

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И. М. СКВИРА, О. В. ШИЛОВА

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса
всех факультетов медицинского университета

Гомель
ГГМУ
2010

УДК 616.89-008.441.13-84

ББК 51.1

С42

Рецензент:

доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
В. И. Бронский

Сквира, И. М.

С42 Первичная профилактика и раннее выявление алкогольной зависимости учебно-методическое пособие для студентов 5 курса всех факультетов медицинского университета / И. М. Сквира, О. В. Шилова. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет, 2010. — 20 с.

ISBN 978-985-506-295-1

Составлено в соответствии с типовыми программами по психиатрии и наркологии для студентов высших медицинских учебных заведений.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 20 мая 2009 г., протокол № 6.

УДК 616.89-008.441.13-84

ББК 51.1

ISBN 978-985-506-295-1

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2010

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление алкоголем является чрезвычайно важной проблемой современной жизни и давно перестала быть проблемой только медицинской. Славянская культуральная приемлемость алкоголя приводит к тому, что совместное распитие спиртных напитков стало одним из атрибутов жизни. Использование алкоголя включено в различные аспекты общения людей: от решения деловых вопросов до отдыха, от свадеб и крещений до похорон.

Несмотря на то, что многие жители Республики Беларусь не испытывают каких-либо проблем, связанных с употреблением алкоголя, имеется определенная часть населения, для которых характер его употребление связан с высоким риском проблем медицинского и социального порядка. Это и риск формирования зависимости, и соматическая патология, и повышенный травматизм на производстве, в быту и на дорогах.

По данным Министерства Здравоохранения Республики Беларусь ко второй половине 2007 года в стране только состоящих на наркологическом учете свыше 270 тыс. человек, из них страдают алкоголизмом свыше 177 тыс. чел., наркоманией — свыше 6,5 тыс. чел.

Согласно данным, растет уровень потребления алкоголя (около 8 % в год), особенно коньяка и виноградных вин, увеличивается число погибших в дорожно-транспортных происшествиях по вине людей, находящихся в нетрезвом состоянии, судебным порядком пьющие родители лишаются родительских прав, оставляя детей на попечение государства и лишая их семьи.

Злоупотребление психоактивными веществами влечет за собой тяжелые социальные и экономические потери, а также личные и семейные драмы. Употребление психоактивных веществ глубоко затрагивает и судьбы людей, живущих рядом:

- растет насилие в семье, частота жестокого обращения с детьми, количество конфликтов и межличностных проблем;
- злоупотребление психоактивными веществами приводит к повышению расходов на здравоохранение вследствие роста несчастных случаев и других медицинских проблем (патология печени, психические расстройства, артериальная гипертензия, передозировки, случаи заражения СПИД при инъекциях и рискованном сексуальном поведении);
- падает производительность труда из-за прогулов, несчастных случаев;

- значительные расходы и нагрузка на деятельность правоохранительных органов.

Врачи всех специальностей должны играть важную роль в раннем распознавании употребления психоактивных веществ и предупреждении с ними связанного ущерба. Эта необходимость и возможность обусловлена следующими факторами:

- люди, злоупотребляющие алкоголем, склонны обращаться, в первую очередь, к своим участковым (или знакомым) врачам для решения возникающих в связи с алкоголем проблем со здоровьем;

- врачи как люди, пользующиеся определенным уважением и статусом в виду полученного ими образования, получают доступ к частной жизни пациентов, могут уточнять в т.ч. характер употребления алкоголя;

- своевременная, ранняя диагностика проблем, связанных с употреблением алкоголя (на этапе «донаркологическом», когда возникают психозы), позволяет улучшить прогноз таких больных, и в целом качество медицинской помощи.

ПРЕДПОСЫЛКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Наиболее полное и глубокое понимание причин высокой распространенности и популярности употребления психоактивных веществ возможно в рамках био-психо-социального подхода к проблеме, который рассматривает ее как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов жизни человека.

Каждый человек обладает уникальным набором физиологических и психологических характеристик, и социальная среда, окружающая каждого из нас, сильно различна. Врожденные особенности нервной системы и организма в целом, условия и характер воспитания в семье, особенности окружения и уровень переживаемых стрессов в значительной степени влияют на способы и мотивы употребления психоактивных веществ. Иными словами, каждый человек по-своему решает вопросы «использовать ли алкоголь для решения проблем?», «для чего пить?», «пить ли за компанию?», «нормально ли не помнить утром то, что было вечером во время пьянки?» и т. д.

Рост количества молодых людей, использующих алкоголь и другие одурманивающие вещества, настораживает и требует анализа его причин. К сожалению, большую роль играет доступность, разнообра-

зие форм выпуска и относительно лояльное отношение общества и органов правопорядка к «начинающим». А вдруг это приведет к пагубным последствиям и человек не сможет остановиться? И каковы психологические и социальные причины, толкающие молодых людей к употреблению наркотических веществ?

Во-первых, это своеобразная личностная незрелость в виде «подростковых» реакций бунтарства («Я буду жить, как захочу и никто мне не указ!»). Студент оторвался от родителей и «пускается во все тяжкие»: «мне теперь можно!». Получается совсем нелогично: все знают, что употреблять психоактивные вещества вредно, опасно, и все равно делают это. Запретный плод сладок. «Стоит проверить?» Это опасное отношение к жизни, которое часто заводит молодого человека в асоциальные или преступные круги или, по крайней мере, в проблемные ситуации.

Во-вторых, это поиск новых, острых ощущений. Отсутствие искреннего интереса к учебе, к общению с друзьями, узкий круг внеучебных интересов могут вызывать ощущение скуки и «пустоты жизни». Это часто становится мотивом первых проб. Далее в плотные тиски зависимости ведет миф о том, что алкоголики — выброшенные из жизни маргиналы, «конченные» люди («Я же не алкоголик!»). На самом деле по данным статистики, на начальной стадии зависимости он ничем не отличается от среднестатистического человека: учится или имеет работу, часто и семью.

В-третьих, это стремление быть «как все», не выделяться. «Ты нас не уважаешь?» Попав в такую среду, чересчур конформный (уступчивый, сговорчивый) человек не может остановиться. Конечно, важно соблюдать нормы людей, которых ценишь и уважаешь. Но, к сожалению, часто нормой поведения в определенных компаниях становится именно выпивка, причем в больших количествах. Иногда кажется, что избежать приема алкоголя практически невозможно. Это, как правило, неправда. В редких ситуациях исключения всегда можно придумать способ избежать чрезмерного употребления.

Важную роль могут сыграть особенности личности человека и его поведения. Чрезмерная агрессивность или наоборот, пассивность и зависимость («быть как все») часто создают трудности в установлении близких отношений и увеличивают риск употребления алкоголя. Искусственно раскрепостился, развеселился — и герой. Так создается иллюзия, что проблемы нет.

Известно, что профессия врача требует высокой ответственности — перед пациентами и их родственниками, перед руководством. Парадоксально, но и чрезмерно высокие требования к себе («Я всегда должен быть на высоте и не имею права ошибаться»), могут создавать предпосылки «расслабления» с помощью алкоголя. Связано это с тем, что такие требования к себе создают в жизни человека массу отрицательных эмоций.

Из-за стрессов (развод родителей, расставание с любимым человеком, изнасилование или другое травмирующее, часто вызывающее стыд, событие) тоже часто развиваются эмоциональные нарушения (тревога, бессонница, депрессия). Попытки «справиться самостоятельно» могут, вместо обращения к психотерапевту, навести на мысль решить проблему «традиционным» способом. Тогда последующее обращение может быть уже по поводу проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем.

Иногда первый прием совершается «за компанию» или даже человек «позволяет себя уговорить». Это опасный путь экспериментирования, после которого совсем незаметно для человека развивается социальное, привычное употребление по различным поводам, формируются «традиции». А ведь следующий шаг — это чрезмерное употребление и зависимость — патологическое пристрастие.

Важно не просто не поддаваться соблазну употребления, но и быть внимательным к близким и знакомым. Гораздо раньше, чем медицинские, появляются социальные и поведенческие нарушения. Сложно будет помочь человеку, когда на фоне зависимости появится тяжелая соматическая патология («употребление с вредными последствиями» по МКБ-10). Обращение за медицинской помощью поможет, в лучшем случае, справиться с осложнениями.

Важно уметь тактично расспросить и, возможно, предложить помощь. Если он ваш друг, собираясь помочь, старайтесь быть тактичным. Возможно, позже вам удастся убедить его обратиться к специалисту. Расспросите его о сложных ситуациях, которые являются для него стрессами. Может быть сообщая вам удастся их разрешить?

СТРАТЕГИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. Первичная профилактика включает в себя предоставление информации тем группам населения, которые еще не начинали употребление алкоголя или их употребление не вызывает проблем.

2. Вторичная профилактика (кратковременное вмешательство) включает в себя предоставление пациенту простых советов по поводу употребления им алкоголя, обсуждение конкретных для данного пациента последствий.

3. Специализированное лечение включает более интенсивное вмешательство и терапию, направленную на детоксикацию, лечебные программы в стационарных или амбулаторных условиях.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Выявление и диагностика злоупотребления алкоголем и зависимости от него строится на общих принципах медицинской диагностики. Они включают сбор жалоб, анамнеза, проведение физикального обследования (определение соматического и неврологического состояния), оценку психического состояния, лабораторную диагностику, методы скрининга и клинического интервьюирования.

В соответствии с современными представлениями клинической наркологии успешное лечение алкогольной зависимости возможно на ранних этапах болезни, когда еще отсутствуют тяжелые (компульсивные) нарушения влечения, неуправляемые запои, грубые антисоциальные нарушения поведения, психозы и слабоумие. Поэтому проблема раннего выявления зависимости от алкоголя, проведение целевых дифференцированных лечебно-профилактических вмешательств является одной из наиболее важных, сложных и актуальных.

Вместе с тем, в силу имеющихся мифов в общественном сознании и сложившегося негативного отношения к больным алкоголизмом, пациенты часто скрывают имеющиеся у них наркологические проблемы, уклоняются от первичного обращения к наркологу, а попадают на прием к врачам других специальностей, чаще всего, к участковому терапевту или семейному врачу. При этом симптомы зависимости маскируются соматическими, неврологическими и вегетативными нарушениями, а наркологическая патология остается не выявленной. В поле зрения психиатра-нарколога большинство пациентов с алкогольной зависимостью попадают на этапах развернутой стадии болезни, когда уже возникают из-за алкоголизма серьезные социальные, семейные или клинические (эпиприпадки, психозы) проблемы.

В то же время, накопленные научные знания позволяют диагностировать злоупотребление и алкогольную зависимость на ранних этапах развития болезни.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Клинический метод диагностики

Важнейшей частью для постановки наркологического диагноза является сбор субъективного (со слов больного) и объективного (со слов родственников, сослуживцев) анамнеза. Сбор наркологического анамнеза в силу ряда причин затруднен. Прежде всего, из-за предрасположений самого пациента и его родственников, боязни осуждения и неприязни со стороны врача, боязни социальных санкций в связи с выставлением диагноза «алкоголизм». Кроме того, развитие алкогольной зависимости происходит незаметно для самого пациента в силу включенности его в патологический процесс. Осознание болезни запаздывает, а то и вовсе не происходит. Этому способствуют отсутствие психологической культуры по наркологическим проблемам (отсутствие знаний), механизмы психологической защиты, препятствующие проникновению тревожащей информации в сознание, этому способствует и сама клиника зависимости, характеризующаяся расстройством сознания в форме деперсонализации, что в целом создает известную в наркологии проблему «алкогольной анозогнозии».

Поэтому врачу необходимо учитывать специфические особенности данных пациентов, беседу проводить деликатно, вначале важно, используя открытые вопросы, «подстроиться» к пациенту и установить с ним терапевтический контакт. Для этого подходит любой открытый вопрос. В частности, можно задать классический вопрос, который врач любой специальности задает своим пациентам: «что Вас беспокоит?», или «на что Вы жалуетесь?». Сочувствие пациенту в его жалобах, эмпатия, проявляемая в вербальных и, что еще более значительно, невербальных сигналах, способствует установлению терапевтического контакта с пациентом.

Неконгруэнтность (расхождение между словами и чувствами, проявляемыми внешне в виде невербальных сигналов) врача сведет на нет все усилия по установлению терапевтического альянса, ибо пациент так же, как и врач, а порой и более заинтересовано изучает своего собеседника и от него не укроется малейшая фальшь в поведении врача. Но при этом необходимо помнить, что в компетенции врача обсуждать с пациентом и оказывать ему помощь при наличии и выявлении клинических проблем, связанных с нарушением здоровья. Поэтому, при уклонении пациента от прямой беседы, связанной с обсу-

ждением наркологических проблем (перевод пациентом темы на социальные, семейные или психологические проблемы), необходимо четко объяснить возможности врача оказывать пациенту медицинскую помощь, а не решать с ним глобальные или его личные психосоциальные проблемы.

С использованием полуоткрытых и закрытых вопросов (к примеру, можно спросить, «как чувствует себя пациент на следующий день после употребления спиртного?» или что у него конкретно болит и т. д.) можно подтолкнуть пациента к откровенности в отношении наркологических проблем. Если в начале беседы наркологические проблемы не раскрываются самим пациентом, то беседа с пациентом может строиться по классической схеме, в ходе которой последовательно уточняются жалобы, выясняется анамнез жизни, профессиональный маршрут, семейный анамнез, перенесенные заболевания, после чего плавно можно перейти к вопросам о курении и употреблении алкоголя пациентом.

Признаки хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) можно определить по внешнему виду, манере поведения пациента и поражении внутренних органов. Типичными внешними проявлениями алкогольной зависимости являются «помятый» внешний вид пациента, одутловатость или покраснение лица с расширенной сетью капилляров на щеках, крыльях носа, венозное полнокровие глазных яблок, рыхлость и кровоточивость десен, атрофия сосочков языка, повышение артериального давления, учащение пульса, увеличение печени, потливость кожи, тремор век, языка, вытянутых пальцев рук. Также к внешним стигматам ХАИ относятся следы перенесенных в прошлом травм и переломов, ожогов, отморожений, атрофия мышц, а также нарушение походки, координации движений и наличие татуировок. Часто при ХАИ отмечается дефицит массы тела, либо наоборот, алиментарное ожирение. Для поведения лиц, злоупотребляющих спиртным, характерны либо повышенное настроение, фамильярность, отсутствие чувства дистанции, либо раздражительность, дисфория, депрессия. В жалобах очень часто такие пациенты отмечают бессонницу.

Особо необходимо помнить о специфической алкогольной патологии внутренних органов — алкогольных поражениях сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы. Они проявляются постинтоксикационными кардиалгиями, гастралгиями, цефалгиями.

Необходимо иметь в виду, что алкоголь может провоцировать обострение некоторых хронических заболеваний, в частности панкреатита, гепатита, приводить к трансформации течения туберкулеза и других коморбидных заболеваний.

При ХАИ и даже при короткой по времени алкоголизации возникает рост общей заболеваемости, что проявляется увеличением посещений врачей в дни после праздников, выходных дней пациентов с повышением АД, кардиалгиями, гастралгиями, ОРЗ. Даже в молодом возрасте при ХАИ патология сердечно-сосудистой системы встречается у 20 % пациентов, а патология желудочно-кишечного тракта — у 50 % пациентов, что, примерно, в 10 раз выше, чем у лиц без злоупотребления алкоголем.

Соматические симптомы при ХАИ и алкоголизме выражены не менее, чем психические, а возникают порой даже раньше психопатологических симптомов. Поэтому чрезвычайно важно установить алкогольную природу поражений внутренних органов и доказать больному, что причиной его болезненного состояния является злоупотребление спиртными напитками. Это позволит не подменять диагноз алкоголизма соматическими или неврологическими диагнозами, а учитывать их в терапевтической тактике вместе и лечить в итоге не болезнь, а действительно больного со всеми его взаимосвязанными заболеваниями.

Лабораторная диагностика алкоголизма

Для подтверждения или опровержения алкогольной зависимости используют также лабораторные тесты. Наиболее информативным и доступным считается биохимический способ объективной диагностики алкогольной зависимости. Он основан на определении в сыворотке крови больных трех ферментов: гамма-глутаматтрансферазы (ГГТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ). Диагноз алкогольной зависимости устанавливается по степени отклонения указанных ферментов от нормы. В норме концентрация ГГТ в крови составляет для мужчин 0,25–1,77 мккат/л и для женщин 0,17–1,1 мккат/л; АСТ — 0,1–0,7 мкмоль/час. мл; АЛТ — 0,1–0,68 мкмоль /час. мл.

Умеренное увеличение, по сравнению с нормой, сывороточной ГГТ, снижающееся в периоды воздержания от употребления алкоголя, при нормальных уровнях активности АСТ и АЛТ, свидетельствует о продолжительной, предшествующей обследованию алкогольной интоксикации начального периода формирования алкогольной зависимости.

При дальнейшем увеличении активности ГГТ (до 10 раз) и медленное ее снижение в случае воздержания от употребления алкоголя, при нормальном содержании или незначительном повышении концентрации АСТ, характерны для развернутой стадии алкогольной зависимости, когда уже у пациента имеется синдром отмены алкоголя, который можно наблюдать клинически после прекращения пациентом употребления алкоголя. Для синдрома отмены алкоголя характерны максимальные показатели активности ферментных систем печени.

Таким образом, обнаружение, даже при однократном исследовании повышенных показателей ГГТ в сыворотке крови физически здорового человека, могут свидетельствовать о формировании алкогольной зависимости. Но при этом необходимо помнить, что как в медицине в целом, так и при постановке наркологических диагнозов параклинические данные являются вспомогательными, главные диагностические критерии врач должен находить в клинике заболевания.

Скрининг алкоголизма с помощью стандартизованных опросников

Массовый скрининг (тестирование) на выявление последствий алкоголизации, охватывающий большие группы населения, является малорезультативным. Более информативен и экономичен избирательный скрининг (приложение 3–4). Прежде всего, такое тестирование следует проводить пациентам терапевтических стационаров, поскольку среди контингента стационарных больных более 30 % мужчин и 4–6 % женщин страдают алкогольной зависимостью. Среди больных с циррозом печени и кардиомиопатиями в стационаре выявляется до 80 % больных, страдающих алкогольной зависимостью, среди больных панкреатитом — до 60 %, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, а также туберкулезом — до 20 %.

Существует двухстадийная процедура выявления так называемых «проблемных пьяниц», когда вначале тестируют пациентов группы риска. Это пациенты с физическими последствиями алкоголизации, совершившие в пьяном виде противоправные действия и работающие в питейных заведениях. Такой подход сокращает число лиц, подлежащих скринингу, а завуалированный характер вопросов способствует сохранению доверительных отношений между больным и врачом. Важно, что тестирование может проводить медицинская сестра или психолог.

Перспективным является создание производственных программ для выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. На производстве в

качестве признаков проблемного пьянства считаются прогулы без уважительных причин, выпивки в рабочее время или на территории предприятия. В таких случаях тестирование позволяет выявлять лиц на донологическом этапе, что способствует первичной профилактике, а также прогностически более благоприятно для лечения.

Если по данным скрининга или клиническим наблюдениям у пациента обнаруживаются предположительные признаки алкогольной зависимости, то такие пациенты должны быть обследованы дальше. Прежде всего, путем интервьюирования проводится оценка уровня проблем, связанных с употреблением алкоголя с целью их диагностирования и терапии (приложение 3).

В практической работе врача перспективно использование комплексного исследования с использованием клинических методов диагностики, тестирования на предмет предрасположенности к формированию зависимости от алкоголя и наличия зависимости в сочетании с лабораторными тестами (приложения 1–5).

Выявление такого серьезного, чрезвычайно распространенного и пока очень трудно диагностируемого заболевания как «алкогольная зависимость» будет способствовать более успешному лечению коморбидной патологии, улучшению качества жизни пациентов, их семей, повышению производительности труда пациентов и в итоге экономической и духовной жизни всего нашего общества.

Первичная профилактика, т.е. знание ранних признаков проявления проблем, связанных с употреблением алкоголя, а также причин, приводящих человека к алкоголизму, помогает критично относиться к употреблению алкоголя и предотвратить проблемы, связанные с ним.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

ТЕСТ НА СТЕПЕНЬ ОПАСНОСТИ СТАТЬ АЛКОГОЛИКОМ (Л. Мирошниченко)

Это набор несложных вопросов или утверждений, позволяющих по общему итогу получить для определенного человека оценку степени риска попасть в зависимость от алкоголя. При согласии с каким-либо из 20 следующих утверждений начисляется 1 балл:

1. Заглушить неприятность или усталость после тяжелой работы проще всего кружкой пива или рюмочкой чего-нибудь покрепче?

2. В Вашей жизни были случаи, когда на утро, после вечеринки, Вы хватались за голову: «Господи, чего же я вчера натворил?»

3. Перед каждым важным делом или ответственной встречей неплохо выпить, чтобы не волноваться?

4. Друзья могли бы сказать о Вас: «Когда он слегка выпьет, с ним становится весело?»

5. Вам знакомо чувство вины после выпивки?

6. Вы прячете на всякий случай бутылки со спиртным во время вечеринки так, чтобы их никто не видел?

7. Вы с удовольствием соревновались с друзьями, кто быстрее выпьет кружку пива или что-то в этом роде?

8. У Вас были провалы в памяти, случаи, когда Вы не могли вспомнить, что делали в какой-либо из моментов состоявшейся накануне выпивки?

9. Вам приходилось сидеть за рулем в нетрезвом виде?

10. Уж лучше напиться, чем мучиться?

11. Случалось, что Вы употребляли алкоголь на работе, хотя бы пиво?

12. Бывает, что когда выпьешь, настроение поднимается?

13. Первую рюмку Вы, как правило, выпиваете залпом?

14. Если выпить не с кем, то можно выпить и в одиночку?

15. На всякий случай у Вас дома где-то припрятана бутылка со спиртным?

16. Алкоголь — это благо, и слухи о его вреде преувеличены?

17. Всякого рода трезвенники Вас раздражают?

18. Вы пьете и не считаете каждую рюмку?

19. Пить нужно то, что доступно в данный момент, не строя из себя тонкого ценителя напитков?

20. Тесты типа этого, с глупыми высказываниями бесполезны?

Результаты:

1. Если в сумме получился 0 или 1 балл, то Вы фактически совершенный трезвенник.

2. 2–4 балла: никакой опасности Вам не грозит, Вы спокойно относитесь к алкоголю, не делая из него ни культа, ни пугала.

3. 5 баллов: пришел повод насторожиться, проследить за своим поведением во время выпивок и соблюдать предел при выпивке.

4. 6–12 баллов и более. Налицо опасность стать зависимым от алкоголя, если Вы уже не стали им. Пора обратиться к специалисту.

Приложение Б

ТЕСТ CAGE НА АЛКОГОЛЬНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ

Вы когда-нибудь:

1. Уменьшали (Cut) или изменяли (Chande) количество употребляемого алкоголя? (Говорили ли Вы себе когда-нибудь: «Пить надо меньше»?)

2. Испытывали раздражение (Annoyed), если люди критиковали Ваше пьянство?

3. Испытывали чувство вины (Guiltu) по поводу пьянства?

4. Употребляли утром (Early) алкоголь для «снятия» похмелья (чтобы опохмелиться, «поправить здоровье после вчерашнего»)?

Положительный ответ хотя бы на один из вышеперечисленных вопросов предполагает наличие алкогольной зависимости.

Тест CAGE удобен в практическом использовании, так как включает всего 4 вопроса. Он широко применяется в США для идентификации зависимости от алкоголя.

Приложение В

ВАРИАНТ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ

(рекомендован американским международным союзом здравоохранения USAIO, 2000)

Пациенту задают вопросы о том, как может употребление алкоголя негативно влиять на биологическое, психическое и социальное функционирование, что при откровенных ответах позволяет установить связь между употреблением алкоголя и его последствиями.

1. Приводило ли употребление Вами алкоголя к каким-либо проблемам со здоровьем? В семье? В Вашем финансовом положении? К задержанию милицией или другим правовым проблемам?

2. Думаете ли Вы когда-нибудь о том, что у Вас есть проблемы с употреблением алкоголя?

3. Были ли у Вас травмы (несчастные случаи), связанные с употреблением алкоголя?

4. Были ли у Вас провалы памяти — неспособность вспомнить события, имевшие место в состоянии опьянения?

5. В течение последнего года Вы когда-нибудь управляли машиной в состоянии опьянения?

6. Пытались ли Вы когда-нибудь раньше уменьшить употребление алкоголя либо прекратить его употребление вообще?

Приложение Г

ЭТАПЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

- Случайное употребление. Пробное употребление у подростков.
- Этап экспериментирования. Часто студенческие вечеринки, испытание «устойчивости», «на спор», различные напитки.
- Социальное употребление. (Традиции). Вначале по «большим» праздникам (Новый год, 8 Марта, День Рождения), затем по все меньшим.
- Привычное употребление. (Групповые «нормы»). «Пятница — день шофера».
- Этап злоупотребления. («Бытовое пьянство»). «Быть третьим — почетно, и отказываться нельзя». Выпить просто так.
- Алкогольная зависимость. (Болезнь). Не бывает первой рюмки — за ней следует запой (несколько дней или недель постоянного или с опохмелением пьянства с невозможностью или нежеланием остановиться), появление другим соматических проблем вследствие алкоголя.

Приложение Д

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (СОГЛАСНО МКБ-10)

Диагноз алкогольной зависимости (шифр по МКБ-10 F 10.2) устанавливается при наличии трех и более из числа перечисленных ниже шести синдромов, если они наблюдаются вместе как минимум 1 месяц или же подобные эпизоды (если продолжительность каждого из них меньше месяца) периодически повторяются в течение 12 месяцев.

1. Сильное желание принимать алкоголь (патологическое влечение).

2. Ослабленный (утраченный) контроль над его приемом.
3. Повышение толерантности.
4. Продолжение употребления, несмотря на вредные последствия.
5. Приоритет употребления в сравнении с альтернативными удовольствиями.
6. Синдром отмены алкоголя.

Приложение Е

ПОЧЕМУ ЛЮДИ ПРИНИМАЮТ АЛКОГОЛЬ? (НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОПРАВДАНИЯ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ И КОММЕНТАРИИ К НИМ)

1. Употребление алкоголя, чтобы справиться с отрицательными эмоциями:

— **тревога**: алкоголь подавляет неуверенность в себе, беспокойство, сердцебиение, трудности засыпания;

— **подавленность**: в малых дозах алкоголь оказывает эйфоризирующий эффект, хотя и является депрессантом (при употреблении стойко снижает настроение);

— **скука**: в ситуации «нечем заняться» и при недостатке положительных эмоций искусственное повышение алкоголем;

— **разочарование**: вместо «разбора полетов» и учета ошибок происходит использование «метода страуса»;

— **раздражение**: вместо снятия напряжения здоровыми методами (выяснение отношения, физическая нагрузка др.) использование алкоголя может привести к «выяснению пьяных отношений» и агрессии, перенесенной на собутыльника;

— **печаль**: грусть стоит выплакать и пережить, а не прятаться от нее «в бутылку»;

— **чувство вины** может быть проявлением депрессивного расстройства, если не связано с реальной виной. Вину стоит заглаживать, если это возможно, а депрессии — лечить, а не усугублять алкоголем;

— **одиночество** может быть скрашено алкоголем лишь в виде появления собутыльников. Чувство одиночества — внутреннее, конструктивнее решать психологические проблемы.

2. Употребление для удовольствия:

— **Из-за вкуса**. К сожалению, выпускается много видов слабоалкогольных напитков с различными отдушками, но всех не перепробуешь, а спиться можно.

— Для облегчения общения с другими людьми. Не самый лучший способ налаживать контакты. Всегда пьяным общаться невозможно.

— В качестве дополнения к блюдам во время ужина. Особенно чревато соматическими нарушениями и привыканием.

— В качестве вознаграждения себя за успех. Сводите лучше себя, любимого, в театр. Или на футбол (без пива). Или купите себе ноут-бук.

— Чтобы испытать приятное возбуждение, «кайф».

3. Употребление алкоголя в силу привычек и обычаев (вне зависимости от желания, самочувствия):

— Когда предлагают выпить. В среде пьющих людей считается, что отказываться неприлично. Некоторые просто плохо умеют говорить «нет». Важнее прислушиваться к собственным желаниям.

— Когда смотришь телевизор. Просто плохая привычка.

— При общении с другими людьми. Если не умеешь — учись. Есть много способов и без алкоголя. Да хоть бы и тренировки. Походы. Спортивные секции. Клубы по интересам.

**Займись делом, создай себе интерес,
найди друзей и любимую работу!**

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ван дер Берг, К.* Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов/ К. Ван дер Берг: пер. с англ. В.Б. Позняка. — Мн.: «Интеракт», 1997. — 100 с.
2. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. — Мн., Изд-во «Беларусь», 2001. — 430 с.
3. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глосс. и ис. диагн. крит.) / Сост. Дж. Э. Куаер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
4. Психиатрия и наркология / А. А. Кирпиченко [и др.]. — Мн.: «Вышэйшая школа», 2005. — 575 с.
5. *Минко, А. И.* Наркология (новейший справочник) / А. И. Минко, И. В. Линский. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
6. *Мысько, Г. Н.* Наркологические проблемы в семье (рекомендации по преодолению) / Г. Н. Мысько, В. В. Долгий; под ред. проф. И. К. Сосина. — Харьков: Коллегиум, 2006. — 140 с.
7. *Обухов, С. Г.* Психиатрия: учебное пособие / С. Г. Обухов; под ред. Ю. А. Алесандровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 352 с.
8. *Сидоров, С.Г.* Наркологическая превентология: руководство / П. И. Сидоров. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с.
9. Сирота, Н, А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студ. высш. заведений / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. — М.: «Академия», 2003. — 176 с.
10. *Сосин, И. К.* Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.

Учебное издание

Сквира Иван Михайлович
Шилова Оксана Владимировна

**ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса
всех факультетов медицинского университета

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 15.03.2010
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,27. Тираж 70 экз. Заказ № 29

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009

