

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ розлади внаслідок вживання алкоголю

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку вживання алкоголю спричиняє близько 3 млн смертей у світі та завдає значної шкоди не лише самій людині, а й її родині й соціальному оточенню. Алкоголь асоційований із широким спектром соматичних і психічних захворювань, що зумовлює значну коморбідність. У 2025 р. провідними вітчизняними фахівцями у різних галузях медицини, які сформували мультидисциплінарну робочу групу, було розроблено клінічну настанову «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю», адаптовану для системи охорони здоров'я України на основі австралійських рекомендацій 2021 р., підготовлених експертами Центру клінічної медицини залежності (SAM) при Університеті Сіднея. Документ покликаний допомогти лікарям в ухваленні клінічних рішень на підставі доказових даних та поліпшити ведення пацієнтів. Пропонуємо до вашої уваги короткий огляд ключових положень цієї настанови.

Принципи надання допомоги

Побудова довірливих відносин і надання інформації

Працюючи з людьми, які зловживають алкоголем, важливо будувати довірливі відносини, створювати атмосферу підтримки, емпатії та неупередженості. Крім того, слід враховувати, що зловживання алкоголем часто пов'язане зі стигмою і дискримінацією, тому отримувачі послуг можуть применшувати проблему. Варто переконатися, що спілкування відбувається в умовах конфіденційності й поваги до гідності.

Зокрема, працюючи з людьми, які зловживають алкоголем, доцільно надавати інформацію про природу зловживання алкоголем і його лікування відповідно до їхнього рівня розуміння, щоб допомогти зробити вибір із низки доказових методів терапії. При цьому не варто використовувати клінічну термінологію без пояснень та простежити, щоб вичерпна інформація була доступна відповідною мовою у письмовій формі або в іншому форматі для тих, хто не може користуватися письмовим текстом. За потреби необхідно забезпечити послуги незалежних перекладачів (з якими отримувач послуг не знайомий).

Робота із членами родини й опікунами та надання підтримки

Слід заохочувати членів родини й опікунів долучатися до лікування та догляду за людьми, які зловживають алкоголем, щоб допомагати їм зберегти позитивні зміни. Якщо члени сім'ї та опікуни залучені до підтримки особи, яка зловживає алкоголем, доцільно обговорювати вплив зловживання алкоголем на них самих й інших членів родини, а також:

- надавати інформацію в усній та письмовій формі про зловживання алкоголем і його подолання, зокрема про те, як члени сім'ї та опікуни можуть підтримати отримувача послуг;
- за потреби запропонувати оцінювання опікуна;

- обговорити з отримувачем послуг, членами його сім'ї або опікуном залучення родини чи опікуна до догляду й обміну інформацією; забезпечити дотримання права на конфіденційність отримувача послуг, членів його сім'ї та опікуна.

Визначивши потреби членів сім'ї та опікунів осіб, які зловживають алкоголем, необхідно надати вказівки із самопомогі. Зазвичай для цього достатньо однієї сесії з наданням письмових матеріалів. Також варто надати інформацію про групи підтримки (наприклад, групи самопомогі, орієнтовані на задоволення потреб членів родин і опікунів) та допомогти зв'язатися з ними.

Якщо члени сім'ї та опікуни осіб, які зловживають алкоголем, не отримали або навряд чи отримають користь від вказівок щодо самопомогі та/або груп підтримки й надалі мають значні проблеми, потрібно розглянути можливість проведення сімейних зустрічей. Такі зустрічі мають: надати інформацію про зловживання алкоголем; допомогти визначити джерела стресу, пов'язані зі зловживанням алкоголем; окреслити ефективні способи подолання стресу й заохотити до їх використання; складатися щонайменше із п'яти щотижневих зустрічей.

Медичні працівники, які контактують із батьками, що зловживають алкоголем, а також ті, хто піклується про їхніх дітей або регулярно контактує з ними, мають враховувати вплив вживання алкоголю батьками на стосунки між ними й дитиною, а також на вживання нею алкоголю, її розвиток, освіту, психічне та фізичне здоров'я, безпеку й соціальні зв'язки.

Ідентифікація та оцінювання

Загальні принципи

Необхідно переконатися, що будь-яке оцінювання передбачає визначення ризиків і допомагає отримати дані для розробки загального плану догляду. Таке оцінювання охоплює ризики для особи, що зловживає алкоголем

(включно із незапланованою абстиненцією, схильністю до самогубства й недбалістю), і ризики для інших людей. Медичні працівники і ті, хто піклується про осіб, які можуть потенційно зловживати алкоголем, мають вміти виявляти шкідливе вживання алкоголю та алкогольну залежність, а також проводити первинне оцінювання потреби у втручанні. За відсутності такого вміння вони повинні скеровувати людей, які зловживають алкоголем, до служби, яка може виконати таке оцінювання.

Під час проведення первинного обстеження, а також оцінювання зловживання алкоголем, тяжкості залежності та ризику слід враховувати ступінь пов'язаних зі зловживанням проблем зі здоров'ям і соціальних проблем та потребу в лікуванні синдрому відміни алкоголю.

Доцільно використовувати інструменти формального оцінювання для визначення характеру й тяжкості зловживання алкоголем, як-от:

1. Тест на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT) для ідентифікації проблеми й точної оцінки результатів.
2. Опитувальник для визначення ступеня тяжкості алкогольної залежності (SADQ) або лідський опитувальник (LDQ) для оцінювання тяжкості залежності.
3. Шкала оцінювання тяжкості стану відміни алкоголю Клінічного інституту, переглянута (CIWA-Ag).
4. Алабамський опитувальник про методи родинного виховання (APQ) для визначення характеру та ступеня проблем, що виникають внаслідок зловживання алкоголем.

При визначенні ступеня тяжкості алкогольної залежності та потреби в лікуванні синдрому відміни алкоголю необхідно скоригувати критерії для жінок, людей старшого віку, дітей і молоді, а також осіб із захворюваннями печінки, які можуть мати проблеми з метаболізмом алкоголю. Медичні працівники, відповідальні за оцінку синдрому відміни алкоголю та його лікування, мають вміти діагностувати й оцінювати алкогольну залежність і симптоми синдрому відміни, а також застосовувати медикаментозні засоби відповідно до умов терапії (наприклад, у стаціонарі або на рівні громади).

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

Цілі лікування. Під час первинного оцінювання осіб, які зловживають алкоголем, у спеціалізованих лікувальних закладах необхідно узгодити з ними мету терапії. Для більшості осіб з алкогольною залежністю, а також тих, хто зловживає алкоголем і має серйозні супутні психічні або соматичні захворювання (наприклад, депресію або пов'язане з алкоголем захворювання печінки), прийнятною метою є утримання від вживання алкоголю. Якщо людина віддає перевагу помірному вживанню, але при цьому є значні ризики, слід наполегливо рекомендувати утримуватися від вживання алкоголю, але не відмовляти в лікуванні, якщо вона не погоджується з такою метою.

Для осіб, які зловживають алкоголем або мають легку залежність без серйозної супутньої патології, метою лікування може бути помірний рівень вживання алкоголю (за наявності адекватної підтримки оточення), крім випадків, коли людина вирішує утримуватися від вживання або є інші причини для рекомендації утримання. Якщо людина має тяжку алкогольну залежність або зловживає алкоголем і має

серйозні супутні захворювання (психічні або фізичні), але не бажає ставити за мету утримання від вживання алкоголю або брати участь у структурованому лікуванні, слід розглянути можливість надання допомоги за програмою зменшення шкоди. Однак зрештою слід заохочувати таких осіб прагнути до утримання від вживання алкоголю. Також при визначенні мети лікування доцільно враховувати, що деякі особи, які зловживають алкоголем, можуть бути зобов'язані утримуватися від алкоголю за рішенням або вироком суду.

Швидке оцінювання для визначення ступеня тяжкості. Усі дорослі, які зловживають алкоголем і були скеровані до відповідної спеціалізованої служби, мають пройти швидке оцінювання, щоб визначити:

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

Слід узгодити початковий план терапії, беручи до уваги вподобання пацієнта і результати попереднього лікування.

Комплексне оцінювання. Доцільно розглянути можливість проведення комплексного оцінювання для всіх дорослих, яких скеровують до спеціалізованої служби, що надає послуги з лікування від алкогольної залежності, котрі набрали більш ніж 15 балів за результатами тесту AUDIT. При цьому оцінювання має проходити у формі клінічного інтерв'ю з використанням відповідних валідованих клінічних інструментів і охоплювати такі сфери, як:

1. Вживання алкоголю, зокрема:
 - споживання: попередні й нещодавні моделі вживання алкоголю (для цього можна використовувати, наприклад, ретроспективний щоденник вживання алкоголю) та, якщо можливо, додаткову інформацію (наприклад, від члена сім'ї або опікуна);
 - залежність (можна використовувати, наприклад, опитувальник SADQ або LDQ);
 - проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю (можна використовувати, наприклад, опитувальник APQ).
2. Зловживання іншими наркотичними засобами, зокрема безрецептурними препаратами.
3. Фізичні проблеми зі здоров'ям.
4. Психологічні й соціальні проблеми.
5. Когнітивні функції (можна використовувати, наприклад, коротку шкалу оцінки психічного статусу [MMSE]).
6. Готовність змінитися і віра в те, що це можливо.

Необхідно провести обстеження щодо коморбідних психічних розладів у межах комплексного оцінювання та протягом лікування від зловживання алкоголем, оскільки багато супутніх проблем (хоча й не всі) зменшуються у процесі терапії. Результати оцінювання супутніх психічних хвороб варто використовувати для розробки загального плану надання допомоги. Якщо після утримання від вживання алкоголю (зазвичай через 3–4 тижні) супутні психічні розлади суттєво не зменшуються, слід розглянути можливість забезпечення спеціального лікування або скерування на таку терапію.

Тест на вміст алкоголю у видихуваному повітрі можна використовувати як частину лікування синдрому відміни алкоголю. Однак це тестування зазвичай не проводиться для планового оцінювання й моніторингу в межах програм лікування від алкогольної залежності. Аналізи крові можна виконувати для визначення потреб щодо фізичного стану здоров'я, але не на регулярній основі для виявлення й діагностики розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Короткі шкали (наприклад, MMSE) можна застосовувати для оцінювання когнітивних функцій — це допоможе спланувати терапію. Формальне оцінювання когнітивних функцій зазвичай проводять лише тоді, коли порушення зберігаються після періоду утримання або значного зменшення вживання алкоголю.

Втручання у разі зловживання алкоголем

Загальні принципи для всіх втручань

Необхідно провести мотиваційне втручання в межах первинного оцінювання для кожної особи, яка зловживає алкоголем. Воно має містити ключові елементи мотиваційного інтерв'ю, а також:

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

Слід запропонувати кожній особі, яка зловживає алкоголем, втручання, спрямоване на утримання від алкоголю або поміrne його вживання і запобігання рецидивам, в умовах громади. Втручання для сприяння утриманню від алкоголю та запобігання рецидивам можна запропонувати як частину інтенсивного структурованого підходу на рівні громади особам із помірним і тяжким ступенем алкогольної залежності, які: мають дуже обмежену соціальну підтримку (наприклад, живуть самі або дуже мало контактують із членами родини чи друзями), або серйозні супутні соматичні чи психічні захворювання, або не відреагували на початкові втручання на рівні громади.

Особам з алкогольною залежністю, які є безпритульними, можна запропонувати реабілітацію у стаціонарі протягом щонайбільше трьох місяців. При цьому варто допомогти їм знайти постійне житло перед випискою.

Усі втручання, зокрема фармакологічні, для осіб, які зловживають алкоголем, має здійснювати відповідно підготовлений і компетентний персонал. Психологічні інтервенції мають ґрунтуватися на відповідних доказових рекомендаціях із лікування, що визначають їхню структуру та тривалість. Персоналу варто розглянути можливість використовувати структури компетенцій, розроблені на основі відповідних терапевтичних рекомендацій.

Щодо всіх втручань персонал має:

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

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

Усім особам, які звертаються по допомогу у зв'язку зі зловживанням алкоголем, необхідно надати інформацію про цінність і доступність громадських мереж підтримки та груп самопомогі (наприклад, про спільноти анонімних алкоголіків). Також їм слід допомогти долучитися до громадських мереж підтримки та груп самопомогі, заохочуючи відвідувати зустрічі й організовуючи надання підтримки, щоб вони мали змогу їх відвідувати.

Координація допомоги та керування випадками

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

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

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

Керування випадками можна застосовувати, щоб підвищити залученість до лікування осіб із помірним і тяжким ступенем алкогольної залежності, які мають ризик припинити терапію або раніше порушували його режим. Керування випадками слід виконувати протягом усього періоду надання допомоги, зокрема й після завершення лікування. Воно має здійснюватися в контексті втручань III рівня персоналом, який відповідає за загальну координацію допомоги.

Керування випадками має охоплювати такі кроки, як:

1. Комплексне оцінювання потреб.
2. Розробка індивідуального плану надання допомоги спільно з отримувачем послуг та іншими зацікавленими особами (включно із членами родини, опікунами та іншим персоналом, який забезпечує догляд).
3. Координація плану надання допомоги для забезпечення безперешкодного отримання допомоги від різних установ за інтегрованим планом із максимальним залученням отримувача послуг, зокрема шляхом використання підходів на основі мотиваційних інтерв'ю.
4. Моніторинг впливу втручань і коригування плану надання допомоги за потреби.

Втручання у разі небезпечного вживання алкоголю та наявності легкого ступеня алкогольної залежності

Особам, які зловживають алкоголем і мають легкий ступінь алкогольної залежності, можна запропонувати психологічне втручання, наприклад, когнітивно-поведінкове

терапію (КПТ), поведінкову терапію або терапію, що спирається на соціальні зв'язки й оточення, спрямоване саме на пов'язані з алкоголем сприйняття, поведінку, проблеми й соціальні зв'язки. Якщо така людина має постійного партнера, готового брати участь у лікуванні, можна запропонувати поведінкову терапію для пар. Якщо особа, яка зловживає алкоголем і має легкий ступінь алкогольної залежності, не реагує на психологічні інтервенції або звернулася із проханням про фармакологічне втручання, можна запропонувати акампрокат або пероральний налтрексон у поєднанні з індивідуальним психологічним підходом (КПТ, поведінковою терапією чи терапією, що спирається на соціальні зв'язки й оточення) або поведінковою терапією для пар. Слід звернути увагу, що дані щодо застосування акампрокату для лікування осіб, які зловживають алкоголем, або із легким ступенем алкогольної залежності є менш переконливими, ніж щодо використання налтрексону.

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

КПТ, спрямована на розв'язання проблем, пов'язаних з алкоголем, зазвичай складається з одного 60-хвилинного сеансу на тиждень протягом 12 тижнів, поведінкова терапія — з однієї 60-хвилинної сесії на тиждень упродовж 12 тижнів, терапія на основі соціальних зв'язків і оточення — із восьми 50-хвилинних сесій протягом 12 тижнів.

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

Оцінка та втручання для лікування синдрому відміни алкоголю

Особам, які зазвичай уживають понад 15 порцій алкоголю на день та/або набрали щонайменше 20 балів за результатами тесту AUDIT, можна запропонувати такі кроки, як:

- оцінювання та лікування алкогольної абстиненції на рівні громади *або*
- оцінювання та надання допомоги у спеціалізованій установі з боротьби з алкогольною залежністю, якщо є занепокоєння щодо безпеки у разі лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади.

Особам, які потребують лікування синдрому відміни алкоголю, слід передусім пропонувати програму на базі громади, інтенсивність якої може варіювати залежно від ступеня залежності, доступної соціальної підтримки та наявності супутніх захворювань. У разі легкого або помірного ступеня залежності слід запропонувати амбулаторну програму лікування синдрому відміни алкоголю, за якою передбачається в середньому 2–4 зустрічі персоналу й отримувача послуг на тиждень протягом першого тижня. Особам із легким або помірним ступенем залежності та комплексними потребами (наприклад, супутнім психічним розладом, браком соціальної підтримки чи безпритульністю) або тяжким ступенем залежності слід запропонувати інтенсивну програму на базі громади після

завершення підтримувальної терапії, у межах якої отримувач послуг може відвідувати денну програму тривалістю від 4 до 7 днів на тиждень протягом трьох тижнів.

Амбулаторні програми лікування синдрому відміни алкоголю за місцем проживання мають складатися із медикаментозної терапії та психосоціальної підтримки, зокрема мотиваційних інтерв'ю. Інтенсивні програми на базі громади після завершення лікування синдрому відміни алкоголю мають складатися з фармакотерапії та психологічних втручань, включно з індивідуальним, груповим підходами, психоосвітніми втручаннями, допомогою у відвідуванні груп самопомогі, підтримкою і залученням членів родини й опікунів, а також керуванням випадками.

Доцільно розглянути можливість стаціонарного лікування синдрому відміни алкоголю, якщо отримувач послуг відповідає одному або кільком із наведених нижче критеріїв:

- вживає понад 30 стандартних порцій алкоголю на день;
- отримав понад 30 балів за опитувальником SADQ;
- має в анамнезі епілепсію або випадки судомних нападів, пов'язаних зі станом відміни, чи делірій під час попередніх програм лікування синдрому відміни алкоголю;
- одночасно потребує лікування синдрому відміни алкоголю і відмови від бензодіазепінів;
- регулярно вживає від 15 до 30 стандартних порцій алкоголю на день і має: серйозні супутні психічні чи соматичні патології (наприклад, тяжку форму хронічної депресії, психоз, недоїдання, застійну серцеву недостатність, нестабільну стенокардію, хронічні захворювання печінки) або значну нездатність до навчання чи когнітивні порушення.

Для вразливих груп населення, наприклад, безпритульних і осіб старшого віку, можна застосовувати нижчий поріг для визначення потреби у стаціонарному лікуванні синдрому відміни алкоголю.

Схеми застосування препаратів для лікування синдрому відміни алкоголю

У межах програм лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади необхідно використовувати схеми із фіксованими дозами препаратів. Терапію слід починати із препарату в стандартній дозі, яка не визначається за рівнем синдрому відміни алкоголю, а потім знизити до нуля протягом 7–10 днів відповідно до стандартного протоколу.

В умовах стаціонару для лікування синдрому відміни алкоголю можна використовувати схеми з фіксованими дозами препаратів або визначенням дози за симптомами. Підхід на основі симптомів передбачає адаптацію схеми лікування відповідно до ступеня тяжкості синдрому відміни алкоголю і наявності ускладнень. Отримувач послуг перебуває під регулярним наглядом, а медикаментозна терапія триває доти, доки спостерігаються симптоми синдрому відміни алкоголю. Якщо використовується схема на основі симптомів, весь персонал повинен вміти ефективно відстежувати симптоми, а підрозділ — мати достатні ресурси для того, щоб виконувати такі дії часто й безпечно.

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

У разі застосування схеми терапії з фіксованими дозами, початкову дозу препарату слід титрувати відповідно до ступеня тяжкості алкогольної залежності та/або регулярного щоденного рівня споживання алкоголю. Якщо особа має тяжкий ступінь алкогольної залежності, для адекватного контролю синдрому відміни алкоголю потрібні вищі дози, які слід призначати відповідно до інструкції. У разі застосування високих доз слід забезпечити належний нагляд за отримувачем послуг. Доцільно поступово зменшувати дозу бензодіазепіну протягом 7–10 днів, щоб уникнути рецидивів синдрому відміни алкоголю.

У разі лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади не варто давати особам, які зловживають алкоголем, велику кількість препарату додому, щоб запобігти передозуванню або перепродажу. Слід виписувати рецепти, за якими за один раз можна отримати лікарський засіб не більше ніж на два дні.

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

Не слід використовувати клонідазол для лікування синдрому відміни алкоголю на рівні громади через ризик передозування та зловживання.

Для осіб, які проходять лікування синдрому відміни алкоголю, особливо за сильної алкогольної залежності або тих, хто проходить симптоматичну терапію, доцільно розглянути можливість формального оцінювання симптомів синдрому відміни алкоголю, наприклад, за шкалою CIWA-Ar.

Варто звернути увагу, що дози бензодіазепінів, можливо, потрібно буде зменшити для дітей і молоді, осіб старшого віку та пацієнтів із печінковою недостатністю. Якщо бензодіазепіни застосовуються для лікування осіб із захворюванням печінки, бажано використовувати препарати з обмеженим метаболізмом у печінці (наприклад, лоразепам); слід розпочати зі зменшеної дози й ретельно контролювати функцію печінки. Не рекомендовано призначати бензодіазепіни пацієнтам із тяжкими порушеннями функції печінки.

У разі лікуванні синдрому відміни алкоголю за наявності супутньої залежності від бензодіазепінів і алкоголю слід збільшити дозу бензодіазепіну. Доцільно розрахувати початкову добову дозу бензодіазепіну на основі потреб щодо лікування синдрому відміни алкоголю і додати еквівалентну добову дозу, яку отримувач послуг вживає на регулярній основі. Краще застосовувати один препарат бензодіазепінового ряду (хлордіазепоксид або діазепам), а не кілька. Стаціонарне лікування синдрому відміни алкоголю має тривати 2–3 тижні або довше, залежно від тяжкості супутньої бензодіазепінової залежності. Якщо лікування синдрому відміни алкоголю здійснюється на рівні громади та/або за наявності високого рівня бензодіазепінової залежності, режим терапії має тривати довше ніж три тижні з урахуванням симптомів і дискомфорту отримувача послуг.

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

Втручання за алкогольної залежності помірного й тяжкого ступенів після успішного лікування синдрому відміни алкоголю

Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності можна запропонувати акампросат або пероральний налтрексон у поєднанні з індивідуальним психологічним втручанням (це може бути КПТ, поведінкова терапія або терапія, що спирається на соціальні зв'язки й оточення), орієнтованим саме на зловживання алкоголем. Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенем алкогольної залежності можна запропонувати акампросат або пероральний налтрексон у поєднанні з поведінковою терапією для пар, якщо такі особи мають постійного партнера, і він готовий брати участь у лікуванні.

Після успішного лікування синдрому відміни алкоголю особам із помірним і тяжким ступенями алкогольної залежності можна запропонувати дисульфірам у поєднанні з психологічним втручанням, якщо вони:

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

Усі фахівці, які призначають дисульфірам, мають ознайомитися з інструкцією, що містить повний опис протипоказань і особливі міркування щодо його застосування.

Проведення фармакологічних втручань. Перед початком лікування акампросатом, пероральним налтрексоном або дисульфірамом необхідно провести комплексне медичне обстеження (початковий рівень сечовини й електролітів, а також функціональні проби печінки, включно із гамма-глутамілтрансферазою). При цьому слід враховувати всі протипоказання й застереження (див. інструкцію до лікарського засобу) й обговорити їх з отримувачем послуг.

Акампросат. Застосування акампросату потрібно розпочати якомога швидше після лікування синдрому відміни алкоголю. Препарат зазвичай призначають у дозі 1998 мг (666 мг тричі на день); якщо отримувач послуг важить менш ніж 60 кг, слід призначити щонайбільше 1332 мг/добу.

Акампросат:

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

Отримувачі послуг, які приймають акампросат, мають проходити перевірку принаймні раз на місяць протягом пів року, а також через менші, але регулярні проміжки часу, якщо вони продовжують отримувати препарат більш ніж шість місяців. Не слід використовувати аналізи крові на постійній основі. Їх можна застосовувати для моніторингу відновлення функції печінки та мотивації отримувачів послуг шляхом демонстрації поліпшення стану здоров'я.

Налтрексон. Застосування перорального налтрексону доцільно розпочинати після лікування синдрому відміни алкоголю. Спочатку варто призначити дозу 25 мг/добу і підвищувати її до досягнення підтримувальної дози 50 мг/добу. При цьому слід звернути увагу отримувача послуг на інформацію про вплив препарату на опіоїдну анальгезію.

Пероральний налтрексон:

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

Отримувачі послуг, які приймають пероральний налтрексон, мають проходити перевірку принаймні раз на місяць протягом пів року, а також через менші, але регулярні проміжки часу, якщо вони продовжують отримувати препарат після шести місяців. Не слід використовувати аналізи крові на постійній основі. Їх можна застосовувати для контролю стану осіб старшого віку та з ожирінням, моніторингу відновлення функції печінки, а також для мотивації отримувачів послуг шляхом демонстрації поліпшення стану здоров'я. Якщо отримувач послуг погано почувається, необхідно порадити йому негайно припинити приймати пероральний налтрексон.

Дисульфірам. Терапію дисульфірамом слід розпочинати щонайменше через 24 год після останнього вживання алкогольних напоїв. Зазвичай препарат призначають у дозі 200 мг/добу. Якщо отримувач послуг продовжує вживати алкоголь, і доза 200 мг (що приймається регулярно протягом щонайменше одного тижня) не викликає неприємних відчуттів, щоб спонукати утриматися від вживання алкоголю, дозу, за погодженням із ним, можна збільшити. Перед початком лікування дисульфірамом доцільно перевірити функцію печінки, рівень сечовини й електролітів, щоб оцінити наявність порушень печінки або нирок. Зокрема, слід ознайомитися із застереженнями та протипоказаннями для вагітних, а також перевірити наявність в анамнезі тяжких психічних розладів, інсульту, хвороб серця або гіпертонії.

Варто переконатися, що у разі використання дисульфіраму:

- отримувачі послуг проходять перевірку принаймні що два тижні протягом перших двох місяців, а потім щомісяця протягом наступних чотирьох місяців;
- якщо є можливість, за прийманням препарату має спостерігати член сім'ї або опікун, який належним чином поінформований про застосування дисульфіраму;
- отримувачі послуг проходять медичний контроль принаймні що шість місяців після перших пів року лікування й моніторингу.

Необхідно попередити отримувачів послуг, які приймають дисульфірам, а також членів їхніх сімей та опікунів про такі моменти, як:

1. Взаємодія дисульфіраму з алкоголем (який, зокрема, може міститися у продуктах харчування, парфумах, аерозольних спреях тощо), симптомами якої можуть бути припливи крові, нудота, прискорене серцебиття і, що більш серйозно, аритмія, гіпотонія та колапс.

2. Ймовірність швидкого й непередбачуваного розвитку рідкісного ускладнення — токсичного ураження печінки. Варто порекомендувати отримувачам послуг у разі погіршення самопочуття або появи лихоманки чи жовтяниці припинити приймати дисульфірам і звернутися по невідкладну медичну допомогу.

Препарати, які не можна вживати регулярно для лікування зловживання алкоголем. Не слід використовувати антидепресанти (зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення

серотоніну [C133C]) виключно для лікування зловживання алкоголем. Також не варто застосовувати гамма-гідроксибутират для лікування зловживання алкоголем. Бензодіазепіни слід використовувати лише у разі синдрому відміни алкоголю, а не для постійної терапії алкогольної залежності.

Коментар робочої групи: міжнародна непатентована назва гамма-гідроксибутирату — натрію оксибутират (Sodium oxybate).

Особливі міркування щодо лікування дітей і молодих осіб, які зловживають алкоголем

Оцінювання та скерування дітей і молодих осіб. Якщо зловживання алкоголем є проблемою, що потенційно може мати фізичні, психологічні, освітні або соціальні наслідки для дітей і молоді віком 10–17 років, необхідно провести коротке первинне оцінювання, щоб визначити:

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

Якщо зловживання алкоголем пов'язане із фізичними, психологічними, освітніми й соціальними проблемами та/або супутнім зловживанням наркотичними речовинами, слід скерувати дітей і підлітків віком 10–15 років до спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я дітей і підлітків (CAMHS) для проведення комплексного оцінювання їхніх потреб. Молодих осіб віком 16–17 років, які зловживають алкоголем, скеровують до CAMHS за тими самими критеріями, що й дорослих.

Комплексне обстеження дітей і молоді (з урахуванням додаткової інформації від батьків або опікунів за такої можливості) має охоплювати різні потреби, проходити у формі клінічного інтерв'ю із використанням валідованого клінічного інструмента: наприклад, діагностичного інтерв'ю для підлітків (ADI) або індексу тяжкості підліткової залежності (T-ASI) й охоплювати такі сфери, як:

1. Особливості залежності та вживання алкоголю.
2. Супутнє зловживання психоактивними речовинами (особливості вживання та залежності) й пов'язані з цим проблеми.
3. Проблеми психічного й фізичного здоров'я.
4. Стосунки з однолітками, функціонування в суспільстві та сім'ї.
5. Потреби розвитку, пізнавальні потреби, а також успішність і відвідування закладу освіти.
6. Історія жорстокого поводження та травмування.
7. Ризик для себе та інших осіб.
8. Готовність до змін і віра в можливість змінитися.
9. Отримання згоди на лікування.
10. Розробка планів догляду й контролю ризиків.

Лікування синдрому відміни алкоголю в дітей і молодих осіб. Дітям і молоді віком 10–17 років, які потребують лікування синдрому відміни алкоголю, пропонується стаціонарна допомога. Терапія спирається на рекомендації

для дорослих і клінічні настанови NICE (2010). Необхідно ознайомитися з інструкціями й відкоригувати схеми застосування препаратів з урахуванням віку, зросту, маси тіла та стадії розвитку дитини або молодшої особи.

Сприяння утриманню від алкоголю та профілактика рецидивів серед дітей і молоді. Метою лікування дітей і молодих осіб віком 10–17 років, які зловживають алкоголем, насамперед є утримання від вживання алкоголю. Слід запропонувати дітям і молодим особам віком 10–17 років, які зловживають алкоголем: індивідуальну КПТ для тих, хто має обмежені комунікативні можливості й належну соціальну підтримку; багатокomпонентні програми (наприклад, багатовимірну сімейну терапію, короткострокову стратегічну сімейну терапію, функціональну сімейну терапію або мультисистемну терапію) для тих, хто має серйозні супутні захворювання та/або обмежену соціальну підтримку. Після ретельного аналізу ризиків і переваг фахівці можуть запропонувати молодим особам віком 16–17 років, які не проходили багатокomпонентні програми лікування або не отримали від них користі, акампрокат чи пероральний налтрексон у поєднанні з КПТ.

Проведення психологічних і психосоціальних інтервенцій для дітей і молоді. Багатовимірною сімейною терапією зазвичай складається з 12–15 орієнтованих на сім'ю структурованих сесій протягом 12 тижнів. Особливу увагу слід приділяти координації допомоги та, за потреби, врегулюванню криз.

Окрім сімейних сесій, можуть проводитися індивідуальні втручання як для дитини чи молодшої особи, так і для батьків, що мають бути спрямовані на поліпшення таких факторів, як:

- ситуація зі зловживанням алкоголем і наркотиками;
- навчальна і соціальна поведінка дитини або молодшої людини;
- добробут батьків і навички батьківства;
- відносини із соціальною системою загалом.

Коротка стратегічна сімейна терапія зазвичай складається із зустрічей що два тижні протягом трьох місяців та має бути спрямована на:

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

Функціональна сімейна терапія має проводитися протягом трьох місяців медичними або соціальними працівниками та бути спрямована на поліпшення взаємодії в родині, зокрема:

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

Мультисистемна терапія має проводитися протягом 3–6 місяців відповідним фахівцем із невеликим навантаженням (зазвичай одна людина працює із 3–6 випадками). Така терапія має фокусуватися на підходах, спрямованих

на розв'язання проблем разом із сім'єю, а також використувувати ресурси груп однолітків, шкіл і ширшої громади.

Втручання за наявності супутніх станів

Депресія чи тривожний розлад. Якщо особа зловживає алкоголем і має один із даних станів, спочатку слід лікувати зловживання алкоголем, оскільки це може призвести до значного зменшення проявів депресії та тривоги. Якщо після 3–4 тижнів утримання від алкоголю депресія або тривога все ще наявні, слід виконати їх оцінювання й розглянути можливість скерування отримувача послуг до фахівця та призначення терапії за настановою NICE (2009, 2010) для відповідного розладу. Осіб, які зловживають алкоголем і мають серйозні супутні психічні розлади, а також тих, хто за результатами оцінювання має високий ризик самогубства, необхідно скерувати до психіатра для запровадження ефективного оцінювання, лікування та плану контролю ризиків.

Щоб забезпечити лікування супутніх психічних розладів, доцільно ознайомитися із відповідною настановою NICE, а також:

- у разі зловживання алкоголем і супутнього зловживання опіоїдами забезпечити активне лікування обох станів, при цьому враховувати підвищений ризик смерті за одночасного вживання алкоголю й опіоїдів;
- у разі зловживання алкоголем і супутнього зловживання стимуляторами, канабісом або бензодіазепінами забезпечити активне лікування обох станів.

Отримувачі послуг, які мали залежність від алкоголю, повинні утримуватися від вживання алкоголю або значно зменшити його кількість, щоб отримати користь від психологічних втручань для лікування супутніх психічних розладів. У разі супутньої алкогольної та нікотинової залежності варто заохочувати отримувачів послуг кинути курити та ознайомитися з настановою NICE (2006) щодо короткострокових втручань і скерування з метою припинення куріння в закладах первинної медичної допомоги та інших установах.

Синдром Верніке — Корсакова. Необхідно дотримуватися рекомендацій, викладених у клінічній настанові NICE (2010) щодо призначення тіаміну особам із високим ризиком розвитку або підозрою на енцефалопатію Верніке. Доцільно запропонувати введення тіаміну парентерально, а потім перорально для профілактики синдрому Верніке — Корсакова особам, які проходять планове лікування синдрому відміни алкоголю в пенітенціарних або спеціалізованих стаціонарних установах із боротьби з алкогольною залежністю, які при цьому недоїдають або мають такий ризик (наприклад, безпритульні) або страждають на декомпенсоване захворювання печінки.

Особам із синдромом Верніке — Корсакова варто запропонувати:

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

В обох випадках слід адаптувати середовище для осіб із когнітивними порушеннями — вони мають отримувати підтримку, що допоможе утримуватися від вживання алкоголю.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.dec.gov.ua