



РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И КРАТКОСРОЧНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Руководство для семейного врача и семейной медсестры

Институт развития здоровья

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И КРАТКОСРОЧНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Руководство для семейного врача и
семейной медсестры

2017



Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство.
Руководство для семейного врача и семейной медсестры.

Составитель: Лиина Юксик

Благодарим за сотрудничество: Аннели Рятсеп, Яне Алоп, Хелен Ласн, Катрин Мартинсон, Кятлин Косула, Марию Ратассепп, Реэт Лайдоя.

Материал составлен на условиях получения субсидии, финансируемой Европейским социальным фондом в рамках начинания «Трезвая и здоровая Эстония».

Издание подготовлено по заказу Института развития здоровья в 2017 году.

Любое копирование и распространение материалов запрещено без согласия Института развития здоровья.

ISBN 978-9949-461-75-2 (публикация)

ISBN 978-9949-461-76-9 (pdf)

Оформление и печать: Puffet Invest OÜ

Содержание

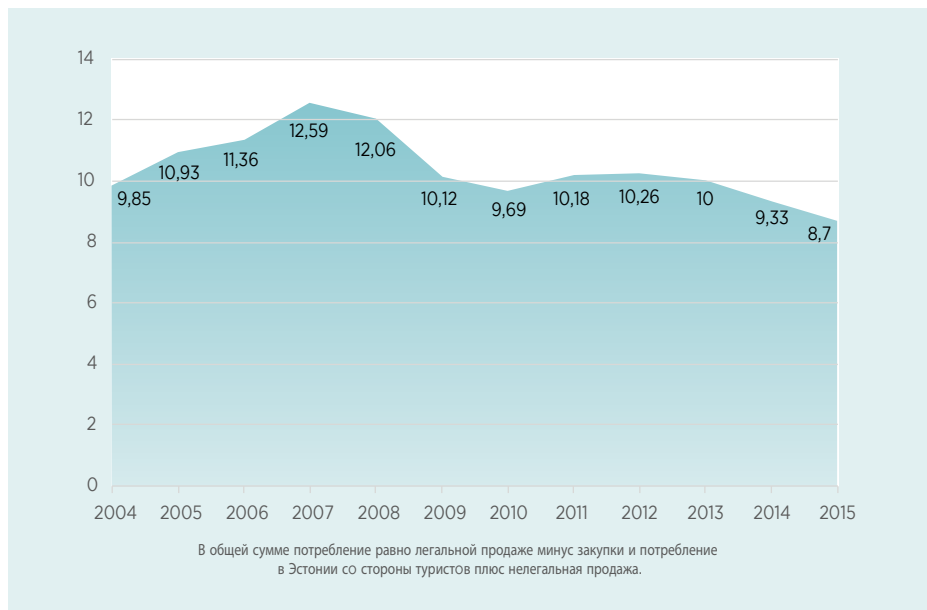
1. От потребления до вмешательства	4
Убытки от алкоголя, зеленая книга и руководство по лечению	4
Понятие СКВ и его эффективность	7
СКВ на уровне семейных врачей и на других уровнях	8
2. Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя	9
Уместно ли говорить об употреблении алкоголя?	9
Каковы границы низкого риска?	9
Каковы препятствия для поднятия темы алкоголя?	10
Как классифицировать уровень риска употребления алкоголя?	11
С помощью чего проводить скрининг?	12
3. Краткосрочное вмешательство при злоупотреблении алкоголем	14
Что такое краткосрочное вмешательство?	14
Сколько раз следует проводить краткосрочное вмешательство?	17
Как понять, подействовало ли краткосрочное вмешательство?	17
Когда проводить повторный скрининг?	17
4. Злоупотребление и возможная зависимость	18
Если у пациента диагностированы злоупотребление или зависимость	18
Когда и куда направлять?	19
5. Заключение	19
6. Ссылки	20

1. От потребления до вмешательства

Убытки от алкоголя, зеленая книга и руководство по лечению

Очевидно, ни для кого не новость, что уровень потребления алкоголя в Эстонии высок, и возникающие при этом убытки значительно превышают получаемую от потребления алкоголя экономическую выгоду. Известна также позиция Всемирной организации здравоохранения, согласно которой убытки от алкоголя превышают выгоды от его продажи, если в год потребляется больше шести литров абсолютного спирта на душу населения (World Health Organization Regional Office for Europe 1999). Потребление алкоголя в Эстонии на протяжении многих лет оставалось стабильно высоким, около 10 литров абсолютного алкоголя на душу населения в год (Эстонский институт конъюнктуры, 2016).

Рисунок 1. Потребление алкоголя жителями Эстонии в 2004-2015 гг. (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения) (Эстонский институт конъюнктуры, 2016)



Убытки, причиняемые алкоголем, касаются не только злоупотребляющих алкоголем и зависимых лиц, но и гораздо более широких групп населения. Есть немало людей, ежедневно употребляющих алкоголь в представляющих опасность количествах, у которых еще нет проблем со здоровьем, но риск для их возникновения уже повышен. Также есть люди, сами не употребляющие алкоголь, но находящиеся под влиянием близких, имеющих связанные с алкоголем проблемы. Поэтому для минимизации убытков следует действовать на нескольких уровнях. С целью снизить вызванные потреблением алкоголя социальные, экономические и связанные со здоровьем убытки, обеспечить

детям и молодежи благоприятную атмосферу для роста и развития, а также сделать жизненную среду безопаснее для всего населения, была создана зеленая книга алкогольной политики (Министерство социальных дел, 2014). В этой книге собраны все виды деятельности, осуществление которых привело бы к заметному снижению потребления алкоголя в Эстонии. Ниже приведены 10 областей такой деятельности из зеленой книги.

Рисунок 2. 10 областей деятельности из зеленой книги алкогольной политики



Из приведенных десяти областей деятельности области здравоохранения прямо касаются только лечение и консультирование. Для снижения злоупотребления алкоголем важно создать сеть, объединяющую все уровни, с привлечением специалистов из различных областей. Исходя из этого, в 2014 году была начата разработка руководства по лечению «Ведение пациента с расстройством, вызванным употреблением алкоголя» (Консультативный совет по клиническим руководствам 2015). Руководство, в основном, включает в себя методы лечения пациентов, злоупотребляющих алкоголем или зависимых от него, но также прослеживает весь путь пациента в системе здравоохранения и рассматривает угрожающее здоровью потребление алкоголя. Ниже приводится алгоритм руководства по лечению, описывающий путь пациента.

Рисунок 3. Алгоритм ведения пациента с расстройством, вызванным употреблением алкоголя (Консультативный совет по клиническим руководствам 2015).





Как видно из рисунка, вся врачебная помощь начинается с раннего распознавания, т.е. оценки потребления алкоголя на уровне семейного врача. Если из оценки следует, что пациент является потребителем алкоголя в угрожающих дозах или злоупотребляющим, с ним продолжается работа на уровне общей врачебной помощи. Если не удается решить проблему злоупотребления или возникают подозрения о наличии алкогольной зависимости, начинается лечебный процесс. В руководстве по лечению приведена детальная информация по диагностике и лечению расстройств, связанных с употреблением алкоголя, но содержание и цель раннего выявления и краткосрочного вмешательства в руководстве изложены весьма кратко. Данный материал, в частности, пытается дать ответы на вопросы:

- Что такое краткосрочное вмешательство?
- На кого направлено краткосрочное вмешательство?
- Кто мог бы осуществлять краткосрочное вмешательство?
- Как проводить краткосрочное вмешательство?


Понятие СКВ и его эффективность

Скрининг и краткосрочные вмешательства (СКВ) для раннего выявления чрезмерного употребления алкоголя – широко распространенный в мире и основанный на фактических данных способ вмешательства для снижения вреда, причиняемого алкоголем. В научной литературе СКВ, в основном, упоминается как *Alcohol Brief Intervention (ABI) или Screening and Brief Intervention (SBI)*. Подобно тому, как варьируется понятие краткосрочного вмешательства, различаются и подходы различных стран к применению краткосрочного вмешательства.

Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя означает, что производится оценка уровня риска потребления алкоголя и затем, в соответствии с уровнем риска, принимается решение о дальнейших действиях. Если выясняется, что человек употребляет алкоголь в опасных или вредных количествах, то подходящим способом вмешательства станет краткосрочное вмешательство, краткая структурированная мотивирующая беседа.

Существует немало научных материалов о краткосрочном вмешательстве, где исследованы его действие и эффективность. Неоднократно доказано, что краткосрочное вмешательство является эффективным видом вмешательства при угрожающем здоровью употреблении алкоголя и злоупотреблении алкоголем. В опубликованном в 2014 году систематическом обзоре (O'Donnell и др. 2014) замечено, что в результате краткосрочного вмешательства потребление алкоголя снижается, в среднем, на 3,8 алкогольных единиц в неделю. Cuijpers и др. (2004) обнаружил, что для предотвращения одного вызванного алкоголем смертельного случая в год следует провести краткосрочное вмешательство в отношении 282 человек (Cuijpers, Riper & Lemmers 2004). На основании этого можно сделать оценочный вывод о том, что, если бы каждый семейный врач и семейная медсестра в Эстонии ежедневно осуществляли краткосрочное вмешательство в отношении одного человека, они предотвратили бы, по меньшей мере, 1000 смертей в год.

Важно также отметить, что краткосрочное вмешательство не должно обязательно быть длинной, занимающей все время приема беседой. Исследование SIPS (*Screening and Intervention Programme for*



Sensible drinking) в 2013 году оценило влияние различных видов вмешательства. Сравнивались три различных формы вмешательства: обратная связь и информационный буклет о злоупотреблении алкоголем, 5-минутное краткосрочное вмешательство и краткосрочное вмешательство продолжительностью 20 минут. Исследование показало, что, в зависимости от способа вмешательства, в течение года заметно снизили потребление алкоголя 15-21% людей. Однако авторы заметили отсутствие существенных статистических различий в эффективности различных форм этих вмешательств. Это означает, что нет заметной разницы между тем, чтобы только лишь поднять тему и снабдить пациента информационным материалом, беседовать с ним 5 минут или 20 минут (Kaner и др. 2013).

Краткосрочное вмешательство также является способом повышения сознательности людей, с помощью которого мы можем уменьшить прирост злоупотребляющих и зависимых. В Эстонии насчитывается приблизительно 10 000 женщин и 50 000 мужчин, являющихся зависимыми от алкоголя, а вместе с числом злоупотребляющих это количество намного больше. Это еще раз подтверждает, что краткосрочное вмешательство должно играть в системе здравоохранения гораздо более серьезную роль (Rehm и др. 2012).

СКВ на уровне семейных врачей и на других уровнях

Эффективность краткосрочного вмешательства наиболее определенно доказана на уровне семейных врачей. Отчасти причиной этого является существенно большее количество исследований по сравнению с другими областями и уровнями. Успешность краткосрочного вмешательства на уровне семейных врачей можно объяснить несколькими обстоятельствами. В качестве одной из причин приводится наличие длительных и доверительных отношений пациента с семейным врачом и/или медсестрой. Также и количество повторных визитов существенно больше, чем в специализированной медицинской помощи, где пациент бывает редко. Проведение краткосрочного вмешательства на уровне семейных врачей легче еще и потому, что большинство обращающихся за помощью к семейным врачам пациентов не требует немедленного вмешательства, как, например, в неотложной медицинской помощи (O'Donnell и др. 2014).

Кроме исследования эффективности краткосрочного вмешательства на уровне семейных врачей, проводились также исследования его эффективности в подразделении неотложной медицинской помощи, в условиях амбулаторного и стационарного специализированного лечения, уголовно-исполнительной системы, и системы социального обеспечения, в высших учебных заведениях и т.д. Единого мнения по эффективности краткосрочных вмешательств на этих уровнях не достигнуто, но различные исследования обнаружили известное воздействие.

2. Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя

Уместно ли говорить об употреблении алкоголя?

Многие работники здравоохранения испытывают сомнения, говорить ли со своими пациентами об алкоголе и как это делать. Однако не стоит сомневаться, поскольку речь идет о серьезном риске для здоровья, влекущем за собой немалое количество заболеваний. Здесь будет уместным привести пример о курении сигарет. Были времена, когда сигареты рекламировали даже врачи. С тех пор, как представления изменились, курение стало выходить из моды. На сокращение курения направлено множество действий: применяются различные политические меры, осуществляются кампании в средствах массовой информации и, очевидно, не найдется ни одного врача, который посоветовал бы пациенту с хроническим расстройством здоровья продолжать курение. Большинство специалистов здравоохранения не боятся разъяснять пациентам вред, наносимый здоровью курением, и рекомендуют им бросить курить. Так почему же более неловко говорить об употреблении алкоголя? Злоупотребление алкоголем **связано с возникновением более 200 заболеваний и является одним из заметных факторов в протекании хронических заболеваний** (Всемирная организация здравоохранения 2015). Если работник здравоохранения обдумает, на развитие каких заболеваний можно повлиять уменьшением потребления алкоголя, ему станет проще поднимать эту тему. Часто для снижения рисков достаточно того, что пациент снизит дозу потребляемого алкоголя. Для этого принято понятие **границ низкого риска**, в рамках которых риск возникновения различных заболеваний низок. Разумеется, не бывает совершенно безопасных количеств алкоголя, и существуют ситуации и заболевания, когда необходимо полностью воздерживаться от алкоголя. Тем не менее, для большинства людей достаточно снижения количества.

Каковы границы низкого риска?

Рисунок 4. Границы низкого риска употребления алкоголя



Каковы препятствия для поднятия темы алкоголя?

Многие работники здравоохранения подтверждают, что в своей работе они ежедневно поднимают тему алкоголя. Все же, есть и такие, кто приводит различные причины, усложняющие поднятие темы алкоголя.

Наиболее **распространенные причины, по которым специалисты не беседуют со своими пациентами об употреблении алкоголя** (Aira и др. 2003, Wilson и др. 2011):

- деликатность алкогольной темы;
- уверенность, что пациенты не прислушаются;
- убежденность врача/медсестры, что ему/ей известно все об отношениях пациентов и алкоголя;
- недостаточная компетентность/недостаток навыков для работы с алкогольной темой;
- недостаток времени.

Институт развития здоровья ранее осуществил два проекта по раннему выявлению злоупотребления алкоголем и краткосрочному вмешательству. Проекты позволили выяснить, что почти все пациенты готовы отвечать на вопросы, связанные с алкоголем. Большинство пациентов согласились, что, в случае, если потребление алкоголя связано с проблемами их здоровья, врач/сестра могли бы дать соответствующие советы. Кроме того, выяснился тот факт, что, на самом деле, работники здравоохранения не имеют полного представления о потреблении их пациентами алкоголя, и количество алкоголя, потребляемого некоторыми пациентами, оказалось неожиданным как для самого пациента, так и для специалиста (Kriipsalu, Glušková & Tähelopõld 2015, Saame и др. 2011). Недостаток навыков для поднятия алкогольной темы также является проблемой для многих, но, к счастью, всегда можно найти возможности для самосовершенствования. Различные курсы, книги и интернет предлагают массу информации, в которой нужно всего лишь найти необходимые для себя сведения. Очевидно, самым сложным является приведенное последним препятствие, то есть, нехватка времени. Учитывая растущую нагрузку терапевтической службы, выкроить время для беседы с пациентом на тему алкоголя иногда кажется безнадежным делом. К сожалению, на первичном этапе нагрузку создают именно хронические больные, а на протекание многих хронических заболеваний влияет также и употребление алкоголя. Найдя время для поднятия темы употребления алкоголя, специалист может выиграть время в будущем за счет предотвращения прочих проблем. При использовании определенных методов и их постоянном применении, краткосрочное вмешательство может занять у опытного специалиста всего несколько минут. Здесь важно подчеркнуть, что употребление пациентом алкоголя не находится в обратной зависимости с количеством времени, затрачиваемым специалистом на беседу с ним на тему алкоголя. Иногда достаточно того, что тема просто поднята, и пациент хотя бы раз задумался о ней.

Возможности для поднятия темы:

- пациент сам желает поговорить об употреблении им алкоголя или упоминает употребление алкоголя в ходе разговора;
- специалист поднимает тему в связи с конкретными знаками, которые могут указывать на слишком большие количества алкоголя (несчастные случаи, проблемы со здоровьем, работой,

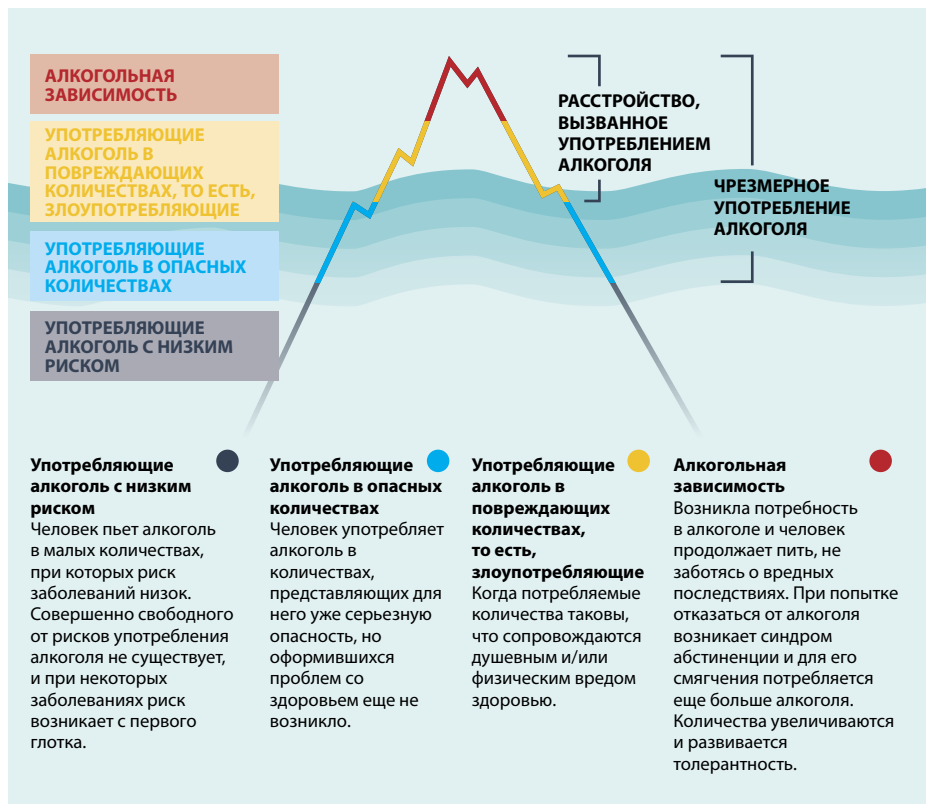
социальные проблемы и т.д.);

- специалист поднимает тему со всеми пациентами и дает понять, что речь идет о рутинной процедуре (NHS Health Scotland 2016).

Как классифицировать уровень риска употребления алкоголя?

Если пациент реагирует положительно и готов продолжить обсуждение темы, следует установить, на каком уровне риска находится его употребление алкоголя, то есть, какова опасность возникновения у него проблем, связанных с алкоголем. Распространено мнение, что по употреблению алкоголя люди, в основном, делятся на две группы: те, у кого все в порядке и те, кто нуждается в лечении. Ситуация, все же, не черно-белая и проблемы развиваются постепенно. Важно «выловить» людей с малыми проблемами, чтобы из этих малых не выросли большие проблемы. Важно также отметить, что лишь малая часть прошедших скрининг нуждается в дальнейшей помощи и консультировании (Raistrick, Heather & Godfrey 2006). По оценкам, таких людей около 30% (Rehm и др. 2012).

Рисунок 5. Классификация лиц, чрезмерно употребляющих алкоголь (Консультативный совет по клиническим руководствам 2015)



С помощью чего проводить скрининг?

Для оценки потребления алкоголя существует немало различных тестов, и наиболее известные из них - **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); **FAST** (*Fast Alcohol Screening Test*) и **CAGE**. AUDIT разработан Всемирной организацией здравоохранения и широко используется во всем мире. Достоверность этого теста высока, AUDIT способен распознать злоупотребление алкоголем почти в 90% случаев. AUDIT состоит из десяти вопросов, в числе которых есть вопросы как о частоте, так и количествах употребления, а также о повреждающем поведении и факторах, указывающих на наличие зависимости (Babor и др. 2001). Поскольку тест, состоящий из десяти вопросов, может в известных ситуациях оказаться слишком длинным и требующим времени, используется также версия AUDIT-C, содержащая первые три вопроса из теста AUDIT. AUDIT-C оценивает валидность различных точек пересечения. Надежность точек пересечения варьирует в соответствии с полом и с местом проведения теста (Bradley и др. 2007). В Эстонии используются точки пересечения 4 для женщин и 5 для мужчин.

Рисунок 6. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

AUDIT-C (сокращенная версия)

Вопросы	Баллы					Ваши баллы
	0	1	2	3	4	
1. Как часто вы употребляете напитки с содержанием алкоголя?	Никогда	Примерно раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще	
2. Сколько единиц алкоголя вы обычно выпиваете за раз? Формула расчета количества алкогольных единиц: количество (литры) x крепость (%) x 0,789 - количество единиц алкоголя. Например: 0,5 л пива x 5,2 (крепость в процентах) x 0,789 - 2,1 единиц алкоголя.	1-2	3-4	5-6	7-9	10+	
3. Как часто вы выпиваете 6 и более единиц алкоголя за раз?	Никогда	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Каждый или почти каждый день	

Пожалуйста, продолжайте заполнять анкету, если:

- а) вы **женщина** и ваш результат теста больше или равен **4**
- б) вы **мужчина** и ваш результат теста больше или равен **5**

Меньшая полученная сумма баллов становится вашим окончательным результатом. Комментарий смотрите на следующей странице.

СУММА БАЛЛОВ

Следующие вопросы теста AUDIT

Вопросы	Баллы					Ваши баллы
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год случилось, что, начав употреблять алкоголь, вы уже не могли остановиться?	Никогда	Реже раза в месяц	Раза в месяц	Раза в неделю	Каждый или почти каждый день	
5. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя вы не делали чего-то, чего от вас ожидали?	Никогда	Реже раза в месяц	Раза в месяц	Раза в неделю	Каждый или почти каждый день	
6. Как часто за последний год наутро после обильного употребления алкоголя вам требовался какой-нибудь содержащий алкоголь напиток, чтобы преодолеть похмелье?	Никогда	Реже раза в месяц	Раза в месяц	Раза в неделю	Каждый или почти каждый день	
7. Как часто за последний год из-за употребления алкоголя вы испытывали чувство вины или сожаления?	Никогда	Реже раза в месяц	Раза в месяц	Раза в неделю	Каждый или почти каждый день	
8. Как часто за последний год случилось так, что наутро после употребления алкоголя вы не помнили происшедшего накануне вечером?	Никогда	Реже раза в месяц	Раза в месяц	Раза в неделю	Каждый или почти каждый день	
9. Вы сами или кто-то другой получили травмы в результате употребления вами алкоголя?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	
10. Было ли так, что близкий человек, друг, врач или кто-то другой беспокоился об употреблении вами алкоголя либо советовал его сократить?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	

Комментарий к сумме баллов:

0–7 низкий уровень риска. Вероятность нанесения вреда здоровью при таком уровне потребления алкоголя невелика. Рекомендуется не увеличивать количества потребляемого алкоголя.

8–15 угрожающее здоровью потребление. При таком уровне употребления алкоголя повышен риск возникновения нарушений здоровья. Рекомендуется сократить потребление алкоголя.

16–19 злоупотребление. Такой уровень потребления алкоголя наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить потребление алкоголя.

20+ возможная зависимость. Такой уровень потребления алкоголя наносит вред психическому и физическому здоровью. Необходимо сократить потребление алкоголя или отказаться от него.

**СУММА БАЛЛОВ,
ВСЕГО
AUDIT-C +
вопросы 4–10**

3. Краткосрочное вмешательство при чрезмерном употреблении алкоголя

Что такое краткосрочное вмешательство?

Краткосрочное вмешательство предназначено для людей, **употребляющих алкоголь в опасных количествах или злоупотребляющих алкоголем**. Важно помнить, что краткосрочное вмешательство **не является** основанной на фактических данных мерой для помощи людям, **зависимым от алкоголя!**

Краткосрочное вмешательство - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре **FRAMES** (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic interviewing; Self-Efficacy*) (NHS Health Scotland 2016).

Рисунок 7. FRAMES (NHS Health Scotland 2016)

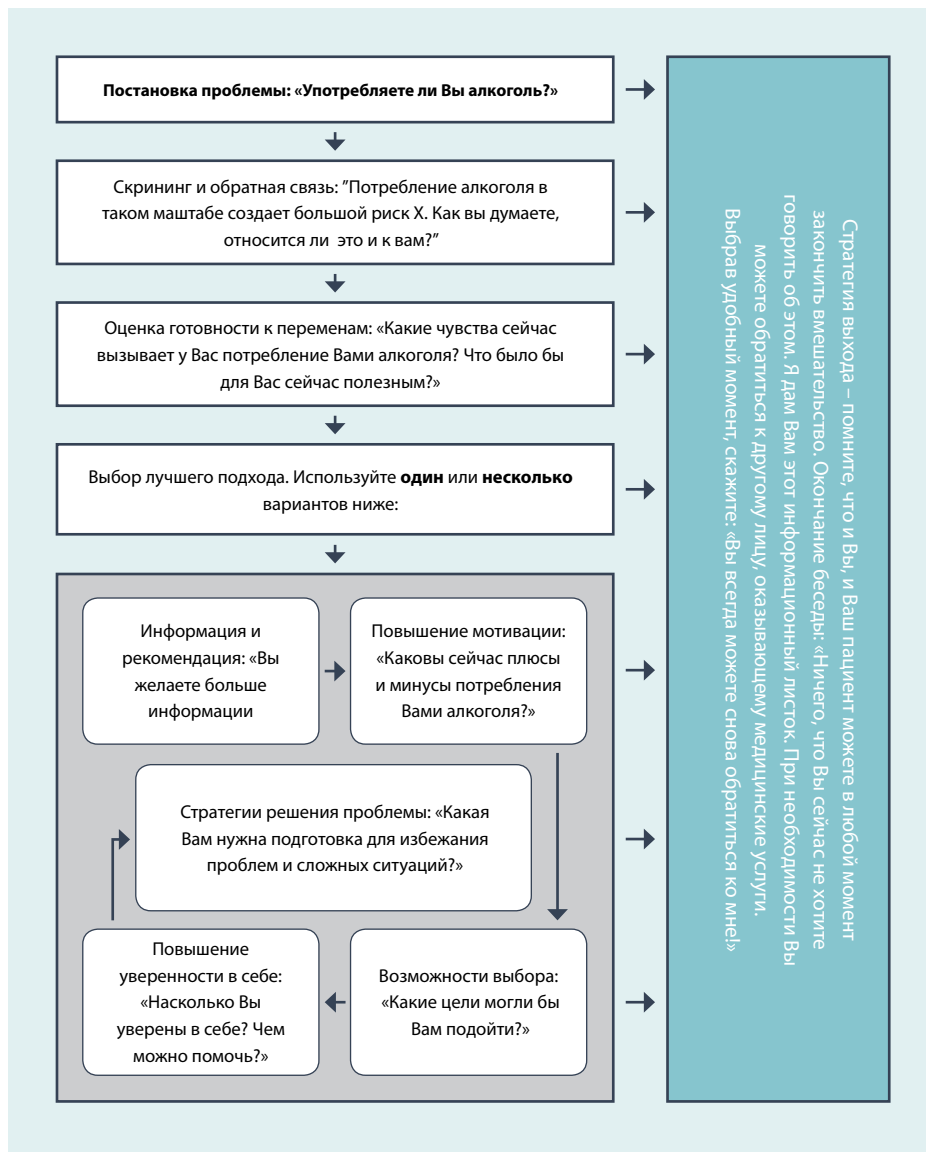
F (<i>Feedback</i>)	Обратная связь с пациентом по поводу персонального риска (результат AUDIT и установление его связи с проблемами со здоровьем)
R (<i>Responsibility</i>)	Предоставление пациенту <u>ответственности</u> (решения о том, когда и каким образом вносить изменения в потребление алкоголя, может принимать пациент)
A (<i>Advice</i>)	<u>Рекомендации</u> (если пациент дает свое согласие, специалист дает рекомендации о том, достаточно ли уменьшить количество алкоголя или стоит совсем отказаться от него)
M (<i>Menu</i>)	Предложение <u>возможностей справиться</u> с проблемой (вместе с пациентом обсуждаются способы снизить потребление, например, уменьшение количества или частоты потребления, или свободный от алкоголя период)
E (<i>Empathic interviewing</i>)	<u>Эмпатическое</u> интервьюирование (специалист выслушивает пациента с сопереживанием, эмпатическим отражением без противостояния. Целью специалиста не должны быть убеждение или запрет, он должен помочь пациенту прийти к осознанию необходимости перемен)
S (<i>Self-Efficacy</i>)	<u>повышение уверенности в себе</u> (специалист беседует с пациентом так, чтобы повысить его способность меняться)

FRAMES разъясняет общий подход к принципам, из которых следует исходить при проведении краткосрочных вмешательств, но не приводит описания конкретных этапов. Национальная система здравоохранения Шотландии (NHS Health Scotland) разработала модель, которая поэтапно описывает краткосрочное вмешательство. Это изложено в сжатом виде в учебных материалах по краткосрочному вмешательству (NHS Health Scotland 2016).

Рисунок 8. Этапы краткосрочного вмешательства (HS Health Scotland 2016)

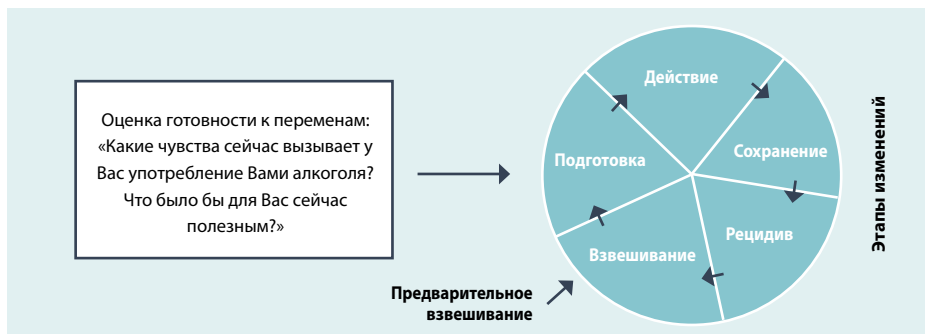
На всем протяжении беседы не забывайте:

- сохранять доверие и эмпатию;
- подчеркивать личную ответственность пациента за свои решения.



Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Затем нужно оценить реакцию пациента и дальнейшую готовность к претворению изменений в жизнь. Готовность оценивается при помощи модели изменений (Prochaska, DiClemente 1983). Важно понимать, что люди не должны проходить эти этапы подряд, а срыв может случиться на любом этапе.


Рисунок 9. Модель изменений (Prochaska, DiClemente 1983)



Следующий способ подхода следует выбрать в соответствии с тем, на каком этапе изменений находится пациент. Ниже приводится краткая таблица, описывающая, какой метод подхода следует выбрать на конкретном этапе. Важно помнить, что нет необходимости в прохождении всех этапов, и можно испробовать другие способы подхода.

Рисунок 10. Выбор метода подхода в соответствии с этапом изменений

Этап	Подход
Предваряя взвешивание: не осведомлен о проблеме, не думал о переменнах. «Я не думаю, что я слишком много пью».	Повысьте осведомленность – дайте информацию и рекомендацию (если на это дано согласие) по снижению рисков и пользе снижения потребления
Мысли о переменнах: «Бывает, что выпивка создает мне проблемы».	Узнайте подробнее о проблемах, повысьте мотивацию .
Подготовка: составление плана изменения поведения, постановка поэтапных целей. «Начиная со следующей недели, я стану меньше пить».	Предложите возможности выбора . Обсудите цели и стратегии.
Действие: продолжение рекомендованных действий или повторение периодического рекомендованного этапа/этапов. «Я постараюсь меньше пить».	Повышение уверенности в себе – повысьте веру человека в способность измениться.
Сохранение: «Боюсь, что могу снова начать вести себя по-старому».	Сосредоточьтесь на стратегии решения проблемы и предотвращении срывов.



Следует иметь в виду, что, если пациент более не желает продолжать общение или сотрудничать, всегда есть возможность выйти из краткосрочного вмешательства. В данном случае можно прекратить краткосрочное вмешательство, дав пациенту понять, что специалист готов продолжить тему, если у пациента возникнет такое желание.

Сколько раз следует проводить краткосрочное вмешательство?

В различных исследованиях делались попытки оценить, сколько раз нужно проводить краткосрочное вмешательство, и как долго длится его действие. Однозначный ответ не найден, но обычно максимальное количество ограничивается четырьмя краткосрочными вмешательствами (Моуер и др. 2002, Whitlock и др. 2004, Zoogob и др. 2014). Количество раз зависит от целого ряда факторов: навыки специалиста и опыт проведения краткосрочного вмешательства, восприимчивость и мотивированность пациента, иные проблемы со здоровьем пациента. Поэтому принимать решение о числе краткосрочных вмешательств каждый специалист должен сам, принимая во внимание приведенные выше факторы.

Как понять, подействовало ли краткосрочное вмешательство?

Для оценки действенности краткосрочного вмешательства можно повторно провести AUDIT. Помимо того, что AUDIT является инструментом скрининга, с его помощью можно также оценить действенность вмешательства. Здесь также нет однозначного мнения, какова длительность периода проведения краткосрочных вмешательств, и когда нужно провести оценку. В научной литературе отмечено, что наиболее эффективно проводить краткосрочные вмешательства в течение 6-12 месяцев, тогда эффективность краткосрочных вмешательств наиболее заметна (Kaneg и др. 2007, Bertholet и др. 2005).

Когда проводить повторный скрининг?

Продолжительность влияния краткосрочного вмешательства весьма различна, но в целом можно сказать, что максимальная продолжительность влияния составляет четыре года и начинает ослабевать после первого года (O'Donnell и др. 2014). Таким образом, можно взвесить возможность нового скрининга через год после первого скрининга.

4. Злоупотребление и возможная зависимость

Что делать с пациентами в случае, если краткосрочное вмешательство не оказало воздействия или AUDIT указывает на возможную зависимость?

Сумма баллов AUDIT 16 или больше может указывать на злоупотребление или возможную алкогольную зависимость. Если сумма баллов пациента составляет 16-19, рекомендуется сначала провести краткосрочное вмешательство. Если краткосрочное вмешательство не оказывает действия или сумма баллов пациента изначально составляет 20 или больше, необходимо уточнить диагноз. Для этого состояние пациента оценивается с помощью клинического интервью (Консультативный совет по клиническим руководствам 2015).

Если у пациента диагностированы злоупотребление или зависимость

Лечение диагнозов F10.1 (злоупотребление алкоголем) и F10.2 (алкогольная зависимость) проходит длительно и предусматривает работу в команде. Лечение может проходить как в отделениях общей, так и специализированной медицинской помощи и проводится преимущественно амбулаторно. Основными частями лечения расстройств употребления алкоголя являются:

Рисунок 11. Лечение расстройств потребления алкоголя



Точное описание диагностики и рекомендации по лечению можно найти в руководстве «Ведение пациента с расстройством, вызванным употреблением алкоголя» (Консультативный совет по клиническим руководствам 2015).

Когда и куда направлять?

Хотя в случаях злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости лечение можно организовать на уровне семейных врачей, могут возникнуть ситуации, когда семейный врач будет нуждаться в дополнительной помощи. Проблем может быть несколько: пациент не соглашается с выбранным методом лечения; пациент хочет сохранить приватность и желает получить лечение в другом месте; семейный врач не чувствует себя достаточно компетентным; семейный врач не может найти нужных партнеров для сотрудничества (напр. психиатр, психолог) и т.п. В таких ситуациях можно рассмотреть направление пациента для получения специализированной психиатрической врачебной помощи. С 2016 года в Эстонии существует пять центров компетенции, занимающихся лечением расстройств потребления алкоголя: Северо-Эстонская региональная больница, Клиника тартуского университета, Вильяндиская больница, Южно-Эстонская больница и Пярнуская больница. Эти больницы оказывают услуги в рамках программы «Трезвая и здоровая Эстония». В рамках программы планируется найти также дополнительных партнеров для оказания услуг, которые предложили бы в сотрудничестве с центрами компетенции амбулаторное лечение алкогольных расстройств ближе к месту жительства пациентов. Дополнительную информацию о получении помощи можно найти на сайте [www.alkoinfo.ee](http://alkoinfo.ee) (<http://alkoinfo.ee/kuhu-poorduda/alkoravi/kuhu-poorduda/>).

5. Заключение

Данный материал отвечает, среди прочего, на вопросы, что такое раннее выявление злоупотребления алкоголем и краткосрочное вмешательство (СКВ), на кого оно направлено, и как его проводить. СКВ - способ вмешательства, направленный на снижение вреда, причиняемого потреблением алкоголя, в том числе, уменьшение потребляемого количества и предотвращение возникновения зависимости. Оно начинается со скрининга, для которого применяется AUDIT. Следующий шаг определяется в соответствии с тем, каково потребление человеком алкоголя. Для человека с опасным потреблением алкоголя рекомендуется провести краткосрочное вмешательство. Краткосрочное вмешательство - краткая структурированная беседа, целью которой является помочь пациенту понять необходимость перемен, мотивировать его и помочь ему найти решения для претворения перемен в жизнь. Если AUDIT указывает на злоупотребление алкоголем, следует сначала провести краткосрочное вмешательство. Если краткосрочное вмешательство не действует или AUDIT указывает на возможную зависимость, необходимо уточнить диагноз. Лечение нарушений потребления алкоголя имеет длительный характер и предполагает работу в команде. Лечение, главным образом амбулаторное, может проводиться как на уровне семейных врачей, так и на уровне специализированной психиатрической помощи.

СКВ предлагает семейным врачам и медсестрам возможный способ облегчить их труд. СКВ не дает моментальных результатов, но раннее выявление злоупотребления алкоголем и возможность краткосрочного вмешательства позволяют предотвратить многие хронические заболевания. Роль врача/сестры - распознать необходимость перемен для пациента, ответственность же за осуществление перемен лежит, прежде всего, на самом пациенте. При оказании первичной

медицинской помощи СКВ помогает найти тех людей, у которых еще не развились нарушения потребления алкоголя, но с которыми важно провести профилактическую работу. В целом, семейный врач или семейная медсестра играют главную роль в ведении чрезмерного употребления алкоголя, а первой возможностью для выполнения этой роли является СКВ.

6. Ссылки

1. Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. & Rautio, P. 2003, "Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study", *Family practice*, vol. 20, no. 3, pp. 270-275.
2. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. 2001, *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition.*, World Health Organization, Geneva.
3. Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005, "Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, no. 9, pp. 986-995.
4. Bradley, K.A., DeBenedetti, A.F., Volk, R.J., Williams, E.C., Frank, D. & Kivlahan, D.R. 2007, "AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 31, no. 7, pp. 1208-1217.
5. Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmers, L. 2004, "The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis", *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 99, no. 7, pp. 839-845.
6. Eesti Konjunkturiinstituut 2016, „Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2016.“, Atlex AS, Tallinn, Eesti.
7. Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J. & Drummond, C. 2013, "Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 346, pp. e8501.
8. Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. & Burnand, B. 2007, "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (2), no. 2, pp. CD004148.
9. Kriipsalu, I., Gluškova, N. & Tähepõld, H. 2015, "Perearstikeskust külastavad patsiendid soovivad rääkida alkoholi tarvitamise teemal", *Eesti Arst*, vol. 94, no. 7, pp. 404-410.
10. Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun, P. 2002, "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations", *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 97, no. 3, pp. 279-292.
11. NHS Health Scotland 2016, „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamise. Koolitaja juhendmaterjal.“ Tervise Arengu Instituut, 2016.
12. O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. 2014, "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 49, no. 1, pp. 66-78.
13. 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*, vol. 51, no. 3, pp. 390-395.
14. Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. 2006, „Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems“, The National Treatment Agency for Substance Misuse, United Kingdom.
15. Ravijuhendite nõukoda 2015, „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus, RJ-F/7.1-2015“, Puffit Invest OÜ, Tallinn, Eesti.
16. Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. 2012, „Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.“, Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
17. Saame, I., Gluškova, N., Viilmann, K. & Kalda, R. 2011, "Prooviuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis", *Eesti Arst*, vol. 90, no. 5, pp. 216-224.
18. Sotsiaalministeerium 2014, „Alkoholipoliitika roheline raamat“, Tallinn, Eesti.
19. Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T., Klein, J. & U.S. Preventive Services Task Force 2004, "Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force", *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, no. 7, pp. 557-568.
20. Wilson, G.B., Lock, C.A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M.M. & Kaner, E.F. 2011, "Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 46, no. 5, pp. 570-577.
21. World Health Organization 2015, *Alcohol. Fact sheet*. Available: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> [2016, 10/10].
22. World Health Organization Regional Office for Europe 1999, "Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region", World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark.
23. Zoorob, R., Snell, H., Kihlberg, C. & Senturias, Y. 2014, "Screening and brief intervention for risky alcohol use", *Current problems in pediatric and adolescent health care*, vol. 44, no. 4, pp. 82-87.



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks