

Joseph M Rey

Этанол (этиловый спирт), натуральный продукт ферментации пищевых продуктов, богатых углеводами, уже на заре цивилизации стал элементом человеческой культуры, высоко ценимым за его расслабляющие свойства и облегчение социальных взаимоотношений; он также может иметь определенную ценность для выживания. Алкогольные напитки легально доступны в большинстве стран (исключение составляют: Афганистан, Бруней, Иран, Кувейт, Ливия, Саудовская Аравия, Судан и Йемен). Большинство людей, большую часть времени, употребляют алкоголь ответственно. Тем не менее, чрезмерное употребление приводит к большим разрушительным социальным последствиям и причиняет огромный вред здоровью. Данная глава посвящена вредному влиянию этанола (в дальнейшем мы будем использовать термин *алкоголь*) на молодых людей. Понятия «*расстройство, вызванное употреблением алкоголя (РВУА)*», «*алкогольная зависимость*» и «*алкоголизм*» будут использоваться как синонимы.

Алкогольные напитки можно разделить на две группы: получаемые при *ферментации*, и путем *дистилляции*. Ферментированные напитки являются продуктом ферментации продуктов, содержащих сахар. Например, пиво готовится из злаков, вино из виноградного сока, а sake из риса; в мире существует еще много разных ферментированных напитков из других продуктов. Дистиллированные напитки (*спирты*) производятся путем концентрирования этанола в ферментированных продуктах. Так, например, виски получают путем дистилляции ферментированных злаков, бренди из фруктовых соков и ром из мелассы. Водка может быть дистиллирована из любых ферментированных продуктов – главным образом, из зерновых и картофеля. Водка и подобные ей спирты дистиллируются настолько тщательно, что привкус исходных продуктов не сохраняется (Wikipedia).

Содержание этанола обычно измеряется в миллилитрах на 100 миллилитров напитка, выражаемых в объемных процентах – алкоголь относительно объема (*англ. – alcohol by volume (ABV)*). Например, пиво с 6% алкоголя содержит 6 мл алкоголя на 100 мл. Ферментированные напитки имеют максимальную концентрацию – 18%; содержание алкоголя в спиртах значительно выше (например, 40–50% в виски и водке).

«Безопасное количество алкоголя является элементом базовых требований человеческого сообщества значительно более длительное время, чем принято было считать до недавнего времени. Еще 9 тыс. лет назад, задолго до изобретения колеса, жители неолитического поселения Цзяху в Китае употребляли алкогольные напитки, на основе меда с 10% содержанием алкоголя» (Thadeusz, 2009).

БРЕМЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

В мировом масштабе алкоголь является одним из главных факторов риска роста показателя лет жизни, утраченных в результате инвалидности (ДАЛИ)

(англ. *incident disability-adjusted life-years (DALYs)*), приводя к значению в 7% ДАЛИ среди индивидов в возрасте от 10 до 24 (для сравнения – этот же показатель составляет 4% для рискованного секса, 3% для железодефицитной анемии и 2% для употребления запрещенных наркотиков (Gore et al, 2011)). В целом во всем мире около 4% смертей связано с употреблением алкоголя. Мужчины (показатель смертности, связанной с употреблением алкоголя составляет 6%), более бедные люди и страны с низким уровнем экономического

В Англии, полмиллиона детей в возрасте от 11 до 15 лет будут в состоянии алкогольного опьянения за последние четыре недели, и только молодые люди в возрасте до 18 лет выпьют за последнюю неделю спиртного в эквиваленте 2 миллионов бутылок вина [...] начиная с 1990 года количество алкоголя, потребляемого молодыми людьми в возрасте от 11 до 15 лет, возросло вдвое». (Donaldson, 2009).



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

«МОКРЫЙ [не просыхающий]» И «СУХОЙ» ПАТТЕРНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Для мокрого паттерна характерно частое употребление небольшого количества алкоголя, преимущественно вина, во время приема пищи или семейных праздников; это характерно для стран Южной Европы.

Сухой паттерн характеризуется нерегулярным тяжелым пьянством, часто до состояния интоксикации, во время неофициальных встреч, менее связанных с семьей. Этот паттерн более распространен в странах Центральной и Северной Европы.

Между «влажными», т.е. употребляющими преимущественно вино и «сухими», предпочитающими пиво и спирты обществами нет четких границ. Такое разграничение все больше и больше ослабевает, особенно среди молодых людей.

Потребление на душу населения

В разных странах мира потребление алкоголя и проблемы, с этим связанные, значительно варьируются. Потребление в мировом масштабе в 2005 году составляло 6 л чистого алкоголя на одного человека в возрасте 15 лет и старше. Значительную часть из этого потребления – 29% (в среднем 2 л на одного человека) – составили алкогольные напитки домашнего приготовления, либо произведенные нелегально или проданные без надлежащего контроля со стороны государства. Наиболее высокие показатели потребления, смертности, связанной с употреблением алкоголя, и наиболее рискованные модели потребления – в странах Восточной Европы. Одна из пяти смертей, вызванных вредным употреблением алкоголя, приходится на страны Содружества Независимых Государств (СНГ). Около 12% лиц, употребляющих алкоголь, время от времени получают тяжелые формы опьянения. Процентное соотношение людей, употребляющих алкоголь до достижения состояния интоксикации, ниже в Западно-европейских странах и выше в странах СНГ. За пределами стран СНГ рискованные модели употребления, а также показатели заболеваемости и смертности, связанной с алкоголем, также высокие в Мексике и большинстве стран Южной Америки. Процент лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя относительно небольшой в странах с высоким уровнем доходов и потребления (например, Европа, Северная Америка), и более высокий в странах Северной Африки и Южной Азии с преобладанием мусульманской популяции, в этих регионах также более высокий показатель абстиненции среди женщин (WHO, 2011). Кликните на фотографии, чтобы получить доступ документу под названием: WHO's Global Status Report on Alcohol and Health 2011.

развития несут относительно большее бремя, чем более богатые. Негативное влияние, в частности, приводящее к травмам со смертельным исходом, более выражено среди молодых людей обоих полов.

Алкоголь является причинным фактором 60 типов заболеваний и травм и вторичным фактором еще 200 (ВНО, 2011), включая:

- Несчастные случаи, травмы и причинение вреда как самому пьянице, так и его окружению (семья, друзья, свидетели)
- Снижение трудоспособности, успеваемости в школе, колледже, систематические прогулы
- Семейная дисгармония, насилие и жестокое обращение
- Суициды, убийства, преступность
- Травмы и смерть в результате ДТП и несчастных случаях на производстве
- Рискованное сексуальное поведение, заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция
- Тератогенез с целым рядом негативных последствий для плода, включая низкий вес при рождении, когнитивные дефициты, а также фетальные расстройства алкогольного спектра
- Нейротоксичность и задержка созревания головного мозга, особенно развития лобной доли
- Приобретенные повреждения головного мозга в более позднем возрасте
- Рак (пищевода, печени, кишечника и т.п.) и другие тяжелые заболевания (например, цирроз печени).

Затраты, связанные с алкоголем, в большинстве стран составляют более 1% ВВП, при этом среди экономически развитых стран наиболее высокий показатель в США – т.е. 2,7%, а среди стран со средним уровнем доходов лидирующее место занимает Южная Корея (3,3%). Общие годовые экономические затраты, связанные с употреблением алкоголя, составили в 1998 г. в США 184 млрд. долларов, и 20 млрд. фунтов в 2001 г. в Соединенном Королевстве (СК) (Saunders et al. 2011).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Отношение к алкоголю и употребление спиртного подростками широко варьирует в мировом масштабе и зависит от семьи, сверстников, школы, религиозных убеждений, а также национальных и культурных традиций. В большинстве культур употребление алкоголя является ритуалом перехода во взрослую жизнь. В этих культурах, выпивка лишь один из аспектов рискованного поведения подростков (например,

«Я выпила одну «ирландскую автомобильную бомбу», пиво и две рюмки водки «Smirnoff». Я нормально себя чувствовала. Затем неожиданно быстро опьянела (Я думаю из-за того, что я пила слишком быстро). Мне на следующий день рассказывали, что на вечеринке я лезла ко всем целоваться, включая девушку, ее сестру и другого парня (кстати, я девушка). Я проснулась от того, что какие-то колючки кололи меня в ноги, моя обувь была грязной, мобильный телефон неизвестно где потерял, ключи у другого человека, а автомобиль переставлен на другое место. Когда я проснулась, мне сильно хотелось в туалет, поэтому я надеюсь, что мне приснилось, что я решила пописать при всех. О господи, кажется, я умру со стыда!» (Аноним).

курение табака, рискованный секс, употребление запрещенных наркотиков), ассоциирующегося с непокорностью и неподчинения правилам.

В последние десятилетия во всем мире отмечен значительный рост потребления алкоголя, связанный с:

- Индустриализацией развивающегося мира
- Глобализацией
- Ростом благополучия
- Повышением доступности заранее приготовленных спиртосодержащих напитков и алкогольных коктейлей (например, алкопопсы)
- Низкая относительная цена алкогольных напитков
- Рост маркетинга и рекламы спиртного

Юноши употребляют спиртное в больших количествах, чем девушки, однако все больше и больше появляется данных о том, что женщины все чаще пытаются следовать мужским паттернам употребления. Это может быть связано с тем, что женщины становятся более эмансипированными от традиционных женских ролей и все больше и больше в своих стремлениях и достижениях уравниваются с мужчинами.

Таблица G.1.1. Алкогольная интоксикация: симптомы, наблюдаемые при разных уровнях концентрации алкоголя в крови (BAC - blood alcohol concentrations)

| Диапазон BAC* (г/100 мл крови) и количество выпитого спиртного в средних стандартных дозах**) | Наблюдаемые эффекты |
|---|---|
| 0,01 – 0,05 [1 – 3] | Внешне нормальное поведение, субъективное чувство расслабления, разговорчивость, большая уверенность в себе. |
| 0,05 – 0,08 [3 – 5] | Эйфория: повышенная самоуверенность, разговорчивость, расторможенность, потеря концентрации, нарушение психомоторной координации. |
| 0,09 – 0,15 [5 – 9] | Возбуждение: Смазанная речь, неустойчивое равновесие, эмоциональная лабильность, потеря рассудительности |
| 0,16 – 0,25 [9 – 16] | Спутанность: дезориентация, спутанность сознания, тошнота, рвота, нарушение памяти, мозжечковая походка, апатия, нарушение координации, потеря контроля над мочевым пузырем. |
| Выше 0.25 [>16] | Ступор, кома: бессознательное состояние, подавленное дыхание, рвотный и кашлевой рефлекс ослаблены и возможно отсутствуют, дыхание замедляется, становится нерегулярным и может полностью остановиться (смерть может наступить при BAC выше 0,45). |

*Это приблизительные цифры, BAC варьируется в зависимости от пола, массы тела и возраста; при систематическом употреблении развивается толерантность к алкоголю и нейроадаптация. Таким образом, эти данные не могут использоваться как рекомендации по употреблению.
**За последние 3 часа

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Алкоголь быстро всасывается и распространяется по телу. Алкоголь является депрессантом центральной нервной системы, вызывающим расторможенность, нарушение памяти и процесса принятия решений, а также координации движений. При дальнейшем повышении дозы может приводить к ступору, коме и смерти от угнетения дыхания. К другим биологическим эффектам алкоголя относятся: тошнота, рвота (с риском аспирации рвотных масс, приводящей к асфиксии), *похмелье*, эпизодические потери памяти (*провалы в памяти*) и заболевания, такие как острый гастрит. Влияние разного уровня концентрации алкоголя в крови представлено в Таблице G.1.1.

Провалы в памяти: Алкоголь вмешивается в процесс запоминания новой информации. Распространенным побочным эффектом опьянения является потеря памяти на события, которые происходят в тот момент, когда человек находится в состоянии интоксикации – провалы в памяти, одна из форм антероградной амнезии. Провалы памяти не сопровождаются потерей сознания, только воспоминаний. Типичные провалы в памяти длятся от 2 до 6 часов, в соответствии с пиком ВАС. Вероятность возникновения провалов памяти выше, если человек употребляет большое количество алкоголя за короткое время (т.е. при быстром повышении ВАС).

Похмелье возникает, когда ВАС снижается от высоких уровней до нуля и может длиться больше 24 часов. Для него характерны такие симптомы, как дискомфорт, сонливость, проблемы с концентрацией внимания, сухость во рту, головокружение, желудочно-кишечные жалобы, потливость, тошнота, повышенная возбудимость и тревога. Не установлено, почему симптомы могут сохраняться после выведения алкоголя и его метаболитов из организма. Как ни странно, причины алкогольного похмелья неизвестны. После чрезмерного употребления происходит множество физиологических изменений (например, дегидратация, эндокринные нарушения, метаболический ацидоз), и все они могут способствовать похмелью. Недавно было также высказано предположение, что похмелье может быть связано с активацией иммунной системы или нарушением баланса нейромедиаторов. Подростки, по всей видимости, менее склонны к похмелью.

МОНИТОРИНГ БУДУЩЕГО И ESPAD

Проект Мониторинг будущего (Monitoring the Future) был начат в США в 1975 году с целью исследования поведения школьников, студентов колледжей и молодых людей, связанного с употреблением психоактивных веществ, а также их жизненных позиций и ценностей. Ежегодно обследуются около 50000 школьников 8-х, 10-х и 12-х классов. Результаты обследований и отчеты доступны по адресу: <http://monitoringthefuture.org/>

Европейская программа по исследованию употребления алкоголя и других химических веществ среди школьников (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)) начала свою работу в 1995 году, и на данный момент было обследовано более 100 тысяч школьников в возрасте 16 лет в 35 странах Европы. Последние опубликованные данные за 2007 г. (Hibell et al., 2009). С материалами программы можно ознакомиться по адресу: <http://www.espad.org/>

Метаболизм

ВАС в целом повышается на 10 – 20 мг/100 мл при каждом употреблении 10 г алкоголя (примерно одна стандартная доза) хотя это значение варьируется в зависимости от пола, массы тела, возраста, индивидуальных характеристик и предыдущей истории употребления (напр., наличие толерантности к алкоголю). Алкоголь метаболизируется, главным образом, в печени путем окисления до ацетальдегида с участием ферментов алкогольдегидрогеназа и альдегиддегидрогеназа. Ацетальдегид подвергается дальнейшим превращениям с образованием углекислого газа и воды. Метаболическое расщепление алкоголя происходит с постоянной скоростью – 7 – 10 г. в час; эта скорость не зависит от количества выпитого алкоголя.

Алкоголь и развивающийся мозг

Развивающийся мозг наиболее подвержен воздействию алкоголя во внутриутробный период при употреблении спиртного матерью, а также в подростковом возрасте, когда на фоне быстрых преобразований головного мозга подростки начинают

Гарри Рейнбах, 22-х летний англичанин из Дагенхэма (Эссекс), умер в больнице после того, как ему было отказано в пересадке печени, так как он не смог подтвердить, что не употреблял спиртное на протяжении, как минимум, шести месяцев – одно из требований для пересадки печени в СК. Г-н Рейнбах поступил в больницу за 10 недель до смерти по поводу цирроза печени. Со слов родителей, он начал употреблять спиртные напитки в 11 лет, а сильно пить с 13 лет (Rouse, 2009)

употреблять алкогольные напитки (Speare, 2011). Алкоголь во время беременности обладает тератогенными свойствами; в западных странах около 1% новорожденных рождаются с аномалиями, вызванными употреблением алкоголя, известными под общим названием, как *фетальные расстройства алкогольного спектра РФАС* (англ.-*foetal alcohol spectrum disorders (FASD)*). У меньшей группы таких детей наблюдается *фетальный алкогольный синдром* (ФАС) (англ. – *foetal alcohol syndrome (FAS)*). Развитие РФАС вероятно в том случае, если беременная женщина страдает запойной формой пьянства или употребляет спиртное часто. Важное значение имеет срок беременности; характерные особенности строения лица и черепа при ФАС являются

результатом подверженности воздействию алкоголя в течение третьей недели – до того, как женщины понимают, что они беременны (см. Главу В.1).

Исследования, проведенные у людей, а также лабораторных животных свидетельствуют о том, что влияние алкоголя на подростковый мозг несколько отличается от воздействия на мозг взрослого человека. Например, подростки, вероятно, обладают более высокой резистентностью к интоксикационному и вызывающему отвращение эффектам алкоголя (например, тошнота, рвота, тревога, невнятная речь), часто являющимися сигналами к прекращению употребления, но более чувствительны к эффекту социальной фасилитации. Эти отличия могут способствовать относительно более высокой толерантности и частоте употребления алкоголя в подростковом возрасте (Speare, 2011).

Раннее начало употребления спиртного

Чем раньше начинается употребление алкоголя, тем больше вероятность тяжелых последствий. Начало употребления до 14 лет является индикатором высокого риска возникновения расстройств, вызванных употреблением алкоголя (РВУА), и ассоциируется с более быстрым прогрессированием и длитель-

ным течением алкоголизма, а также с очень трудным достижением абстиненции (Skidmore et al, 2011).

К факторам риска раннего начала употребления алкоголя, по данным научных публикаций, относятся: расстройство поведения, тревога, депрессия, СДВГ, стеснительность, подверженность насилию, конфликты в семье, плохое воспитание, недостаточный контроль, бедность, родители, как отрицательная модель употребления, а также влияние сверстников (Skidmore et al, 2011).

Таблица G1.2. Факторы, повышающие риск возникновения расстройств, вызванных употреблением алкоголя

| Факторы | Комментарии |
|--|---|
| Генетические | <ul style="list-style-type: none"> • Близнецовые, расширенные семейные, а также исследования приемных детей демонстрируют умеренные - сильные генетические компоненты предрасположенности к употреблению алкоголя и развитию РВУА • Роль генетических факторов в этиологии раннего употребления алкоголя и последующей зависимости не столь четкая • Генетические факторы, приводящие к употреблению алкоголя, наркотиков и расстройствам поведения могут частично совпадать |
| Индивидуальные | <ul style="list-style-type: none"> • Психические расстройства, такие как СДВГ, расстройство поведения, тревога • Низкая успеваемость в школе |
| Семейные | <ul style="list-style-type: none"> • Употребления алкоголя или наркотиков родителями, либо братьями и сестрами • Поощряющая позиция родителей в отношении выпивки • Недостаточный контроль со стороны родителей |
| Социальные | <ul style="list-style-type: none"> • Друзья, употребляющие алкоголь, никотин или другие химические вещества • Легкая доступность (например, дешевый алкоголь) • Менее строгие законы относительно минимального разрешенного возраста потребления алкоголя, маркетинга и рекламы • Культуральные особенности страны или социальной группы (например, армейские условия, колледж, студенческая организация) • Принадлежность к коренным малочисленным народам (например, американские индейцы, канадские инуиты, австралийские аборигены). |
| <p>Употребление алкоголя значительно повышает риск совершения суицида. Смотрите видеоролик на youtube: https://www.youtube.com/watch?v=UgK5QtV6QUc&feature=relmfu</p> | |

Стандартная доза

В каждой данной стране стандартная доза – это доза, содержащая определенное количество чистого алкоголя. Одна стандартная доза всегда содержит одинаковое количество алкоголя, независимо от типа алкогольного напитка или объёма емкости, в которой он содержится.

Несмотря на то, что стандартная доза используется для определения количества употребляемого алкоголя, отсутствует международное соглашение (единый стандарт), относительно того, какую дозу считать стандартной. Эта величина значительно варьирует в разных странах: от 6 гр. алкоголя в Австрии до 19 гр. в Японии (1,2 мл этанола эквивалентно 1 гр.). Так, например, стандартная доза в Англии – 8 гр. алкоголя, 10 гр. в Австралии, 12 гр. во Франции, 14 гр. в Канаде и США. В результате 500 мл пива крепостью 5 % об. представляет собой 1 стандартную дозу в Японии, 1,4 в США, 1,6 в Дании, Финляндии и Франции, 2,0 в Австралии, Ирландии и Польше и 3,2 в Австрии. Это сбивает с толку и вносит путаницу.

Таблица G1.3. Вопросы, которые необходимо выяснить при осмотре

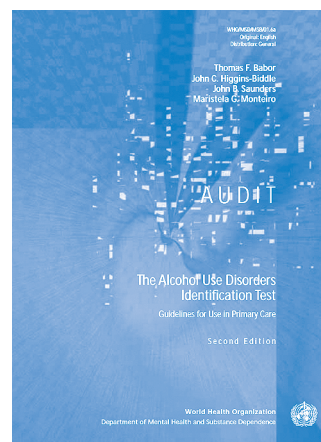
| | |
|-------------------------------------|--|
| Возраст первого употребления | Возраст, в котором впервые было выпито больше одного глотка алкоголя |
| Частота употребления | Ежедневно, раз в неделю, нерегулярно? |
| Количество и вид спиртного | Расспросите о последнем эпизоде употребления спиртного и попросите вспомнить количество каждого из выпитых напитков согласно торговой марке и названиям, используемым в подростковой среде («Я выпила одну «ирландскую автомобильную бомбу» [алкогольный коктейль, состоящий из ирландского стаута, сливочного ликёра и ирландского виски], пиво и две рюмки водки «Smirnoff»). Подростки часто лучше запоминают названия такого типа, а не вид спиртного (пиво, вино или спирты) |
| Модель | Модели употребления со временем меняются, поэтому более полезно будет спросить о (1) последней выпивке (например, за последнюю неделю, или о последнем эпизоде употребления), и о (2) наиболее тяжелом периоде употребления |
| Контекст | <ul style="list-style-type: none"> – Имеют ли место какие-либо особые провоцирующие моменты, такие, как подавленное настроение, скука, злость, тревога? – Ты выпиваешь в одиночестве, с друзьями или и то и другое верно? – Как твои друзья относятся к алкоголю? – Какую пользу ты получаешь от выпивки? – Алкоголь доступен дома? – Что думают твои родители об употреблении спиртного? – Как ты расплачиваешься за выпивку? – Ты употребляешь другие наркотики? |

| | | |
|---|--|--|
| Негативные последствия, связанные с употреблением алкоголя | Инттоксикация | <ul style="list-style-type: none"> – Приходилось ли Тебе когда-либо напиваться? Если да, то как часто это происходило? – Некоторые молодые люди изначально планируют напиться ... не так ли? – У Тебя были когда-либо провалы в памяти (когда Ты на следующий день не мог(ла) вспомнить, что происходило накануне вечером)? – Приходилось ли Тебе участвовать в драках под действием алкоголя? – Тебя когда-либо задерживали за управление транспортом в нетрезвом состоянии? |
| | Похмелье | <ul style="list-style-type: none"> – Приходилось ли Тебе когда-либо испытывать похмелье? – Когда Ты выпиваешь, то это часто заканчивается похмельем? |
| | Несчастные случаи | <ul style="list-style-type: none"> – Попадал(а) ли Ты в автоаварии после употребления алкоголя? |
| | Рискованное поведение | <ul style="list-style-type: none"> – Бывали ли у Тебя незащищенные сексуальные контакты или половые отношения под влиянием алкоголя? – Ты потом сожалел(а) об этом? – Ты когда-нибудь управлял(а) автомобилем в состоянии опьянения? |
| Нарушения | Приводит ли употребление алкоголя к нарушениям в других сферах психологического функционирования | |

Два вопроса для скрининга

Newton and colleagues (2011) рекомендуют использовать в отделениях неотложной помощи два вопроса для скрининга на возможное злоупотребление алкоголем. Молодые люди, которые отвечают «Да» хотя бы на один из этих вопросов, имеют восьмикратный риск РВУА и должны быть направлены на обследование:

- За последний год, бывало ли иногда так, что, находясь в нетрезвом состоянии, Вы могли создать аварийную ситуацию или получить травму?
- Часто бывало так, что вы выпивали значительно больше, чем планировали?



Тест **AUDIT** (аббревиатура от англ. Alcohol Use Disorders Identification Test – тест для выявления расстройств, вызванных употреблением алкоголя). Доступен по адресу: http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология РВУА связана с множеством факторов. Некоторые из наиболее изученных этиологических факторов представлены в Таблице G.1.2.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Ключевым фактором успешной диагностической оценки является установление хорошего контакта с подростком. Многие клиницисты пришли к выводу, что добиться наилучших результатов позволяет не осуждающий подход с использованием технических приемов мотивационного консультирования. Оптимально, оценка требует получения информации из многих источников и, обычно, проводится как часть более широкой оценки употребления психоактивных веществ – часто включающей несколько химических веществ. Полезными могут оказаться отчеты о школьной успеваемости, указывающие на нарушения дисциплины, частые прогулы и другие характерные особенности поведения. Вопросы, которые необходимо выяснить во время клинической оценки, представлены в Таблице G.1.3.

Конфиденциальность

Как и при большинстве психиатрических оценок молодых людей, вопросами конфиденциальности и ее ограничений лучше всего заняться в начале клинического

интервью. Убедитесь в том, что подросток понимает, что подразумевается под конфиденциальностью. Концепции подросткового возраста относительно независимости подростков и их способности принимать самостоятельные решения, а также роли семьи, отличаются в разных культурах. Как результат, отличаются также законы и ожидания, касающиеся конфиденциальности, поэтому сложно давать однозначные рекомендации, которые могли бы иметь универсальный характер. Тем не менее, профессионалам необходимо помнить о том, что конфиденциальность, особенно при работе с детьми старше 14 лет, является ключевой проблемой при оценке употребления алкоголя: если подростки не будут уверены в конфиденциальности своих признаний, то маловероятно, что они сообщат достоверную информацию. Родителей также необходимо убедить в том, что соблюдение конфиденциальности – это стандартная практика в подростковом лечебном учреждении (см. Главу A.1). Часто полезно объяснить родителям, что цель конфиденциальности не в том, чтобы отстранить их, а в том, чтобы способствовать личностному росту подростка (Bonomo, 2011).

НАДЕЖНОСТЬ САМООТЧЕТОВ

Большинство информации, описанной в научных исследованиях, получено от самих подростков (например, с помощью самостоятельно заполняемых вопросников), однако вызывает беспокойство достоверность таких сведений. В целом, информация, сообщаемая самими подростками, более достоверна, чем полученная из других источников. Родители нередко не знают, как часто и насколько интенсивно их дети употребляют алкоголь (или другие психоактивные вещества), и склонны занижать сведения об этих проблемах. Повысить надежность могут компьютеризированные опросники.

Скрининг

За исключением стран, в которых потребление алкоголя запрещено и этот запрет соблюдается, клиницисты должны исходить из предположения, что большинство подростков, имеющих проблемы с психическим здоровьем, употребляют

алкоголь до тех пор, пока не доказано обратное. Таким образом, они должны быть подвергнуты скринингу на употребление алкоголя.

Потребление подростками алкоголя (наркотиков) – это деликатная тема, к которой следует подходить так же, как и к оценке суицидального риска. Например, задавать вопросы от общих к более точным и там, где это уместно, использовать формулу *третьего лица* (*Ученики в твоей школе употребляют алкоголь? А твои друзья ... ? Ты когда-нибудь пробовал спиртное? Другой вариант: Твои родители употребляют спиртное во время еды? Ты также выпиваешь?*) Как только точно установлено, что подросток употребляет алкоголь, необходимо выяснить: возраст начала употребления, паттерны употребления спиртного и последствия, связанные с употреблением. Важное значение имеет тщательный расспрос о частоте, количестве и типе потребляемого алкоголя, а также обстоятельствах, связанных с выпивкой; это можно выяснить во время беседы или с помощью опросников и оценочных шкал. Такая беседа может быть также использована для просвещения, например, для объяснения без осуждения, что значит стандартная доза, какое влияние оказывают разные уровни содержания алкоголя в крови и других вопросов, связанных с этой проблемой. Использование стандартной дозы позволяет оценить потребление количественно (г/день).

Оценочное интервью

Клиническое интервью подростков с подозрением на наличие алкогольных проблем в общих чертах должно отвечать структуре психиатрической оценки (см. Главу А.5), а не фокусироваться исключительно на употреблении алкоголя; а стиль интервью должен соответствовать стадии развития и возрасту осматриваемого подростка. У подростков, злоупотребляющих алкоголем, часто отмечаются психические расстройства (СДВГ, расстройство поведения, депрессия и т.п.).

Необходимо собрать достаточно информации, чтобы ответить на следующие вопросы (Goldstein 2010):

- Какие факторы способствуют употреблению алкоголя?
- Что провоцирует употребление алкоголя, что послужило триггером для данного эпизода?
- Имеются ли поддерживающие факторы, препятствующие отказу подростка от употребления алкоголя?
- Злоупотребляют ли алкоголем другие члены семьи (родители, братья и сестры)? Как насчет сверстников?
- Имеются ли какие-либо защитные факторы, которые могут быть использованы в лечении?

Инструменты

Среди множества инструментов для скрининга одним из наиболее широко используемых является разработанный ВОЗ *Тест для выявления расстройств, вызванных употреблением алкоголя Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Тест AUDIT был разработан для скрининга на злоупотребление алкоголем, и помощи в

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ

Недавнего употребления алкоголя:

- Содержание алкоголя в крови (обычно измеряемое с помощью аппаратов для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе)

Хронического употребления алкоголя (например, 5 и более доз в день, большинство дней в неделю). Все эти маркеры обладают относительно низкой чувствительностью и специфичностью и должны интерпретироваться с осторожностью:

- Повышение уровня ГТТ
- Повышение уровня аспарат-аминотрансферазы (АСТ)
- Повышение уровня аланин-аминотрансферазы (АЛТ)
- Повышение среднего объема эритроцита MCV (mean corpuscular volume)

быстрой оценке и принятии решения о необходимости лечения. На основе результатов теста AUDIT было определено четыре уровня риска (Babor et al, 2001):

- *Употребление с низкой степенью риска или абстиненция* (меньше 8 баллов): вмешательство не требуется.
- *Употребление алкоголя сверх рекомендаций по низкой степени риска* (от 8 до 15 баллов): проведение короткой интервенции с использованием образования и рекомендаций
- *Вредное или опасное употребление* (от 16 до 19 баллов): сочетание образования, рекомендаций, короткого консультирования и непрерывного наблюдения с последующей диагностической оценкой или специфическим лечением, если не наступает улучшения
- *Высокий риск зависимости* (более 19 баллов): такие индивиды нуждаются в специализированной диагностической оценке и возможном лечении по поводу алкогольной зависимости.

ЧРЕЗМЕРНОЕ И ЭКСТРЕМАЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ

Традиционно под чрезмерным употреблением алкоголя принято было понимать употребление на протяжении длительного периода времени до потери способности выполнять привычные действия или до потери сознания. Однако понятие чрезмерного употребления остается дискуссионным. В исследовательской литературе это понятие переопределено как употребление в течение одного эпизода пяти стандартных доз для мужчин и четырех стандартных доз для женщин (на основании того, что это может значительно повышать риск причинения вреда). См. вкладку, посвященную стандартной дозе.

Во многих странах среди подростков прогрессирует экстремальное употребление алкоголя. Примером такого употребления является затяжное, потребление большой дозы за короткий период времени с целью достижения состояния опьянения. Несмотря на то, что в прошлом в подростковой среде пьянство не одобрялось, в современной молодежной культуре осуждения такого поведения все меньше и меньше.

Опубликовано много психометрических инструментов: основанных на опросниках или интервью, коротких или детальных. Часто с их помощью оценивается употребление не только алкоголя, но и других психоактивных веществ (Teesson et al, 2011). Надежность и достоверность этих инструментов применительно к подросткам недостаточно изучены.

Биомаркеры

Биомаркер представляет собой биологическую характеристику, которая может быть использована для измерения прогрессирования заболевания (в случае с РВУА) или эффективности лечения. Биомаркеры подразделяют на два основных типа: *ситуативные*, информирующие об активности употребления алкоголя, и *индивидуальные*, указывающие на генетическую предрасположенность к алкоголизму (Peterson 2004/2005).

Биомаркеры содействуют в диагностике (например, повышение гамма-глутамилтрансферазы [ГГТ] без очевидного объяснения может вызывать подозрения), помогают оценить степень причиненного вреда (например, поражения печени), а также контролировать абстиненцию, однако их всегда необходимо интерпретировать с осторожностью и рассматривать в клиническом контексте. На данный момент пока еще отсутствуют какие-либо клинически полезные индивидуальные биомаркеры.

Таблица G.1.4. Диагностика расстройства, вызванного употреблением алкоголя и алкогольного абстинентного синдрома

| Расстройство, вызванное употреблением алкоголя | Алкогольный абстинентный синдром |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Продолжение употребления алкоголя, несмотря на то, что это приводит: • к нарушению функционирования • к риску для самого себя и для других людей (например, управление транспортом в нетрезвом состоянии) • к социальным и межличностным проблемам • к проблемам с физическим здоровьем • Толерантность • Симптомы отмены • Неодолимое желание (тяга) • Желание или неудачные попытки ограничить употребление спиртного • Слишком много времени и усилий тратится на то, чтобы добыть, употребить спиртное или на выздоровление от последствий употребления алкоголя | <ul style="list-style-type: none"> • Гиперактивность вегетативной нервной системы (например, потливость, частота пульса выше 100 уд. в мин.) • Выраженный тремор рук • Бессонница • Тошнота или рвота • Преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации • Психомоторное возбуждение • Тревога • Большие судорожные припадки |
| <p>Диагноз ставится, если присутствуют два и больше симптомов. Если симптомов больше четырех, проблему следует считать тяжелой.</p> | <p>Диагноз ставится, если два (и больше) из перечисленных выше симптомов появляются в первые часы или несколько дней после прекращения или значительного сокращения тяжелого и длительного употребления алкоголя.</p> |

ДИАГНОЗ

Алкогольная интоксикация, РВУА (известная также, как алкогольная зависимость, или алкоголизм) и алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены) – диагнозы, относящиеся к злоупотреблению алкоголем в подростковом возрасте. В традиционных классификациях проводится различие между злоупотреблением алкоголем и зависимостью. Однако проведенные исследования не смогли представить убедительные доказательства достоверности и практической клинической пользы от такого разделения. В настоящее время (например, в DSM-5) наблюдается тенденция к тому, ставить один диагноз РВУА с несколькими степенями тяжести.

Алкогольная интоксикация

Алкогольная интоксикация – наиболее распространенная проблема, связанная с употреблением алкоголя, наблюдающаяся у подростков; в тяжелых случаях используется также термин *отравление алкоголем*. Диагноз алкогольной интоксикации может быть поставлен *после исключения других причин* (таких как травма головы или энцефалит), если индивид демонстрирует, как минимум, один из симптомов интоксикации (например, смазанная речь, нарушение координации движений, неустойчивая походка, нистагм, нарушение памяти и внимания, ступор, кома) после употребления алкоголя, которое, в результате, приводит к значительному нарушению его функционирования. По сравнению со взрослыми, подростки более часто употребляют алкоголь эпизодически и тяжело (в больших количествах), что значительно повышает опасность употребления. Особенно опасно быстрое употребление большой дозы, часто на спор или для того чтобы доказать другим свою храбрость.

Рисунок G.1.2.

В США в 2002 году только 16% из 1.4 млн подростков в возрасте от 12 до 17 лет, с диагностированными расстройствами, вызванными употреблением алкоголя получили какую-либо помощь в связи с этой проблемой.

Источник: Национальный институт по изучению проблем злоупотребления алкоголем и алкоголизма



Расстройство, вызванное употреблением алкоголя

17-летний юноша в Германии был доставлен в отделение неотложной помощи в связи с рвотой и головокружением после того, как пробежал две 100-метровых дистанции в школе. У него наблюдалось учащенное дыхание, незначительная тахикардия и общая слабость, однако сознание не терял. Позже он признался, что выпил 3 л энергетического напитка и 1 л водки (что эквивалентно 4600 мг таурина, 780 мг кофеина и 380 г алкоголя). Комбинирование энергетических напитков с алкоголем становится все более популярным среди молодежи. Такая комбинация, особенно в больших количествах, представляет собой серьезный риск. (Schöffel et al, 2011).

Систематическое чрезмерное употребление алкоголя со временем приводит к развитию расстройства, вызванного употреблением алкоголя (РВУА) – алкогольной зависимости (аддикции) или алкоголизму. РВУА – это клинический синдром, при котором употребление алкоголя продолжается независимо от обстоятельств, в которых находится индивид и, несмотря на то, что это приводит к пагубным последствиям. Жизнь индивида все больше и больше фокусируется вокруг приобретения алкоголя (*тяга, страстное желание*), его потребления, и выздоровления от его эффектов, и характеризуется тенденцией неизменности (Saunders, 2011). К традиционным симптомам зависимости относятся *толерантность* (потребность в употреблении все более высоких доз) и *синдром отмены* (физические симптомы при отказе от употребления). Диагностические критерии РВУА представлены в Таблице G.1.4.

Алкогольный абстинентный синдром

Диагностика алкогольного абстинентного синдрома коротко изложена в Таблице G.1.4. Симптомы абстиненции отражают повышенную активность вегетативной нервной системы и обычно возникают через 6–48 часов после прекращения употребления. Они редко длятся более 48 часов. Симптомы алкогольного абстинентного синдрома у подростков наблюдаются редко.

Несмотря на то, что подростки могут прекратить употребление алкоголя за какое-то время до поступления в отделение неотложной помощи, уровень концентрации алкоголя в крови может продолжать повышаться при первичном медицинском осмотре, проведении реанимационных мероприятий и на начальных этапах лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

Только очень небольшое количество лиц, страдающих РВУА, получают лечение – около 10% в США, при этом первый эпизод лечения, как правило, происходит спустя 8–10 лет от начала заболевания (см. Рисунок G.1.2). Большинство индивидов с РВУА начинают употреблять алкогольные напитки в подростковом возрасте. Таким образом, главными целями в этой возрастной группе должны быть профилактика и раннее вмешательство – т.е. отодвигание на более поздний возраст начала потребления, ограничение количества употребляемого алкоголя, сокращение чрезмерного употребления, минимизация риска и раннее выявление злоупотребления. Оставленное без лечения злоупотребление часто приводит к зависимости.

АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Алкогольная интоксикация обычное явление в подростковой среде, которое, как правило, легко распознается, и с которым справляются на бытовом уровне сверстники, учителя, родственники или полиция; только небольшое число случаев попадает в поле зрения врачей. Тем не менее, тяжелая интоксикация (отравление алкоголем) является острым расстройством, требующим немедленного внимания, особенно в тех случаях, когда имеет место употребление вместе с алкоголем других психоактивных веществ. У подростка, состояние которого поначалу выглядит, как легкое опьянение, можно легко пропустить момент, когда он перестает реагировать и рискует умереть. При тяжелой интоксикации может развиваться гипотермия, аритмия, нарушение сердечной деятельности и дыхания. Отсутствие рвотного и кашлевого рефлексов может привести к острой обструкции дыхательных путей рвотными массами (Vaca and Sayegh, 2011).

Ключевым аспектом оказания помощи является энергичное лечение нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Если пациент находится в состоянии интоксикации, но в сознании и без нарушения проходимости дыхательных путей, необходимо провести тщательный соматический осмотр для того, чтобы исключить травматические повреждения (например, травму головы), которое может имитировать симптомы интоксикации или сочетаться с ними. После завершения лечения острой интоксикации следует организовать наблюдение за подростком и, в случае необходимости, провести короткую интервенцию или лечение.

АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

После исключения каких-либо сопутствующих соматических заболеваний подростков, демонстрирующих симптомы алкогольного абстинентного синдрома, можно (и необходимо) лечить в амбулаторных условиях, по возможности привлекая к этому родителей. В большинстве случаев, при отсутствии тяжелой сим-

ПАЦИЕНТЫ ПО РЕШЕНИЮ СУДА

Индивиды, которые нарушили требования алкогольной политики или преступили закон и направлены соответствующим органом власти или по решению суда на лечение по поводу злоупотребления алкоголем.

птоматики, достаточно *поддерживающей терапии* (утешение и ободрение в спокойной обстановке без осуждения и с ограничением межличностных взаимодействий, обильное потребление жидкостей и хорошее питание, а также назначение тиамина и мультивитаминов).

В тяжелых случаях, особенно при высоком риске судорожных припадков (например, судорожные припадки в анамнезе, нарушение электролитного баланса, сопутствующее злоупотребление бензодиазепинами) препаратами выбора, на сегодняшний день, являются бензодиазепины (обычно диазепам), назначаемые в соответствии с протоколами лечения подобных состояний у взрослых. Такое лечение может проводиться как по *твердо установленному графику* (препарат принимается в определенных дозах и через определенные промежутки времени), так и, преимущественно, следуя *режиму, обусловленному симптомами* (бензодиазепины назначаются, если количество баллов по оценочной шкале алкогольного абстинентного синдрома превышает определенное пороговое значение). При выраженной ажитации или галлюцинациях может быть полезным дополнительное назначение галоперидола. После успешного лечения абстинентного синдрома необходимо предложить подростку пройти курс терапии по поводу алкоголизма.

РАССТРОЙСТВО, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Страдающие алкоголизмом подростки создают специфические проблемы для терапевтов: они чаще всего не обращаются за помощью по поводу злоупотребления алкоголем добровольно, а доставляются родителями, или вынуждаются школой либо судами. В некоторых странах подростки, которые нарушают требования алкогольной политики (например, управляют транспортным средством в нетрезвом состоянии, являются в состоянии опьянения в школу) направляются судом или школьной администрацией для прохождения лечения. Такие индивиды, часто именуемые *пациентами по решению суда*, подвергаются высокому риску вреда, связанного с употреблением алкоголя. Имеются данные о том, что у принужденных к терапии молодых людей отмечается такой же положительный результат от применения вмешательства, как и у тех, кто добровольно соглашается пройти лечение. До конца не ясно с чем связано улучшение, с воздействием вмешательства или с самим фактом задержания, хотя могут играть роль оба этих фактора одновременно.

Подростков очень сложно вовлечь в терапию. Обычно они не хотят прекращать употребление и не считают, что с ними что-то не так. Важными первыми шагами должно быть построение раппорта, достижение понимания подростком риска злоупотребления алкоголем и мотивации к изменениям. Среди большинства подходов, нацеленных на способствование раппорту и пониманию риска злоупотребления алкоголем, наиболее широко распространенной техникой является *мотивационное консультирование*, а не терапия. Данная техника стремится к усилению мотивации к изменениям путем предоставления советов и обратной связи, а также исследования и преодоления амбивалентности. К лучшим результатам приводит вовлечение в лечение членов семьи.

Одно из преимуществ лечения РВУА в том, что существует возможность объективного мониторинга употребления, т.е. абстиненции. В соответствии с некоторыми руководствами по лечению, «это должно быть стандартным элементом процедуры формальной и непрерывной оценки употребления психоактивных веществ как во время лечения, так и после его завершения» (Bukstein et al, 2005). Следует скорее полагаться не на сведения, получаемые от самого подростка, а на показания доступных анализаторов выдыхаемого воздуха, которыми можно пользоваться в домашних условиях, что значительно облегчает контроль. Однако эффективность таких анализаторов ограничивается несколькими часами после употребления алкоголя, кроме того подросток должен дать согласие на такой контроль.

Цели терапии варьируют в зависимости от страны, вида терапии, терапевта и пациента. В некоторых странах (например, США) лечение, главным образом, направлено на достижение абстиненции; в других (например, в европейских) предпочтение отдается методам *минимизации вреда* или *снижения вреда*. Абстиненция – единственное эффективное предпочтение для многих пациентов; тем не менее, некоторые из тех, кто не приемлет абстиненции, могут добиться разумного употребления. В сообществе АА главная цель – абстиненция, другие методы терапии могут быть направлены на достижение, как абстиненции, так и ответственного употребления. Приспособление лечения к специфическим потребностям, особенностям характера и убеждениям отдельного подростка повышает вероятность успеха.

Психологические методы лечения

Обзор психологических методов лечения РВУА и их эффективности представлен в Таблице 6.1.5. *Короткие интервенции* популярны благодаря тому, что они непродолжительны (от нескольких минут до нескольких сеансов) и хорошо подходят для подростков – у которых редко встречаются тяжелые или

СТАДИИ ИЗМЕНЕНИЯ

Модель стадий изменения позволяет клиницистам лучше понимать процесс, во время которого люди проходят через разные стадии готовности к изменению. Это следующие стадии:

- *Предозерцание*: нет осознания того, что имеется проблема, которую необходимо изменить
- *Озерцание*: имеется понимание того, что проблема существует, но отсутствует желание что-либо менять
- *Подготовка / решимость* готовность меняться – т.е. согласие на лечение
- *Действие*: изменение поведения – т.е. прохождение лечения
- *Поддержка*: сохранение изменений в поведении – т.е. продолжение лечения абстиненции
- *Рецидив*: возвращение к прежнему поведению и отказ от достигнутых изменений.

ОТВЕТСТВЕННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Употребление алкоголя с малой вероятностью значительного риска или причинения вреда, как самому индивиду, так и другим людям.

Таблица G.1.5 Обзор психологических методов лечения и их эффективности

| Метод лечения | Описание | Данные об эффективности |
|--|---|---|
| Терапия усиления мотивации | Основана на предположении что пациент обладает ответственностью и способностью меняться. Терапевт предоставляет пациенту персонализированную обратную связь о последствиях употребления им алкоголя. Работая вместе, терапевт и пациент анализируют преимущества абстиненции, рассматривают варианты лечения, и разрабатывают план по достижению терапевтических целей. | Техника мотивационного консультирования – ключевой элемент терапии усиления мотивации – продемонстрировала у взрослых способность более эффективно преодолевать нежелание пациентов начинать лечение, по сравнению с другими традиционными подходами. |
| Короткие интервенции | Не более четырех сеансов, как правило, следуют принципам КПТ, включают в себя обучение, мотивационное консультирование, и персонализированную обратную связь. Часто проводится в нужное время и в нужном месте (например, после совершения дорожно-транспортного происшествия в нетрезвом состоянии). | Объединяет целый ряд вмешательств. Надежные доказательства эффективности у взрослых, однако, ограниченные данные относительно подростков. Имеются проблемы, связанные с сохранением достигаемых результатов через какое-то время. |
| Вмешательства, основанные на использовании интернета и мобильной связи | Эта область вызывает большой научный интерес и активно исследуется. Главным образом используются для проведения коротких интервенций или как дополнение к другим методам лечения (например, основанным на личных встречах). К наиболее эффективным относится образование и персонализированная обратная связь. | Начинают появляться доказательства, что такие вмешательства могут быть эффективны в качестве составного элемента комбинированного подхода и в том случае, если предоставляют персонализированную обратную связь. Программы – напоминания для мобильных телефонов, по всей видимости, эффективно помогают индивиду бросить курить. |
| Семейная терапия | Предполагает, что поведение подростка формируется (вызывается или подкрепляется) под воздействием семейных взаимоотношений. Используются разнообразные модели терапии. | Наиболее широко практикуемая и изучаемая категория методов лечения в этой возрастной группе, однако данные об эффективности все еще ограничены. |

| Метод лечения | Описание | Данные об эффективности |
|---|--|---|
| Мультисистемная терапия | Проводится в социальном окружении подростка (семья, школа, район проживания ...) и предоставляет интенсивную поддержку и необходимое лечение (семейное, индивидуальное, фармакологическое) семь дней в неделю и 24 часа в сутки. Дорогостоящая и ресурсоемкая. | Имеются данные об эффективности при сложных случаях с выраженной коморбидностью (например, преступность, проблемы с поведением). |
| Управление непредвиденными обстоятельствами | Следует принципам оперантного обусловливания, подкрепляя начало лечения и поддержание абстиненции. Ключевой аспект – доступность объективных показателей абстиненции, таких как негативный тест на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе. | Привлекательный подход, повышающий возможности родителей. Доступны обнадеживающие данные нескольких исследований, однако твердых доказательств по-прежнему нет. |
| Когнитивно-поведенческая терапия | Отдельно или в сочетании с семейной терапией | КПТ более эффективна в сочетании с семейной терапией, а не используемая отдельно |
| Анонимные алкоголики (АА) | «Сообщество мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждами, что они могут справиться с их общей проблемой и помогают другим выздороветь от алкоголизма». Единственным условием для членства в сообществе является желание бросить пить (т.е. целью является абстиненция). АА следует программе 12-шагов. Имеется небольшое количество подростковых групп. Посещение групп АА часто поощряется при мультимодальном лечении. | Некоторые данные об эффективности у взрослых, однако проведено очень мало исследований среди подростков. |
| Мультимодальные методы лечения | На практике лечение очень часто по своей сути является мультимодальным, когда, например, терапия управления непредвиденными обстоятельствами сочетается с посещением группы АА | Мультимодальные методы лечения обычно более эффективны, чем унимодальные. |

Таблица G.1.6. Фармакологические средства, используемые в лечении РВУА

| Лекарственное средство (доза*) | Комментарии |
|---|--|
| Дисульфирам (начальная доза – 125 мг/день, постепенно повышается до максимальной – 500 мг/день) | Сенсибилизирующий к алкоголю лекарственный препарат, широко доступный на протяжении длительного времени и может сдерживать от употребления. Если пациент употребит алкоголь, препарат вызовет у него неприятную реакцию. |
| Налтрексон (начальная доза 25 мг/день на протяжении двух дней, затем повышается до 50 мг/день) | Не более четырех сеансов, как правило, следуют принципам КПТ, включают в себя обучение, мотивационное консультирование, и персонализированную обратную связь. Часто проводится в нужное время и в нужном месте (например, после совершения дорожно-транспортного происшествия в нетрезвом состоянии). |
| Акампросат (666 мг/3 раза в день) | Эта область вызывает большой научный интерес и активно исследуется. Главным образом используются для проведения коротких интервенций или как дополнение к другим методам лечения (например, основанным на личных встречах). К наиболее эффективным относится образование и персонализированная обратная связь. |
| Другие | Предполагает, что поведение подростка формируется (вызывается или подкрепляется) под воздействием семейных взаимоотношений. Используются разнообразные модели терапии. |

закрепившиеся формы злоупотребления алкоголем. Короткие интервенции показаны в условиях первичной медицинской помощи или в отделениях неотложной помощи индивидам, у которых главная причина обращения за помощью не алкогольные проблемы, хотя она может быть связана с употреблением алкоголя, как например, травма в результате дорожно-транспортного происшествия (*внеплановая интервенция*).

В последнее время особый интерес, в том числе и у исследователей, вызывают компьютерные технологии, как средство оказания помощи при РВУА. Методы лечения, основанные на использовании интернета и мобильных телефонов, обладают свойствами, высоко ценимыми подростками (удобство, конфиденциальность, минимизация стигматизации, использование среды, в которой подростки чувствуют себя комфортно) и государством (дешевле чем индивидуальные или групповые методы лечения, может охватывать много людей); вопрос только в том, действительно ли они эффективны. Несмотря на то, что пока мы располагаем скудными данными, похоже на то, что программы, которые среди прочих

Управление непредвиденными обстоятельствами

В соответствии с Stanger et al (2009), такого типа программа будет включать в себя: (1) оценку проблемы; (2) формальное согласие подростка и его родителей пройти программу под наблюдением клинициста; (3) подробный график постепенно нарастающего денежного (только в форме ваучеров) или другого вознаграждения последовательных отрицательных результатов теста, проведенного с использованием аппаратного анализатора содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе (ожидается, что родители приобретут или одолжат на время такой персональный анализатор) на протяжении всего лечения (например, 3 месяца). В связи с тем, что недостаточная поддержка со стороны родителей и участие в терапии может стать серьезным барьером, родителей также можно вознаграждать за участие.

Поскольку подростки употребляют спиртное, в основном, в неконтролируемое время вне школы, анализатор содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе используется два раза в неделю, по усмотрению родителей, когда подросток возвращается домой после ситуаций, в которых могло иметь место употребление алкогольных напитков. Первый негативный результат контроля с помощью анализатора может быть вознагражден, к примеру, ваучером на 2\$, с надбавкой в 2\$, за каждый последующий отрицательный тест выдыхаемого воздуха. Можно дополнительно ввести 10\$ бонус за каждые три последовательные отрицательные тесты. Если результаты теста положительны, ценность ваучеров возвращается к начальному значению, от которого она может снова повышаться после заранее оговоренного количества последовательных отрицательных результатов (например, трех).

Пример: 1-й негативный тест - 2\$, 2-й негативный тест - 4\$, 3-й негативный тест - 6\$ + 10\$ (бонус за три отрицательных теста подряд); 4-й тест положительный: 0\$, график вознаграждения возвращается на исходный уровень; 5-й негативный тест - 0\$, 6-й негативный тест - 0\$, 7-й негативный тест - 0\$, 8-й негативный тест - 2\$, 9-й негативный тест - 4\$ и т.д. За заработанные ваучеры можно приобрести товары, которые выбрал сам подросток (походы в кино, снаряжение для хобби, предметы одежды), но нельзя обменять их на наличные деньги.

особенностей, предоставляют персонализированную обратную связь, достаточно эффективны в сокращении чрезмерного употребления алкоголя и связанных с ним проблем. Таким образом, персонализированная обратная связь является ключевым элементом эффективных программ.

В соответствии с данными, опубликованными Deas and Clark (2011), эффективным вмешательством может быть *терапия управления непредвиденными обстоятельствами*, основанная на принципах оперантного обусловливания. При управлении непредвиденными обстоятельствами используются средства поощрения за начало лечения и соблюдение абстиненции в виде ваучеров для денежного или другого вознаграждения (соответствующего социально-экономическим условиям в стране и семье, но достаточно привлекательного, чтобы вызывать выраженную мотивацию у большинства подростков); в идеале, требуется активное участие семьи. Ключевым компонентом является



Эффективен ли налтрексон при алкоголизме? Просмотреть выступление David Sack MD, посвященное этой теме, можно на:

<https://www.youtube.com/watch?v=vQ8SVJm05w>

легкий в использовании, надежный и объективный показатель абстиненции, такой как негативный результат контроля трезвости с использованием анализатора алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Первоначально сообщество АА приобрело популярность среди индивидов среднего возраста и старше, страдающих тяжелыми формами зависимости. В последние годы АА стало привлекать внимание все большего количества молодых людей и начало публиковать литературу, предназначенную для этой возрастной категории. Молодые пациенты отличаются от взрослых тем, что очень часто они слабо мотивированы на лечение, значительно реже стремятся к абстиненции, у них преобладают менее тяжелые формы злоупотребления алкоголем, поэтому их сложнее увлечь программой 12-шагов. Тем не менее, подростки все-таки посещают собрания АА, и у таких молодых людей положительные результаты, по всей видимости, связаны с таким посещением (Kelly & Yeterian, 2011).

Фармакологические методы лечения

Психологические вмешательства являются основным направлением в лечении РВУА у подростков. Наличие длительно сохраняющейся тяги к спиртному, даже после продолжительной абстиненции, часто провоцирует срыв. Принято считать, что тяга (или страстное желание употребить) поддерживается нейрональными изменениями у зависимых индивидов. Такие изменения могут поддаваться фармакологическим вмешательствам и находятся в фокусе интенсивных исследований. На сегодняшний день мы располагаем очень ограниченными данными относительно подростков, в связи с чем на них экстраполируются данные, полученные при наблюдении за взрослой популяцией, с учетом всех, связанных с этим, ограничений. Например, очень мало информации об оптимальных дозах для подростков.

Первое условие фармакологического лечения заключается в том, что медикаменты эффективны только в том случае, если их назначение является частью комбинированного комплексного лечения и осуществляется после того, как пациент прекратит употреблять алкоголь. Второе условие – при назначении медикаментов

подросткам необходимо принимать в расчет много факторов, тщательно взвешивая все за и против между риском и выгодой действия медикаментов на развивающийся мозг, и вредом от дальнейшего употребления алкоголя. И наконец, медикаменты показаны только зависимым индивидам, как правило, тем, которые обнаруживают тягу, повышение толерантности и проявления абстинентного синдрома.

Краткий обзор фармакологических средств, используемых в лечении РВУА, представлен в Таблице G.1.6. Дисульфирам популярен на протяжении длительного времени и может быть вполне эффективным при правильно подобранной дозе и под наблюдением специалиста, а также в том случае, если пациент мотивирован. Это один из методов аверсивной терапии, направленной на то, чтобы вызвать у человека неприятную



Разнообразные ресурсы, в том числе и для смежных специалистов от NIAAA, а также руководство для врачей Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide (Помощь пациентам, которые пьют слишком много) смотрите на:

https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm

реакцию при одновременном приеме этого препарата и употреблении алкоголя. Дисульфирам блокирует фермент ацетальдегиддегидрогеназу, что в результате приводит к высокой концентрации ацетальдегида в крови. Человек испытывает покраснение кожных покровов лица, головную боль, повышение артериального давления, сильное сердцебиение, головокружение, тошноту и рвоту. Все другие лекарственные препараты, перечисленные в таблице, направлены на избавления от страстного желания (тяги) употребить алкоголь. Медикаменты эффективны только при условии, что они принимаются регулярно, поэтому важное значение имеет соблюдение пациентом рекомендаций врача и взаимное сотрудничество. Дополнительные сведения см. у Johnson (2011).

ПРОФИЛАКТИКА

Масштабы вреда, причиняемого обществу употреблением алкоголя и процентное соотношение людей, употребляющих дозы спиртного, связанные с риском для здоровья, тесно связаны с показателями потребления как общего, так и на душу населения. Однако в большинстве случаев вредные последствия, вызванные употреблением алкоголя, имеют место не среди самых горьких пьяниц, а среди тех, у кого потребление находится на более низком уровне. И хотя доказательства в пользу *универсальных* профилактических мер, снижающих общий уровень употребления алкоголя достаточно убедительны, остается дискуссионным вопрос: стоит ли сконцентрироваться на универсальных вмешательствах или лучше направить усилия на группу с высоким риском причинения вреда (*целенаправленная профилактика*)? Оба этих подхода можно и необходимо сочетать. Законодательные меры иллюстрируют первый подход, тогда как профилактические программы в школах являются примером второго.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ

Большинство стран в мире пытаются предупредить или уменьшить вредные последствия, вызываемые употреблением алкоголя с помощью учреждения специальной алкогольной политики, которая может варьировать в диапазоне от полного запрещения употребления алкоголя до введения тех или иных ограничений. К законодательным стратегиям относятся законы, которые регулируют: возраст, с которого допускается употребление алкоголя; управление транспортным средством под воздействием алкоголя (вождение в нетрезвом состоя-



Автомобильная авария по ул. Ятвайт в Копенгагене, Дания

ВОЖДЕНИЕ В НЕТРЕЗВОМ СОСТОЯНИИ

Имеется большое число данных, свидетельствующих о том, что количество дорожно-транспортных происшествий и человеческих жертв в них можно уменьшить, если:

- Снизить разрешенную минимальную концентрацию алкоголя в крови при управлении транспортом
- Систематически в случайном порядке проводить тестирование на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (когда полицейские регулярно останавливают водителей и проводят контроль содержания алкоголя в крови с помощью алкотестера)
- Водителей, неоднократно задерживаемых за управление в нетрезвом состоянии, направлять на лечение по решению суда и устанавливать на их автомобили блокировку включения зажигания (специальное механическое устройство, которое не позволяет управлять автомобилем водителю, у которого концентрация алкоголя в выдыхаемом воздухе выше допустимой нормы).

(Источник: Anderson et al, 2009)

нии); цены на алкогольные напитки; доступность алкоголя (специализированные магазины, их концентрация, дни и часы продажи); а также маркетинг и рекламу.

Законы о минимальном возрасте употребления алкоголя

Законы о минимальном допустимом возрасте употребления спиртного обуславливают, кто может покупать и употреблять алкогольные напитки. Под возрастом, с наступлением которого разрешается потребление спиртных напитков, принято принимать минимальный возраст, по достижению которого алкоголь можно употреблять в лицензированных помещениях (бары, рестораны), который может отличаться или совпадать с минимальным возрастом, при котором разрешается покупать спиртное. Эти законы, как правило, не касаются употребления в домашних условиях. В большинстве стран минимальный возраст употребления спиртного составляет 18 лет (в США 21). В нескольких странах минимальный возраст не регулируется законом (например, Албания, Армения, Азербайджан, Вьетнам, Фиджи, Гана, Ямайка, Киргизстан, Марокко, Того, Тонга).

Законы, касающиеся управления транспортным средством в нетрезвом состоянии

В 1936 г. в Норвегии впервые в мире был принят закон, в соответствии с которым управление автомобилем с содержанием алкоголя в крови, превышающим определенную норму, считалось правонарушением. В настоящее время почти во всех странах запрещено управление транспортным средством, если концентрация алкоголя в крови превышает минимально допустимую норму, которая изменяется в зависимости от страны (например, 0,08/100 мл в США, Канаде и СК; 0,05/100 мл в Австралии, Франции и Германии; 0,04/100 мл в Литве; 0,03/100 мл в России; 0,02/100 мл в Китае, Норвегии и Швеции; 0,0/100 мл в Бразилии, Иране и Саудовской Аравии).

Все меры, которые уменьшают потребление алкоголя, в той или иной степени способствуют сокращению количества дорожно-транспортных происшествий, особенно среди подростков. Такой риск попасть в автокатастрофу выше у подростков при любой концентрации алкоголя в крови. В США среди водителей, попавших в 2008 г. в ДТП со смертельным исходом с концентрацией алкоголя в крови 0,08% и выше, более трети были лица в возрасте от 21 до 24 лет.

Программы «дежурный водитель», предоставляющие безопасную транспортировку водителей, употребивших спиртное, направлены на сокращение количества ДТП, связанных с управлением автомобилем в нетрезвом состоянии. Все еще до конца не ясно, приводят ли такие программы к сокращению случаев вождения в нетрезвом состоянии или РВУА.

Ценовая политика

Назначение цен на уровне минимально допустимых означает, что алкогольные напитки не могут продаваться дешевле, чем установленная цена за единицу алкоголя. Молодые люди, а также те, кто употребляет дозы, причиняющие вред, склонны выбирать более дешевые алкогольные напитки при повышении цен. Введение

минимальной цены за единицу алкоголя способствовало бы ограничению возможностей этим группам покупать более дешевое спиртное.

Повышение стоимости алкоголя приводит к снижению уровня потребления и вреда, связанного с употреблением алкоголя, и наоборот. Молодые люди очень чувствительны к росту цен. Повышение цен:

- Способствует тому, что молодые люди начинают употреблять спиртное в более позднем возрасте
- Сокращает количество запоев
- Уменьшает количество алкоголя, употребляемого при каждом эпизоде
- Замедляет процесс перехода к употреблению больших количеств

Доступность алкоголя

Имеются достоверные доказательства, что законодательное контролирование количества точек продажи алкогольных напитков, их концентрации, а также дней и часов продажи влияет на проблемы, связанные с употреблением алкоголя.

Маркетинг и реклама

Маркетинг и реклама алкогольных напитков становятся все более и более изощренными, и ежегодно на них затрачиваются миллиарды долларов. Часто маркетинг и реклама нацелены на молодёжь посредством ассоциации алкогольных брендов с достижениями в спорте, с культурными мероприятиями, а также через спонсорство и размещение скрытой рекламы в кинофильмах, сериалах, книгах. Ограничения, накладываемые на маркетинг и рекламу, снижают этот эффект, и результаты научных исследований указывают на то, что молодых людей необходимо защищать как можно больше. Таким образом, ограничения накладываются, например, на спонсорство в спорте, а также запрещается реклама на телевидении в то время, когда дети и подростки чаще всего смотрят телевизор или во время детских телепередач.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ

Подверженность воздействию алкоголя в раннем подростковом возрасте ассоциируется с более низкими достижениями во взрослой жизни. Однако многие из тех подростков, которые начинают употреблять алкоголь в раннем возрасте, имеют также в анамнезе и другие проблемы (например, проблемы

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ

Широко бытует мнение, особенно в странах с «не просыхающей» (регулярной) моделью употребления алкоголя, что если позволять подросткам употреблять спиртное под наблюдением взрослых во время семейных встреч, то это научит их ответственному употреблению. Исследования показывают, что на самом деле это не так: употребление спиртного под наблюдением взрослых приводит к более высоким уровням употребления алкоголя с вредными последствиями среди подростков (McMorris et al, 2011). Чем позже подростки начнут употреблять спиртное, тем лучше. Однозначно, они не должны начинать выпивать до 15 лет.

ESPAD (Hibell et al, 2009) сообщает, что среди шестнадцатилетних школьников Европы злоупотребление алкоголем наиболее распространено (60%) в Дании и на острове Мэн. Мальта, Португалия, Эстония, Латвия и СК также демонстрируют высокие показатели (около 55%). В среднем, злоупотребление алкоголем больше распространено среди мальчиков, чем среди девочек (47% против 39%), однако в Исландии и Норвегии о злоупотреблении алкоголем сообщают чаще девочки, чем мальчики. ESPAD показывает также, что за период с 1995 по 2007 год отмечен отчетливый рост распространенности (9%) злоупотребления алкоголем, в основном за счет увеличения показателей среди девочек.

В США злоупотребление алкоголем среди выпускников школы достигло пика в 1979 г (практически одновременно с ростом употребления других психоактивных веществ), затем на протяжении нескольких лет этот уровень не менялся до того, как пойти на спад (от 41% в 1983 г до 28% в 1992 г). В 2010 г 28% сообщали, что напивались за последние 30 дней. Также повысилось отрицательное отношение к злоупотреблению алкоголем (Johnston et al. 2011).

с поведением), в связи с чем возникает вопрос: к плохим достижениям приводит раннее начало употребления само по себе, или это случается у подростков, которые уже находились в группе риска из-за проблем, которые существовали до этого? Данные научных исследований свидетельствуют о том, что раннее начало употребления алкоголя само по себе приводит к более низким достижениям во взрослой жизни (Boden & Fergusson, 2011; Odgers et al, 2008). Таким образом, вмешательства, которые отсрочивают возраст начала употребления, снижают уровень потребления алкоголя и распространенность рискованных моделей употребления (пьянство), будут способствовать снижению вреда от употребления алкоголя.

Употребление алкоголя в школьном возрасте – широко распространенное явление в большинстве западных стран. Поэтому не вызывает удивления тот факт, что правительства и общество направляют свои усилия на то, чтобы предупредить или снизить потребление алкоголя школьниками. Кроме того, в школах создаются оптимальные условия для того, чтобы внедрять в них программы по алкогольной профилактике, потому что: (а) большинство людей начинают употреблять спиртное в свои школьные годы; (б) школы дают прекрасную возможность донести информацию почти до всех молодых людей; и (в) школы могут осуществлять широкий диапазон образовательных и дисциплинарных мер (Rey & Saltz, 2011).

Программы профилактики могут быть *специфическими* (т.е. фокусироваться только на алкоголе) или *универсальными* (направленными на широкий диапазон проблем с поведением и психоактивных веществ, таких как табак, алкоголь, каннабис и т.п.). По данным недавно проведенного обзора (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011), универсальные программы, основанные на психологических подходах, учитывающих особенности развития с большей вероятностью способствуют продолжительному положительному эффекту, чем другие вмешательства. Таким образом, предпочтение следует отдавать универсальным, а не специфическим программам. На текущий момент, наилучшую доказательную базу эффективности имеют программы *Unplugged* (дословно переводится, как «выдернутый из сети») (Caria et al, 2011), *Good Behaviour Game* (игра в хорошее поведение). Реализация обеих этих программ требуют специальной подготовки.

Чтобы добиться успеха, школам нужно внедрять современные подходы к профилактике, которые включают в себя универсальные, селективные программы и мероприятия по показаниям (см. Главу А.8). Кроме того, что программы профилактики должны быть приспособлены к обстоятельствам специфической возрастной группы, необходимо, чтобы они:

- Расширять знания о вреде, который может нанести алкоголь в физической, психической и социальной сферах (включая и юридические последствия)
- Предоставлять возможность исследовать позиции и установки в отношении употребления алкоголя и его восприятие
- Повышать осознание того, как на употребление алкоголя могут влиять средства массовой информации, маркетинг, ролевые модели, а также взгляды и убеждения родителей, сверстников и общества в целом
- Предоставлять персонализированную обратную связь.

Наиболее эффективным, по всей вероятности, будет *общешкольный* подход к алкоголю (т.е. вовлекающий сотрудников школы, родителей и учеников). Кроме того, школы должны предложить родителям информацию о том, где они могут получить помощь для развития своих навыков воспитания детей.

Школы должны также располагать механизмами выявления школьников, которые выпивают или чрезмерно употребляют спиртное с тем, чтобы предложить им короткие, индивидуальные и научно доказанные интервенции, проводимые специально подготовленным персоналом или направить на осмотр во внешнюю службу. Нарушения школьной алкогольной политики может приводить к посещению обязательной образовательной или терапевтической программы. Политика медицинской амнистии (Добрый самаритянин) может снижать риск вредных последствий в случае отравления алкоголем.

Закон доброго самаритянина (в США свод законов, регулирующий право на оказание первой помощи и правовое положение лица, такую помощь оказавшего) направлен на то, чтобы защитить от возможных исков людей, которые оказывают первую помощь пострадавшим или больным, если такая помощь оказывалась добросовестно, и таким образом способствовать тому, чтобы свести к минимуму нерешительность у постороннего человека при оказании помощи. В этом контексте, они являются политикой, защищающей школьников от дисциплинарных мер за употребление алкоголя или наркотиков, если они обращаются за помощью (известной также, как политика медицинской амнистии).