніть увагу, що деякі ідеї, ймовірно, не спрацюють. Це не має значення, коли ви намагаєтесь генерувати ці ідеї. Просто придумайте якомога більше варіантів, а потім вирішіть, які з них вам найбільше підходять. Коли ви вибрали два способи вирішення вашої першої ситуації високого ризику, перейдіть до наступної, щоб у вас вийшло два способи подолання кожної з чотирьох ситуацій високого ризику.

Наступна сфера вашого життя, над якою вам слід подумати, - це стосунки, які ви маєте з іншими людьми. Якщо ви зможете збільшувати кількість разів на тиждень, коли ви будете перебувати у компанії інших людей (не вживаючи алкоголь вище розумних меж), то вам не доведеться так багато його споживати.

Визначення проблеми

Поставити себе в ситуацію, коли я буду мати справу з іншими людьми, які п’ють у межах низького ризику.

Ідеї

- Вступити до клубу
- Допомагати в релігійних заходах чи в роботі громадського центру
- Допомагати в школі мого сина чи доньки чи в Молодіжному клубі
- Приєднатися до волонтерської організації (наприклад, допомагати інвалідам)
- Частіше запрошувати людей додому

- Частіше відвідувати родичів

Людям потрібні люди

Перше, про що слід пам’ятати, це те, що більшість з нас потребує інших людей. Нам потрібно спілкуватися. По-друге, один із найкращих способів заохотити себе до зниження ризикованого споживання алкоголю - це мати друзів, які п’ють у межах низького ризику. По-третє, ви збільшите свої шанси на встановлення нових соціальних контактів, якщо поставите себе в ситуації, в яких можете зустріти нових людей.

Тому наступне завдання, яке ви повинні поставити перед собою, - продумати способи опинитися в таких ситуаціях. Знову ж таки, використовуйте метод обдумування якомога більшої кількості ідей, а потім оберіть дві, які, швидше за все, спрацюють для вас. Ось приклад:

Запишіть два способи зустрічі з іншими особами з низьким рівнем ризик ви обираєте, у розділі «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок»

Що робити з нудьгою

Багато людей п'ють, тому що їм нудно. Якщо нудьга є причиною споживання алкоголю понад меж низького ризику, ваше завдання в цьому розділі - подумати про різноманітні види діяльності, які могли б вас зацікавити, а потім вибрати два з них, щоб спробувати. Використовуйте наступні запитання, які допоможуть вам скласти цей список.

- Які речі вам подобалося вивчати в минулому? (наприклад, спорт, ремесла, мови).
- Які види подорожей вам подобалися в минулому? (наприклад, на море, в гори, на дачу).
- Як ви думаєте, якими речами ви могли б насолоджуватися, якби не турбувалися про невдачі? (наприклад, малювання, танці).
- Що вам подобалося робити наодинці? (наприклад, тривалі прогулянки, гра на музичному інструменті, шиття).
- Що вам подобалося робити разом з іншими людьми? (наприклад, розмови по телефону, ігри).
- Що вам подобалося робити, якщо це не вимагало грошей? (наприклад, гра з дітьми, відвідування бібліотеки, читання).
- Що вам подобалося робити з того, що коштує дуже мало (наприклад, відвідування парку).
- Які види діяльності вам подобалися в різний час? (наприклад, вранці, у вихідний день, навесні, восени).

Запишіть вибрані вами два види діяльності на сторінці «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок».

Спробувати два способи подолання нудьги:

- Вступити в громадську групу (в бібліотеці, в церкві, в жіночу організацію, тощо, чи запишіться на освітні курси для дорослих, наприклад, для вивчення ремесла, живопису, тощо).
- Регулярно займайтеся фізичними вправами (плавання, біг, тощо) чи запишіться до спортивного клубу.

Примітка стосовно депресії

Багато людей п’ють через депресію. Депресія характеризується почуттям смутку, втратою інтересу до діяльності та зниженням енергії. Серед інших симптомів - втрата впевненості та самооцінки, неналежне почуття провини, думки про смерть та самогубство, зниження концентрації уваги, порушення сну та апетиту.

Якщо ви відчували депресію протягом двох тижнів або більше, вам потрібно звернутися за допомогою до медичного працівника. Лікування допомагає. Під час лікування депресії слід припинити вживання алкоголю, оскільки алкоголь є депресивним препаратом, який затримує вашу відповідь на лікування.

Як дотримуватись своїх планів

Перш за все, заповніть та збережіть розділ «Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок».

Це ваш генеральний план на найближчі кілька тижнів. Ви повинні щодня переглядати свій план. Якщо цього не робити, ви просто забудете про це, особливо коли ви стикнулися з небезпечною або спокусливою ситуацією. Ось найкращий спосіб переконатися, що ви пам’ятаєте про свій план.

- Подумайте про те, що ви робите кілька разів на день (наприклад, випиваєте чашку кави, миєте руки).
- Щоразу, коли ви виконуєте цю діяльність (наприклад, п'єте каву), дуже швидко перебирайте план у своїй думці. Подумайте про свій план споживання алкоголю, причини скорочення, небезпечні ситуації та способи боротьби з ними. Також подумайте про свої плани зустрічей з іншими людьми та початку цікавої діяльності.
- Якщо у вас є помічник, спочатку обговорюйте з ним свій план і прогрес щодня, а потім кілька разів на тиждень, коли ви досягнете успіху.
- Якщо ваш план чітко запам’ятався, це допоможе вам змінитися. Якщо це тільки на папері, це не матиме ніякого ефекту.

Ось ще кілька порад:

- Пам’ятайте, що кожного разу, коли у вас виникає спокуса випити занадто багато і ви можете протистояти, ви долаєте свою звичку.
- Щоразу, коли ви відчуваєте себе дуже незручно, засмучено чи нещасно, продовжуйте говорити собі, що це пройде. Якщо вам захочеться випити, удайте, що тяга схожа на біль у горлі, з якою вам доведеться миритися, поки вона не пройде.
- Якщо у вас є помічник, скажіть цій людині чесно, скільки ви раніше випивали щодня, і коли вам вдалося досягли успіху або ви все ж таки випили занадто багато.
- Нарешті, цілком ймовірно, що у вас будуть погані дні, коли ви надто багато п'єте. Коли це станеться, НЕ ЗДАВАЙТЕСЯ. Пам’ятайте, що люди, які навчилися пити з низьким рівнем ризику, мали багато поганих днів, перш ніж нарешті досягли успіху. З часом стане легше.

Поради для помічників

Іноді легше прочитати буклет і скласти план зміни звичок за допомогою когось іншого. Дві голови іноді краще, ніж одна.

Ось чому ми заохочуємо людей, які користуються цим посібником, попросити когось ще прочитати його разом з ними. Якщо ви готові допомогти таким чином, то вам може бути корисним пам’ятати про наступні моменти:

- Цей буклет був розроблений з урахуванням двох типів споживачів алкоголю. Деякі вже мають з цим проблеми і хочуть змінитися. Інші вживають меншу кількість алкоголю, що ставить їх під загрозу розвитку проблем.
- Цим людям вже порадили скоротити споживання, щоб уникнути майбутніх проблем. Профілактика краще, ніж лікування.
- Головні цілі посібника - знайти вагомі причини менше пити, а також розвивати інші види діяльності замість того, щоб пити.
- Зміна звичок - складне завдання, але ви можете допомогти двома способами. По-перше, ви можете допомогти з вправами, наведеними у буклеті. По-друге, ви можете надати заохочення та підтримку.
- Намагайтеся не критикувати людину, якій ви допомагаєте, навіть якщо вас дратує і розчаровує її поведінка. Пам’ятайте, що змінити звички ніколи не буває легко. Обов’язково будуть хороші і погані тижні. Потрібні ваше заохочення, підтримка зниження ризикованого вживання алкоголю або утримання від нього та творчі ідеї.

Розробка плану позбавлення від шкідливих звичок

Причини скорочення або припинення споживання алкоголю

1. **_____**
2. **_____**

3. _____

Небезпечна ситуація 1

_____

Способи подолання:

1. _____
2. _____

Небезпечна ситуація 2

_____

Способи подолання:

1. _____
2. _____

Небезпечна ситуація 3

_____

Способи подолання:

1. _____
2. _____

Небезпечна ситуація 4

_____

Способи подолання:

1. _____
2. _____

Пошук зустрічей з тими, хто не п’є або робить це в межах низького ризику

1. _____
2. _____

Способи уникнення нудьги, які можна спробувати

1. _____
2. _____

Як запам’ятати свій план

1._____

2. _____

Додаток С. Навчальні матеріали

Проста навчальна вправа

Для відпрацювання проведення скринінгу та надання простих порад медичні працівники можуть використати просту рольову гру з колегою, який буде грати роль «пацієнта». Виберіть партнера з числа колег, які також проходять тренінг. Один партнер повинен виконувати роль «пияка з високим ризиком», а інший - «медичного працівника». «Медичний працівник» має провести скринінгове інтерв'ю з використанням тесту AUDIT, а потім надати прості поради, скориставшись посібником *«Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкогольних напоїв»*. Розкажіть про тест AUDIT, щоб партнер отримав загальне уявлення про зміст запитань. Використовуйте інформацію про будь-які проблеми, пов’язані з алкоголем, які ви виявите під час скринінгу, як частину своєї простих порад своєму "пацієнтові". Не забувайте про свою перехідну заяву, коли представляєте посібник *«Рекомендації щодо зниження ризику при споживанні алкогольних напоїв»*. Тоді двом партнерам слід обмінятися ролями.

Після завершення практичних вправ прокоментуйте стиль інтерв’ю, включаючи перехідні заяви, чіткість пояснень та використання відповідної інформації, отриманої за результатами скринінгового тесту, надаючи короткі поради. Також прокоментуйте стиль і атмосферу спілкування: «Чи був інтерв'юер доброзичливим? Чи не залякував він пацієнта? Чи пояснив він пацієнтові мету скринінгу? Чи підкреслював інтерв'юер конфіденційність інформації? Чи правильно розумів споживач термін «стандартні порції» у своїх відповідях?». Якщо ні, чи намагався інтерв'юер уточнити відповіді?

Навчальні програми

Для підготовки медичних працівників первинної ланки до проведення скринінгу та коротких втручань було розроблено кілька навчальних програм, Процедурам, описаним у цьому посібнику, можна навчити окремих спеціалістів та групи за допомогою навчального посібника та відеоматеріалів, розроблених Університетом Коннектикуту (McRee et al., 1992).