

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ

РЪКОВОДСТВО ЗА ДОБРА ПРАКТИКА
НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ
ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ НА ЗЛОУПОТРЕБАТА С
АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО



СОФИЯ, 2018

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ**

**РЪКОВОДСТВО ЗА ДОБРА ПРАКТИКА
НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ
ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ НА ЗЛОУПОТРЕБАТА С
АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО**

СОФИЯ, 2018


Авторски колектив:

доц. д-р Г. Цолова, дм

доц. д-р А. Манолова, дм

проф. д-р П. Димитров, дм

ISBN 978-954-8404-39-6



СЪДЪРЖАНИЕ

Резюме	4
Въведение	5
Раздел 1. Обща информация	6
1.1. Употреба и злоупотреба с алкохол – основни понятия и класификации	6
1.2. Причини и фактори, оказващи влияние върху злоупотребата с алкохол	10
1.3. Ниво на консумация на алкохол в Европейския съюз и у нас	13
1.4. Рискове за здравето, свързани с употребата на алкохол	16
1.5. Интервенционни стратегии, политики и програми за ограничаване на злоупотребата с алкохол в ЕС и у нас	19
1.6. Законодателни мерки, насочени към ограничаване на употребата и злоупотребата с алкохол в България	25
1.7. Институции и организации, занимаващи се с проблема у нас	30
Раздел 2. Ограничаване на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска помощ	33
2.1. Алгоритъм на организацията на медицинска помощ при пациенти с рискована и вредна консумация на алкохол	33
2.2. Скрининг за ранно откриване на лица, злоупотребяващи с алкохол	37
2.3. Краткотрайни интервенции	42
2.4. Злоупотреба с алкохол и алкохолна зависимост	54
Заклучение	58
Приложение 1	59
Приложение 2	60

РЕЗЮМЕ

Настоящото ръководство се издава в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. и има за цел да подпомогне медицинските специалисти (лекари и медицински сестри) в процеса на консултиране и оказване на подкрепа на лица, които желаят да ограничат консумацията на алкохол.

Ръководството включва два раздела. Първи раздел представя обща информация относно употребата на алкохол сред населението в света и у нас. Посочени са рисковете за здравето, в резултат на злоупотребата с алкохол, а също и ползите от ограничаване на консумацията му. Описани са основните понятия, класификации и препоръки на СЗО при употребата на алкохол .

Във втори раздел са посочени възможностите за ограничаване на консумацията на алкохол в условията на първичната медицинска помощ - подходи за намаляване употребата на алкохол; обем на дейностите на медицинския специалист за работа с пациентите – добри практики за оценка и контрол; най-честите проблеми, възникващи при намаляването/прекратяването на консумацията на алкохол и начините за справяне с тях и други.

Всеки медицински специалист може да играе важна роля за ограничаване консумацията и злоупотребата с алкохол сред населението, като успоредно с това въздейства и върху други промени в начина на живот, като отказ от тютюнопушене, повишаване на физическата активност и др.

ВЪВЕДЕНИЕ

Консумацията на алкохол и по-специално злоупотребата с него е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Освен, че предизвиква зависимост, употребата на алкохол причинява различни психични, неврологични, соматични заболявания и е рисков фактор за редица социалнозначими заболявания. Злоупотребата с алкохол води до появата на различни болести, нетрудоспособност и преждевременна смърт.

Консумацията на алкохол може да варира от пълно въздържание или малка по количество консумация, до прекомерна такава, а проблемите, произтичащи от алкохола - в диапазона от липса на такива до значителни или сериозни. Чувствителността на отделните лица към алкохола е различна – увреждания могат да възникнат при малки дози, а да липсват при по-големи.

Според Световната здравна организация (СЗО) алкохолът е третият по значимост рисков фактор (РФ) за здравето (от 26 РФ) и е причина за 3.3 милиона смъртни случая, което е 5.9% от всички смъртни случаи и 5.1% от глобалното бреме на болестите. Най-високи нива на потребление на алкохол продължават да бъдат измервани в развитите страни, по-специално в Европейския регион.

През последните десетилетия проблемът с рисковата и вредната алкохолна употреба се задълбочава и е в центъра на вниманието на развитите държави и общества, а също и на България. По данни на НСИ през последните 15 години в страната ни се наблюдава значително нарастване (с 12.1 литра) на консумацията алкохолни напитки, средно на лице от домакинство, а разходите за алкохолни напитки (като абсолютни стойности) се увеличават съществено.

Отчитайки световната тенденция за увеличаване консумацията на алкохол и съпътстващите я вредни последици, следва да бъдат предприети адекватни мерки за ограничаване на злоупотребата с алкохол в национален мащаб.

Настоящото ръководство има за цел да подпомогне медицинските специалисти (лекари и медицински сестри) в процеса на консултиране и оказване на подкрепа на лица с рискова и вредна консумация на алкохол. Налице са редица доказателства за приноса на краткотрайните интервенции (особено в първичната медицинска помощ) за намаляване вредната употреба на алкохол. Необходимо е медицинските специалисти да включват в своята дейност и консултации за всички пациенти, желаещи да намалят или прекратят употребата на алкохол.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ

1.1. УПОТРЕБА И ЗЛОУПОТРЕБА С АЛКОХОЛ – ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И КЛАСИФИКАЦИИ

Алкохолът (*етилов алкохол, етанол*) е продукт, получен по естествен път в процеса на ферментацията на захарите, които се съдържат най-често в плодовете, под въздействието на различни видове дрожди. Първият открит и употребяван от човека алкохол е етанолът¹.

Арабското название „*ал-кохл*“ в превод означава „*дух на виното*“. Латинският превод на това название - „*Spiritus vini*“ се пренася в Европа през Средновековието и остава като синоним на етанола до днес.

Етимологията на названието „*алкохол*“ е свързана с първия метод за получаване на концентриран природен алкохол - дестилацията на вино. Развитието на познатите днес инсталации, състоящи се от съд за дестилация и колектор започва през 8-9 век от персийски и арабски химици. Първоначално процесът на дестилация е пазен в дълбока тайна, подробно е описан през 13 век от алхимика Алберт Велики².

През Средновековието се развива технологията за дестилация, което позволява производството на алкохол с по-високо процентно съдържание (като водка и уиски). През XIX век производството на алкохолни напитки става широко разпространено. В момента производството на бира, вино и спиртни напитки е световна индустрия.

Съдържанието на алкохол в различните напитки се измерва в *градуси*, които показват обемната концентрация на алкохола в %. Концентрираните (т.н. спиртни) напитки могат да се получават само чрез дестилация на алкохола във ферментирани вече продукти. По този начин може да се получи алкохол с произволно силен градус, но обикновено концентратите съдържат 40 до 50% алкохол³.

Алкохолните напитки се състоят основно от овкусена и ароматизирана вода и *етилов алкохол (етанол)*. Те се произвеждат чрез ферментацията на плодове, зеленчуци или зърнени растения. Бирата и сайдерът обикновено съдържат една част алкохол към 20 части вода, като някои разновидности могат да бъдат двойно по-силни от други. Виното обикновено е от два до четири пъти по-силно от бирата, а напитките от

¹ Караджов, Ю. Наркотиците. Изд. „Дилок“, С. 2001.

² Маринова, В. Дестилацията в историята. Изд. „Бакхус“, С., 2006.

³ Маринов, И. Алкохолът – приятел или враг. Изд. „Пенсофт“, С., 1999.

дестилиран алкохол като уиски, водка, ром и джин, обикновено съдържат по равни части вода и алкохол. Обемното съдържание на алкохол в бирата обикновено е от 3 до 5%, във виното – около 12%, в спиртните напитки – най-често 40%. В домашно приготвените напитки алкохолът може да бъде и с по-високо съдържание.

Освен етиловият алкохол съществува и друг вид – *метилов алкохол (метанол)*, който се произвежда от дървесина. Той се използва за различни цели – като антифриз, гориво, разтворител и др. Понякога в домашно приготвените спиртни напитки се съдържа метанол в количество над максимално допустимото, което ги прави опасни.

Етиловият алкохол (етанол) е вещество, което се абсорбира бързо от стомаха и тънките черва в кръвния поток и действа като депресант на централната нервна система на човека - забавя реакциите и функциите на тялото и притъпява усещанията.

За разлика от повечето други психоактивни вещества, алкохолът има хранителна стойност и доставя на организма калории. Един грам алкохол доставя седем калории, почти двойно повече от калориите, които доставя един грам въглехидрат. Около половин литър бира може да достави на организма калориите, които се съдържат в шест филии хляб. Бирата осигурява на тялото много малко протеини и витамини, а дестилираният алкохол не осигурява никакви.

Алкохолът е психоактивно вещество, чиято употреба се смята за по-приемлива от обществото в сравнение с употребата на други наркотици. В много части на света, консумацията на алкохолни напитки е традиция при организирането на различни социални събирания. В същото време заради своите ефекти и рискове алкохолът не е нито по-безопасно, нито „по-слабо” вещество. Консумацията на алкохол води до риск от неблагоприятни здравни и социални последици, свързани с неговите упойващи, токсични и произвеждащи зависимост, свойства.

Освен, че предизвиква зависимост, злоупотребата с алкохол причинява различни психични, неврологични, соматични и други заболявания. Прекомерната консумацията на алкохол често пъти води до престъпни прояви, насилие и бедност в семейството, рисково сексуално поведение и други психологични и социални проблеми⁴.

Количество конструиран алкохол – мерни единици

Алкохолите са голяма група от органични компоненти, произлизащи от въглеводородите и съдържат една или повече хидроксилни (-ОН) групи.

⁴ Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, 2010.

Етанолът/етиловият алкохол (C₂H₅OH) е клас от тези компоненти и е основна психоактивна съставка на алкохолната напитка. Етанолът е тъждествен на понятието *абсолютен алкохол (АА)* в случаите, когато не съдържа повече от 1% маса вода^{5, 6}.

Съгласно Закона за здравето „*алкохолни напитки*“ са: спиртните напитки, виното и бирата, а „спиртните напитки“ са течности, предназначени за консумация, които съдържат най-малко 15 обемни процента етилов алкохол.

Съществува разлика между понятията „*милилитър*“ и „*грам*“, отразяващи продаваното количество течност от производители и търговци, и понятията „*милилитър алкохол*“ или „*грам алкохол*“, в които се отразяват наличното количество АА. Един милилитър алкохол съдържа 0.789 грама алкохол, а един грам алкохол това е АА, т.е. етанол/етилов алкохол, който не съдържа повече от 1% вода. В ежедневната практика се използва и понятието „*градус*“, което отразява процента АА в алкохолната напитка (100 мл от 40 градусова алкохолна напитка съдържа 40 мл/32 грама АА).

Освен етанола, спиртните напитки, особено домашно произведените, съдържат и други алкохоли (*метанол, пропанол, бутанол и др.*), опасни за здравето. Според Кралската медицинска академия на Великобритания не трябва да има категоричност при определяне на безопасна консумация на алкохол. Чувствителността на отделните лица към алкохола е различна - увреждания могат да възникнат при малки дози, а да отсъстват при по-големи.

Ефектът от консумацията на алкохол се влияе от *множество фактори*: телло, възраст, пол, консумация на храни преди, по време и след приема на алкохол, прием на лекарства, индивидуален метаболизъм, психосоматично състояние, кръвна група, расова принадлежност и други.

В резултат на научни изследвания, които вземат предвид и други фактори на въздействие, се приема, че допустимата алкохолна консумация, с най-голяма вероятност за редуциран риск, е при средна консумация на ден от 10 грама АА за жени и 20 грама АА за мъже, като два дни от седмицата трябва да са свободни от консумация на алкохол⁷.

⁵ Anderson, P. & Baumberg, B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies. London, UK, 2006.

⁶ Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, WHO 2010, at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931_eng.pdf?ua=1&ua=1

⁷ Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft document for public consultation, National Health and Medical Research Council. Australian Government, 2007, p. 44.

Видове алкохолна консумация

Алкохолната консумация може да варира от пълно въздържание или малка по количество консумация, до прекомерна такава, а проблемите, произтичащи от алкохола - в диапазона от липса на такива до значителни или сериозни.

За *редовна употреба* на алкохол се приема тази, която се случва един или повече пъти седмично, независимо от дозата, а за *епизодична* – по-рядко от един път седмично⁸.

Рисковата алкохолна консумация се дефинира като равнище на консумация или модел на употреба на алкохол, което би довело до увреждания, в случай че се съхранят навиците на консумация на алкохол.

Според консумираното количество алкохол през седмицата, употребата на алкохол се класифицира като:

- умеренорискова (до 280 мл АА при мъжете и 140 мл АА при жените);
- рискова (280-350 мл АА при мъжете и 140-210 мл АА при жените);
- високорискова (над 350 мл АА при мъжете и 210 мл АА при жените).

Най-често употребяваните алкохолни напитки съдържат приблизително следното количество АА:

- 50 мл концентрат ~ 40 ° (ракия, водка, уиски и др.) съдържат - 20 мл АА;
- 100 мл червено/бяло вино ~ 11 ° съдържат - 11 мл АА;
- 500 мл бира ~ 5 ° съдържат - 25 мл АА.

В настоящия момент основателно се поставя въпросът за необходимостта понятието „*алкохолна напитка*“ да бъде дефинирано от официалната политика по единен начин в целия Европейски съюз. Като отправна точка би могла да послужи най-ниската алкохолна концентрация, подлежаща на данъчно облагане (0.5% алкохолно съдържание)⁹.

⁸ Станкушев, Т. Токсикомании. Алкохолизъм. Ръководство по психиатрия, под ред. Хр. Христозов, Медицина и физкултура, С., 1988.

⁹ Anderson, P. & Baumberg, B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies. London, UK, 2006.

Консумация на алкохол в детска възраст

Детският организъм е особено податлив към алкохола и колкото повече се отложи старта на консумацията му, толкова по-малка е вероятността за поява на проблеми и зависимости, свързани с алкохола в зряла възраст.

В детска възраст (до 18 години) алкохолът е изключително вреден. Не трябва да се пренебрегва фактът, че с лекота изпиваното от децата количество от 0.5 л бира (стандартна бутилка бира) съдържа 20 грама АА, а 50 мл/г от 40-градусова ракия съдържа 16 грама АА.

След консумирането на 10 грама АА, съдържанието на алкохол в кръвта (САК) достига своя пик след 30-45 минути. Скоростното изпиване на повече питиета води до по-високо САК, тъй като черният дроб се отличава с относителна устойчивост на скорост на метаболизма.

Консумацията на алкохол сред подрастващите се увеличава през годините, както в целия европейски регион, така и в нашата страна, като се наблюдава тенденция за постоянно намаляваща начална възраст на консумация на алкохол.

1.2. ПРИЧИНИ И ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗЛОУБОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ

Факторите, които оказват влияние върху употребата на алкохол, са многобройни, променливи и твърде често взаимно зависими. Едни от най-често срещаните причини за употребата на алкохол от децата са: любопитството, родителската употреба и позитивно отношение към алкохола, конфликтите в семейството, натиска от връстници и/или употребата от връстници, семейното и социално-икономическото състояние, цената и достъпността на алкохола, въздействието от страна на медиите, рекламата и други.

Съществено влияние оказват генетичните фактори и факторите на околната среда. Семейството, приятелите и обществото определят степента на изложеност на стрес и алкохол. Склонността да се развие загуба на контрол над консумацията на алкохол е генетична предразположеност и генетичните фактори допринасят по приблизителна оценка за 60% от риска за заболяване. Рискът от алкохолна зависимост се увеличава с увеличаване консумацията на алкохол¹⁰.

¹⁰ Vengeliene et al. Br J Pharmacol 2008, 154(2), 299-315.

Високата честота на злоупотреба с алкохол и алкохолна зависимост в повечето страни по света, както и все по-нарастващата консумация на алкохол през последните години предполага да се търсят и да се обосноват причините за това.

Причина за алкохолната зависимост като болест е системната употреба на алкохол в продължение на много месеци и години. В този случай, злоупотребата с алкохол е водеща причина за заболяването, но не е единствената. Голяма част от хората консумират алкохолни напитки, но само при някои злоупотребата се трансформира в патологично пристрастяване към алкохола. В този случай, за развитието на алкохолната зависимост оказва влияние не толкова количеството и качеството на алкохола, колкото първоначалното състояние на здравето, фамилната анамнеза и др.

Индивидуалните реакции към алкохола са различни и зависят от множество *фактори*, като:

- Възраст;
- Пол;
- Расова или етническа принадлежност;
- Физическо състояние;
- Количество храна, консумирана преди употребата на алкохол;
- Бързината на консумация на алкохол;
- Употребата на наркотици или лекарства (особено по лекарско предписание);
- Фамилна анамнеза за проблеми с алкохола.

Влияние върху начина, по който употребата на алкохол засяга организма и поведението на човека, оказват генетични, психологични и социално-културни причини¹¹.

Биологични причини

Биологичните причини за пристрастяването към алкохола включват индивидуалната физиология и генетика на всеки човек. Способността да се контролират импулсивни желания с рационално мислене е функция на мозъка, която варира между различните индивиди. Хората, които не могат да се противопоставят на някои видове импулси са с по-голям риск от развитие на пристрастяване поради тяхната генетична уязвимост.

¹¹ MayoClinic.com. Alcoholism. 2010. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/basics/causes/con-20020866>

Съществуват генетични различия между расовите групи, които влияят на риска от развитие на алкохолна зависимост. Например има различия между африканските, източноазиатските и индийските расови групи в начина, по който се метаболизира алкохолът. Смята се, че тези генетични фактори обясняват отчасти вариращите честоти на алкохолната зависимост между расовите групи. Проучвания са установили, че мъжете са с по-висока честота на употреба и зависимост от алкохол, отколкото жените.

Психологични причини

В повечето случаи злоупотребата с алкохол не е свързана само с проблеми със здравето или стреса. Напротив, проблемите на здравето и живота могат да бъдат причина да се появи едно систематично пиянство, като временно успокоително. Много психологични разстройства, като депресия и тревожност, често придружават пристрастяването.

Пристрастяването е вредно поведение. Психологически изследвания установяват, че хората са склонни да повтарят определено поведение, дори когато това поведение е вредно, тъй като се опитват да предвидят известна полза от това. Ползите могат да варират от намаляване на стреса, освобождаване от скука, приятни усещания, справяне с негативни чувства или просто в полза на избягване на симптомите на абстиненция. Хората имат различни способности да се справят с неприятните емоции и обстоятелства. Когато уменията за справяне са ограничени, те са по-уязвими към пристрастяване.

Мотивацията е от решаващо значение. Човек може да е наясно с проблема си с алкохола, но мотивацията му да не е достатъчна, за да прекрати нездравословното поведение.

Социално-културни причини

Терминът "*култура*" в случая визира изучен и споделен модел на ценности и вявания в групата. Те насочват както поведението на членовете на групата, така и на техните социални взаимодействия. Когато една култура приема или толерира пиянство, членовете на тази култура са по-уязвими към пристрастяване.

Най-силно социално влияние има семейството. Чрез него културният модел се предава от едно поколение на друго. Повечето млади хора опитват алкохолни напитки в твърде ранна възраст. Нерядко тези експерименти стават под въздействието на по-възрастен член на семейството, по-късно започва т. нар. „*предумишлено пиене*“ - в компанията на връстници.

1.3. НИВО НА КОНСУМАЦИЯ НА АЛКОХОЛ В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ И У НАС

Ниво на консумация на алкохол в ЕС

Злоупотребата с алкохол е сред приоритетните области на общественото здраве. Въпреки факта, че само половината от световното население консумира алкохол, това е третата водеща причина за влошено здраве и преждевременна смърт в света, след тютюнопушенето и високото артериално налягане. Алкохолът е причина за 3.3 милиона смъртни случая, което е 5.9% от всички смъртни случаи и 5.1% от глобалното бреме на болестите¹².

Злоупотребата с алкохол е причина за повече от 200 заболявания и състояния, свързани с наранявания (по МКБ-10). Консумацията на алкохол може да причини смърт и инвалидност в сравнително ранен етап от живота. Около 25% от общия брой смъртни случаи във възрастовата група 20-39 г. са вследствие на злоупотреба с алкохол.

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни. По данни на СЗО, от 2 милиарда души по света, които консумират алкохолни напитки, 76.3 милиона души са с диагностицирано разстройство по причина на алкохола¹³.

Съществуват полови различия в нивата и моделите на консумация на алкохол. Процентът на смъртност, вследствие на злоупотреба с алкохол, сред мъжете е в размер на 7.6% от всички глобални смъртни случаи, в сравнение с 4.0% от всички смъртни случаи сред жените. Общо потреблението на алкохол на глава от населението в света през 2010 г. е средно 21.2 литра за мъжете и 8.9 литра чист алкохол - за жените.

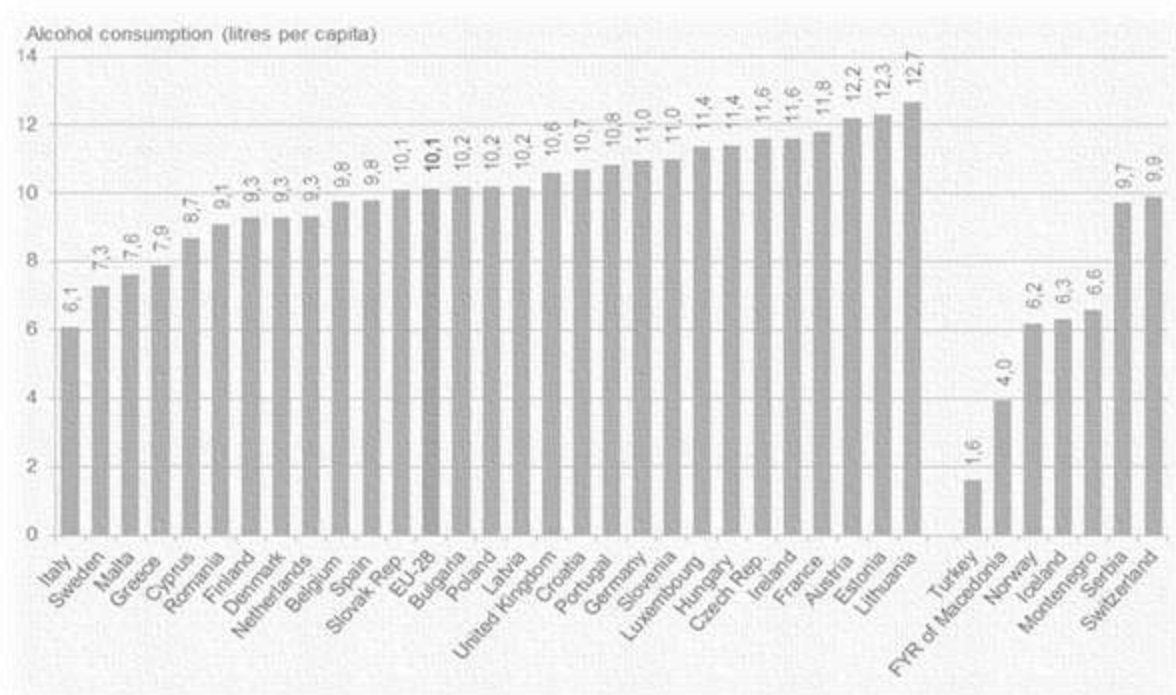
Най-високи нива на потребление на алкохол продължават да бъдат измервани в развития свят, по-специално в Европейския регион¹⁴. „Евробарометър 2010“ установява най-високи стойности в Дания (93%), Швеция (90%), Холандия (88%), а най-ниски - в Португалия (58%), Италия (60%) и Унгария (64%).

Данните от доклада „Health at a Glance: Europe 2014“ показват, че измерената в ЕС консумация на алкохол, чрез мониториране на годишните данни за продажбите на абсолютен алкохол в отделните страни, възлиза на средно 10.1 литра АА на глава от населението, за България - 10.2 литра АА на глава от населението.

¹² Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, 2014.

¹³ Anderson, P. & Baumberg, B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies. London, UK, 2006.

¹⁴ The European health report, WHO, 2015.



Съществува нарастваща тенденция за „алкохолна ексцесия“ (консумацията на над 5 алкохолни питиета наведнъж) сред младите хора в много страни на Европейския съюз. През последните години продължава да се наблюдава сближаване на тенденциите относно консумацията на алкохол при децата и младите хора в страните-членки на ЕС.

Ниво на консумация на алкохол в България

Употребата на алкохол е част от бита, традициите, обичаите и културата на българския народ. Алкохолът се е ползвал и продължава да се използва като лечебно средство. За добрата и недобрата страни на употребата на алкохол от човека, българският народ съхранява притчи и легенди. Българинът продължава да произвежда домашно вино и ракия до днес.

В периоди на тежко социално бреме консумацията на алкохол се увеличава. През последните 40 години проблемът с рисковата и вредната алкохолна употреба се задълбочава и затова е в центъра на вниманието не само на развитите държави и общества, но и на България.

Особен риск се крие в домашното производство на високоалкохолни напитки. То не подлежи на контрол и не може да бъде обхванато от официалната статистика, а това води както до фискални, така и до здравни последици. Характерна тенденция от 90-те години до днес у нас е разрастването на нелегалното производство на силно токсични алкохолни напитки, като се злоупотребява с добре известни български или вносни марки.

По традиция отношението към употребата и злоупотреба с алкохол в България се отличава с толерантност, което води до висок риск за общественото здраве¹⁵.

През 2006 г. са регистрирани 15 779 болни с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на злоупотребата на алкохол, които са под наблюдение на психиатричните заведения и кабинети. Това са 205.5 човека на сто хиляди българи, като най-голям брой от тях са в областите Бургас (2781), София (1500), Перник (1117) и Ловеч (1071). Приема се, че в България лицата, имащи проблем с алкохола, са многократно повече¹⁶.

Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот, сред население на възраст над 20 г., проведено през 2014 г. установява, че всеки четвърти анкетиран употребява алкохол ежедневно, като дялът на мъжете е 3.7 пъти по-голям от този на жените. Сред мъжете преобладават 45-54 и 55-64-годишните, а при жените – тези на 20-24 и 35-44 години¹⁷. По-голямата част от изследваните лица съобщават за умерена седмична консумация на алкохол. Рискова е седмичната консумацията на алкохол при 7.4% от мъжете и 4.0% от жените, високорискова - съответно при 13.6% и 3.4% от тях. **Прави впечатление, че само 2.9% от анкетираните са получили съвети от лекар или друг медицински персонал за ограничаване употребата на алкохол.**

Според данните на НСИ в страната се наблюдава значимо нарастване (с 12.1 литра) на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство за периода 2000-2015 г., основно поради покачването през годините на употребата на бира с около 13 л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии¹⁸.

Продукти и напитки	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Алкохолни напитки (л)	17.1	18.2	18.5	21.4	22.6	22.4	23.1	24.8	24.9	25.5	23.6	23.2	26.3	27.1	28.4	29.2
Бира	8.7	8.6	8.5	10.0	11.4	12.0	14.4	15.9	16.1	16.1	15.8	15.6	18.1	18.9	19.9	21.7
Вина	5.8	6.9	7.2	8.3	8.3	7.5	6.0	6.3	6.2	6.7	5.5	5.2	5.5	5.5	5.5	4.6
Ракии	2.3	2.4	2.4	2.7	2.6	2.5	2.3	2.1	2.1	2.2	2.0	1.9	2.1	2.1	2.4	2.2
Други спиртни напитки	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7

¹⁵ Национална програма за предотвратяване злоупотребата с алкохол 2009 – 2013 (проект), http://www.prevenicii.com/PDF_NARCO/Narco_bulletin_1_2009.pdf

¹⁶ Здравеопазване. НСИ, НЦЗИ, 2008, 63, 164, с. 165.

¹⁷ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4.

¹⁸ Доходи на домакинствата, НСИ, <http://www.nsi.bg/bg/content/3239/>

Тревожен е фактът, че консумацията на алкохол сред младите хора остава относително стабилна в рамките на 4-те етапа (1999, 2003, 2007, 2011 и 2015 г.) на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD). Резултатите от последния етап показват, че делът на 16-годишните учениците, употребили поне веднъж в живота си алкохол, варира от 96% в Чехия, 94% в Гърция, 93% в Унгария, 92% в Хърватия до 35% в Исландия. За България този показател е 86% (88% за момчетата момчета и 85% за момичетата).

За употреба на алкохол през последния месец съобщават 59.0% от анкетираните, съответно 8.6 пъти момчетата и 5.1 пъти момичетата. По 5 или повече пъти, поне веднъж месечно, са изпили 50.0% от момчетата и 42.0% от момичетата. За алкохолна интоксикация поне 1 път съобщават 20.0% от момчетата и 14.0% от момичетата¹⁹.

Посочените данни налагат активиране на дейностите за ограничаване употребата и злоупотребата с алкохол, с цел укрепване на здравето на индивидуално и обществено ниво и цялостно въздействие върху живота на населението.

1.4. РИСКОВЕ ЗА ЗДРАВЕТО, СВЪРЗАНИ С УПОТРЕБАТА НА АЛКОХОЛ

Консумацията на алкохол е съществена причина за нетрудоспособност и преждевременна смърт. По данни на СЗО 76.3 млн. души в света имат заболяване или разстройство, свързано с употребата на алкохол. Съществува причинно-следствена връзка между злоупотребата с алкохол и повече от 60 вида заболявания и увреждания - цироза на черния дроб, злокачествени новообразувания, артериална хипертония, мозъчносъдова болест, психични проблеми и др. За повечето от тези заболявания алкохолът е рисков фактор пропорционално на количеството, в което се употребява²⁰.

Най-честите заболявания, причинени от злоупотреба с алкохол

- ***Цироза на черния дроб***

Системната консумация на алкохол е водеща причина за развитие на цироза на черния дроб - болест, която е сред десетте основни причини за смъртност в много страни, включително и в България. Дори умерената, но системна употреба на алкохолни напитки, повишава многократно риска от развитие на цироза на черния дроб. По данни

¹⁹ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г, Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4

²⁰ Anderson, P. & Baumberg, B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies. London, UK, 2006.

на НСИ за периода 2010-2015 г. смъртността от цироза на черния дроб при мъжете е нараснала от 30.6‰ (2010) на 39.4‰ (2015), при жените за същия период показателите се движат между 7.9 - 9.9‰²¹.

- ***Артериална хипертония***

Повишената консумация на алкохол е една от трите установени причини за артериална хипертония (заедно със затлъстяването и високата консумация на сол). Редица епидемиологични проучвания доказват, че след три и повече алкохолни приема дневно, честотата на артериалната хипертония нараства значително.

- ***Мозъчносъдова болест***

Интензивните консуматори на алкохолни напитки имат четирикратно увеличен риск от развитие на мозъчен инсулт. Системната консумация на алкохол предразполага към тромбоемболични инциденти у млади хора и е рисков фактор за мозъчна аневризма.

- ***Злокачествени новообразувания***

Алкохолната консумация повишава риска от рак на устата, гърлото и гласните струни, гърдата, червата и черния дроб. Рискът от рак на горната част на храносмилателната система нараства в съответствие с количеството алкохолна консумация над 25 г/ден (около 250 мл вино или 500 мл бира). Сто грама алкохол на ден (приблизително 1 л вино или 2 л бира) повишават от 4 до 6 пъти риска от рак в сравнение с хората, които не консумират алкохол или го консумират умерено.

- ***Психологични и социални последици***

Употребата на алкохол е своеобразна форма на социално поведение. В пияно състояние морално-етичните задръжки значително се понижават, което причинява проблеми, свързани с работата/учението, разпадане на семейството, нанасяне на неумишлени телесни повреди, оказване на физическо насилие, извършване на тежки престъпления, пътнотранспортни произшествия и др. Честотата и тежестта на тези

²¹ Дянкова, И., Г. Котаров. Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска практика, Програма СИНДИ, 2006.

последници са свързани както с общото количество на консумирания алкохол, така и с честотата на интоксикация.

Джон Макдоналд, автор на „Убиецът и неговата жертва“, посочва сравнително голям процент на убийци в различни градове на САЩ (от 86% за Мемфис до 55% в Чикаго), които са извършили престъплението под влияние на алкохол. Убийствата най-често са немотивирани и в резултат на внезапно отключена агресия вследствие на употреба на алкохол. В Естония 80.0% от криминалните престъпления, извършени от млади хора, се свързват с алкохолна злоупотреба. В Русия 75.0% от арестуваните за убийство са били също под влиянието на алкохол. В Норвегия 53.0% от жертвите на изнасилване посочват, че техните насилници са консумирали алкохол преди акта на насилие. В Швейцария 33.0% от извършителите и 9.5% от жертвите са били алкохолно интоксикирани по време на изнасилването²².

Злоупотребата с алкохол създава проблеми в семейните взаимоотношения. Пиянски скандали, патологична ревност, несъстоятелни обвинения, тиранично поведение и агресия правят непоносим живота на членовете на семейството на алкохолика. СЗО определя като рискови семействата с един пиещ член. Особено внимание се обръща на пагубното въздействие на алкохолнозависимия родител върху здравето, психическото развитие и социалната реализация на децата.

Риск от възникване на пътнотранспортно произшествие

Консумацията на алкохол, дори и в малки количества, може да предизвика редица фатални грешки, свързани с прибързани и несъобразени с пътната обстановка действия. Освен забавените реакции и некоординираните движения, занижената концентрация и възможност за възприемане на действителността, поведението на водачите се характеризира и с надценяване на собствените и на превозното средство възможности, безкритичност и агресивност.

Рискът от възникване на ПТП нараства едновременно с количеството на алкохол в кръвта: *7-10 пъти* при концентрация 0.5‰ - 1‰; *30 пъти* при концентрация 1‰ - 1.5‰; а над 1.5‰ - *до 130 пъти*. Потенциално опасни за транспортната сигурност са и остатъчните (постинтоксикационните, метатоксичните) прояви на алкохолното

²² Alcohol and Interpersonal Violence. Policy Briefing. WHO. Regional Office of Europe, 2005, p.3

въздействие след значителна консумация на алкохол като: главоболие, потиснатост, забавеност на реакциите, раздразнителност, умора и др.

Всички нарушения, в резултат на трите основни „причини-убийци“ по пътищата - превишена скорост, употреба на алкохол и неизползване на предпазни колани, са причина за повече от половината от смъртните случаи при пътнотранспортни произшествия в Европейската транспортна мрежа. В 25 държави-членки на ЕС управлението на моторно превозно средство под въздействие на алкохол е причина за 10 800 жертви, което е 25% от смъртните случаи по пътищата²³. По данни на МВР през 2015 г. в нашата страна са регистрирани 191 ПТП, вследствие употреба на алкохол (168 - през 2014 г.), в резултат на което са загинали 10 души, а 267 са ранени²⁴.

1.5. ИНТЕРВЕНЦИОННИ СТРАТЕГИИ, ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА РИСКА В ЕС И У НАС

Международната и националната политика за ограничаване на алкохолната консумация имат за цел намаляване на смъртността, заболяемостта и нараняванията, причинени от вредната употреба на алкохол с оглед подобряване на благосъстоянието на хората, общностите и обществото като цяло²⁵.

През 1992 г. СЗО приема *Европейски план за действие срещу алкохола (1992–1999 г.)*, който продължава с *втори Европейски план за действие срещу алкохола (2000–2005г.)* и приетата като негово допълнение *Декларация за младите хора и алкохола (2001г.)*, а към настоящия момент е в сила *Европейски план за действие срещу алкохола (2012–2020 г.)*^{26 27 28 29}.

От 1996 г. СЗО активно събира глобална, регионална и национална документална информация за консумацията на алкохол в света, публикувана основно в *Доклади за глобалния статус по отношение на алкохола*. Последователно в годините са приети

²³ Работен документ на Европейската комисия, придружаващ Предложение за директива на Европейския парламент и Съвета за подпомагане на трансграничния контрол върху безопасността по пътищата, Брюксел, SEC, 2008, 350, 4-5 с.

²⁴ Пътнотранспортни произшествия през 2015 г. Министерство на вътрешните работи <http://dokpbdp.mvr.bg/Statistics/default.htm>

²⁵ Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, 2010.

²⁶ European Charter on Alcohol, 1995, adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, 12–14 December 1995, WHO, at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf?ua=1

²⁷ European alcohol action plan 2000–2005, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2000, at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/79402/E67946.pdf

²⁸ Declaration on Young People and Alcohol, WHO, 2001 at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/88589/E73074.pdf?ua=1

²⁹ European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, WHO 2012, at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

стратегииите „Здраве за всички до 2000 г.“, в която е формулирана цел за снижаване на алкохолната злоупотреба с 25% и „Здраве за всички през 21 век“, в която една от целите е насочена към превенция на алкохолната злоупотреба^{30 31}.

Вследствие на факта, че Европейският регион, и в частност страните от ЕС, са с най-високи нива на консумация на алкохол в света, е приета и Стратегия на СЗО за Европейския регион „Здраве 21 - здраве за всички в 21 век“. Основна цел на Стратегията е алкохолната консумация на глава от населението да не надвишава 6 литра годишно и да бъде близо до 0 за лицата под 15-годишна възраст (при количество от 11 литра АА, което се пада на възрастен европеец всяка година).

Паралелно с инициативите на СЗО се реализират и инициативи на Европейския съюз за обществено здраве, свързани с ограничаване на злоупотребата с алкохол. Подписана е *Европейска харта против злоупотребата с алкохол (1995 г.)*, която излага пет етични принципа и десет стратегии за дейността срещу алкохола, и *Харта*, основаваща *Европейски форум „Алкохол и здраве“*, имащ за цел да подкрепя, наблюдава и допринася за изпълнението на *Стратегията на ЕС в подкрепа на държавите-членки за намаляване на вредите, свързани с употребата на алкохол (2006 г.)*.

Глобална стратегия за намаляване на вредната употреба на алкохол³²

През 2010 г. Световната здравна асамблея приема резолюция за подкрепа на Глобална стратегия за намаляване на вредната употреба на алкохол. Стратегията включва политики и интервенции, основани на доказателства, насочени към предотвратяване на смъртността, заболяемостта, нараняванията и други психологични и социални последици в резултат от злоупотребата с алкохол.

Стратегията съдържа набор от принципи, които трябва да ръководят разработването и прилагането на политики; определя приоритетните области за действия в световен мащаб; препоръчва целеви области за действия на национално равнище и дава силен мандат на СЗО за укрепване на действията на всички нива.

³⁰ Global Strategy for Health for All by the Year 2000, WHO, 1981, at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38893/1/9241800038.pdf>

³¹ HEALTH 21 – health for all in the 21st century, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1988, at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1

³² Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, WHO 2010, at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931_eng.pdf?ua=1&ua=1

Глобалната стратегия се фокусира върху 10 ключови области за действие на национално ниво:

- лидерство, информираност и ангажираност;
- реагиране на здравните служби;
- инициативи на общностите;
- стратегии и контрамерки срещу шофиране в нетрезво състояние;
- достъпност на алкохола;
- маркетинг и пазар на алкохолните напитки ;
- политика за ценообразуване;
- намаляване на негативните последици от употребата на алкохол и алкохолната интоксикация;
- намаляване на въздействието върху общественото здраве на незаконния алкохол и алкохола собствено производство;
- мониторинг и проследяване.

Успешното изпълнение на стратегията изисква съгласувани действия от страните, ефективно глобално управление и подходящо участие на всички заинтересовани страни. Само така могат да бъдат преодолените негативните здравни и социални последици от злоупотребата с алкохол.

Национална здравна стратегия 2014-2020³³

Част от Националната здравна стратегия 2014-2020 е политиката “Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус към хроничните незаразни болести“. Според насоките на тази стратегия по-ефективна профилактика може да се постигне чрез едновременно обхващане на няколко основни направления:

- подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични);
- приобщаване на населението към здравословния начин на живот;

³³ Национална здравна стратегия 2014-2020, 2015г. http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf

- разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести;
- прилагане на интердисциплинарни модели в дейностите по тяхната профилактика и др.

Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020)³⁴

Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести има за стратегическа цел подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични незаразни болести.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Целта на Програмата по **рисков фактор „Алкохол“** е изграждане на успешен модел на национална политика до степен на саморегулация за ограничаване на злоупотребата с алкохол, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина на злоупотребата с алкохол.

Основни направления на програмата за постигане на целите:

Повишаване на информираността, обучение и включване на населението в дейности, насочени към намаляване злоупотребата с алкохол, с цел укрепване на здравето:

- Ежегодни образователно-информационни кампании;
- Разработване и разпространение на образователни и информационни материали;

³⁴ Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 – 2020
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>

- Организиране и провеждане на спортни инициативи, обединени от мотото „Изборът е личен, ефектът – върху всички!“;
- Образователни дейности за безопасност на пешеходците;
- Разработване и разпространение на образователни материали сред водачите на МПС;
- Конкурси за разработване и реализация на здравно-образователни проекти от НПО, училища, младежки клубове, РЗИ, лечебни и здравни заведения и др.

Изграждане на капацитет и умения за консултиране и подкрепа у медицинските и немедицински специалисти по въпроси, свързани с ограничаване злоупотребата с алкохол:

- **Разработване на Ръководство за добра практика на медицинските специалисти за профилактика на злоупотребата с алкохол;**
- Образователни програми за квалификация на общопрактикуващи лекари, медицински сестри и акушерки, лекари от служби по трудова медицина и работещи в болнични и извънболнични лечебни заведения;
- Въвеждане в учебния план на студентите по медицина на програма за развиване на умения за консултиране и справяне при пациенти с алкохолен проблем;
- Квалификационни курсове за педагогически специалисти, студенти по педагогика и психология по превенция на алкохол в детска и юношеска възраст;
- Реализиране на дейности за подпомагане на доброволни организации за самопомощ на лица, зависими от алкохола.

Включване на обществените структури и общности в дейности, насочени към ограничаване рисковата консумация на алкохол:

- Участие, съвместно с ДАЗД, в организирани обществени обсъждания с родители и деца;
- Сътрудничество с националните и местни медии за привличане интереса на обществото към проблема ограничаване на употребата на алкохол;
- Включване на обществени структури и общности от държавния и частния сектори в провеждането на кампании, утвърдени като добри практики в ЕС;

- Провеждане на ежегодни конкурси за разработване и реализация на здравно-образователни проекти от НПО, училища, младежки клубове, РЗИ, лечебни и здравни заведения;
- Подпомагане на национални и регионални структури за консултиране, превенция, информиране и образование на лица до 18 г.

Участие в работни групи за актуализиране и усъвършенстване на нормативната уредба, отнасяща се до:

- Забрана на шофиране след употребата на алкохол и психотропни вещества при управление на автомобил;
- Въвеждане на корегулаторни и саморегулаторни механизми за алкохолната индустрия по отношение на рекламата, маркетинговите комуникации и спонсорството, с цел опазване на общественото здраве;
- Увеличаване размера на акциза;
- Регулиране продажбата на алкохол на дребно и възможност за отнемане на разрешения за продажба;
- Ограничения в употребата на алкохол на публични събития;
- Въвеждане на механизми за санкциониране на сервиращите алкохол на малолетни и непълнолетни и др.

Мониторинг и оценка

Провеждане на проучвания за:

- Разпространение на употребата на алкохол сред населението;
- Разпространение на алкохолната злоупотреба по време на бременност и кърмене;
- Разпространение на убийства, самоубийства, опити за самоубийства и проявено насилие, вследствие злоупотребата с алкохол;
- Ниво на информираност на гражданите като потребители на алкохолни напитки;
- Нагласи на населението относно въвеждането на комбинирани здравни предупреждения върху етикетите на алкохолните напитки.

Разнообразието от проблеми, свързани с употребата на алкохол, както и мерките, необходими за намаляване на вредите, свързани с него, посочват необходимостта от цялостни действия в редица сектори. Политическите мерки, насочени към намаляване на вредната употреба на алкохол, следва да надхвърлят сектора на здравеопазване и съответно да засягат сектори като транспорт, правосъдие, социално осигуряване, данъчна политика, търговия, селско стопанство, политика за потребителите, образование и заетост, гражданско общество, икономически субекти и др.

1.6. ЗАКОНОДАТЕЛНИ МЕРКИ, НАСОЧЕНИ КЪМ ОГРАНИЧАВАНЕ НА ЗЛОУПОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ В БЪЛГАРИЯ

Злоупотребата с алкохол създава зависимост. Основните определящи моменти за развитието на една токсикомания произтичат от триадата *“личност-наркотик-социална среда”*. Несъмнено една широкоспектърна законова уредба трябва да обхваща всички аспекти на тази система. Все пак, без да подценяваме останалите елементи, от гледна точка на промоцията на здраве, несъмнено най-съществени са мерките, които са насочени към личността и укрепването на нейното здраве.

Според СЗО, законовите разпоредби трябва да обхващат следните направления:

- отговорност на тези, които произвеждат, продават и сервират алкохол да ограничават и предотвратяват злоупотребата с алкохол;
- ограничения при продажбата и сервирането на алкохол на различни категории лица и такива в алкохолизирано състояние;
- възрастови ограничения при закупуване и консумиране на алкохол;
- ограничения по отношение на часовете, местата и начините на продажба и консумация на алкохол;
- данъчни мерки;
- ограничения в субсидиите, данъчните облекчения в производството и търговията, намаляване на групите хора, ползващи привилегии при закупуването (напр. дипломати, безмитни магазини и други);
- лицензиране на производството и търговията с алкохол;
- монопол на държавата върху различни компоненти на производството и търговията с алкохол;
- цялостна или частична забрана.

Мерките за контрол на алкохолната злоупотреба най-общо включват:

- увеличаване на данъците върху алкохолните артикули;
- контрол върху алкохолното съдържание в напитките;
- мерки срещу рекламирането;
- ограничения върху минималната възраст на закупуване и консумация на алкохолни напитки;
- разработка на технологии за производство на висококачествени алкохолни напитки с ниско алкохолно съдържание;
- ограничаване на епизодите, водещи до интоксикация и отделяне на употребата на алкохол от дейности, свързани с небезопасно поведение;
- ранна идентификация и лечение на лицата с алкохолен проблем.

Законодателната уредба у нас за контрол на употребата на алкохол обхваща основно две направления:

- Ограничаване или предотвратяване на алкохолната злоупотреба;
- Предотвратяване на последиците от злоупотребата за лицето, семейството и обществото.

Закон за здравето

Чл. 53. (1) Министърът на здравеопазването и други компетентни държавни органи съвместно с неправителствените организации създават условия за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане употребата на наркотични вещества, като:

1. осъществява промотивни и профилактични дейности;
 2. осигурява достъп до медицинска помощ и социална защита на засегнатите лица.
- (2) Дейностите по ал. 1 се осъществяват чрез национални програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане употребата на наркотични вещества.
- (3) (В сила от 01.01.2006 г., изм. - ДВ, бр. 15 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г.) Едно на сто от средствата, постъпили в държавния бюджет от акцизите върху тютюневите изделия и спиртните напитки, се използват за финансиране на националните програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане употребата на наркотични вещества.

- (4) Общините приемат и осъществяват регионални програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане употребата на наркотични вещества.

Чл. 54. Забранява се продажбата на алкохолни напитки на:

1. лица под 18 години;
2. лица в пияно състояние;
3. територията на детските градини, училищата, общежитията за ученици, лечебните заведения;
4. спортни прояви;
5. обществени мероприятия, организирани за деца и ученици.

Чл. 55. (1) Забранява се пряката реклама на спиртни напитки.

- (2) Непряката реклама на спиртни напитки и рекламата на вино и бира не може:
1. да е насочена към лица под 18-годишна възраст, както и да се излъчва в предавания или да се публикува в печатни издания, предназначени за тях;
 2. да използва лица под 18-годишна възраст като участници;
 3. да свързва употребата на алкохолни напитки със спортни и физически постижения или с управление на превозни средства;
 4. да съдържа неверни твърдения относно полза за здравето, социално или сексуално благополучие или да представя въздържанието или умереността в отрицателна светлина.
- (3) Непряката реклама на спиртни напитки не може да се излъчва в радио - и телевизионни предавания преди 22.00 часа.

Закон за виното и спиртните напитки

- Чл. 1.** (1) Този закон урежда условията и реда за производството, получаването, преработката, търговията и контрола на гроздето, предназначено за производство на вино, вината, продуктите, получени от грозде и вино, и на спиртните напитки, както и управлението и контрола на лозаро-винарския потенциал.
- (3) Законът има за цел да създаде условия за възстановяване и развитие на лозаро-винарския сектор, за повишаване качеството на вината, напитките и продуктите, произведени от грозде или вино, чрез въвеждане на система от мерки, регулиращи процесите на тяхното получаване, производство и търговия.

Закон за движение по пътищата

Правила за движение по пътищата

Чл. 5 (3) На водача на пътно превозно средство е забранено:

1. да управлява пътно превозно средство под въздействие на алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози;

Задължения на водачите на пътни превозни средства

Чл. 102. На водача, собственика или упълномощения ползвател на моторно превозно средство се забранява да предоставя моторното превозно средство на водач, който е под въздействие алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози, или на неправопособен водач.

Принудителни административни мерки

Чл. 171. За осигуряване на безопасността на движението по пътищата и за преустановяване на административните нарушения се прилагат следните принудителни административни мерки:

1. временно отнемане на свидетелството за управление на моторно превозно средство на водач:
 - а) за когото видимо се установи, че не отговаря на медицинските или психологическите изисквания до отпадане на основанието за това;
 - б) който управлява моторно превозно средство с концентрация на алкохол в кръвта над 0,5 на хиляда, установена с медицинско изследване или с техническо средство, определящо съдържанието на алкохол в кръвта чрез измерването му в издишания въздух, или е под въздействието на наркотични вещества или техни аналози, както и при отказ да бъде проверен с техническо средство или да даде кръв за медицинско изследване - до решаване на въпроса за отговорността му, но за не повече от 18 месеца; при наличие на медицинско изследване от кръвна проба по реда на чл. 174, ал. 4 установените стойности са определящи;

Административнонаказателна отговорност

Чл. 174. (1) Наказва се с лишаване от право да управлява моторно превозно средство, трамвай или самоходна машина, който управлява моторно превозно средство, трамвай или самоходна машина с концентрация на алкохол в кръвта, установена с медицинско изследване и/или с техническо средство, определящо съдържанието на алкохол в кръвта чрез измерването му в издишания въздух:

1. Над 0,5 на хиляда до 0,8 на хиляда включително - за срок от 6 месеца и глоба 500 лв.;
 2. Над 0,8 на хиляда до 1,2 на хиляда включително - за срок от 12 месеца и глоба 1000 лв.
- (2) Когато нарушението по ал. 1 е извършено повторно, наказанието е лишаване от право да управлява моторно превозно средство, трамвай или самоходна машина за срок от една до три години и глоба от 1000 до 2000 лв.
- (3) Водач на моторно превозно средство, трамвай или самоходна машина, който откаже да му бъде извършена проверка с техническо средство за установяване употребата на алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози или не изпълни предписанието за медицинско изследване на концентрацията на алкохол в кръвта му и/или наркотични вещества или техни аналози, се наказва с лишаване от право да управлява моторно превозно средство, трамвай или самоходна машина за срок от две години и глоба 2000 лв.
- (4) Редът, по който се установява употребата на алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози, се определя с наредба на министъра на здравеопазването, министъра на вътрешните работи и министъра на правосъдието.

Чл. 177. (3) Наказва се с глоба от 100 до 300 лв. собственик, длъжностно лице или водач, който допуска или предоставя управлението на моторно превозно средство на лице, което не притежава съответното свидетелство за управление, употребило е алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози.

Наказателен кодекс

Престъпления по транспорта и съобщенията

- Чл. 343. 6** (1) Който управлява моторно превозно средство с концентрация на алкохол в кръвта си над 1,2 на хиляда, установено по надлежния ред, се наказва с лишаване от свобода до една година.
- (2) Който управлява моторно превозно средство с концентрация на алкохол в кръвта си над 0,5 на хиляда, установено по надлежния ред, след като е осъден с влязла в сила присъда за деянието по ал. 1, се наказва с лишаване от свобода до две години и с глоба от 100 до 300 лева.
- (3) Който управлява моторно превозно средство след употреба на наркотични вещества или техни аналози, се наказва с лишаване от свобода до две години.

1.7. ИНСТИТУЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ, ЗАНИМАВАЩИ СЕ С ПРОБЛЕМА У НАС

- ***Министерство на здравеопазването***

Дирекция „Политика по промоция на здраве и профилактика на болестите”

Подпомага министъра при ръководене на националната система на здравеопазване във връзка с контрола и превенция на дейностите, свързани с ограничаване разпространението на незаразните и заразни болести и осигуряване на социални, икономически, екологични и други условия, както и на адекватно здравно образование, във връзка с възможността за подобряване на собственото здраве на индивидите чрез засилване на личната и груповата отговорност.

Дирекция „Държавен здравен контрол”

Подпомага министъра при ръководене на националната система на здравеопазване във връзка с контрола на дейностите, свързани с опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол, контролира спазването на установените, с нормативен акт, здравни изисквания за осигуряване на здравословна жизнена среда и опазване здравето на гражданите.

- ***Национален център по общественото здраве и анализи***

Центърът изследва здравния статус на населението и връзката му с факторите на средата и условията на живот; провежда епидемиологични проучвания и оценка на факторите на риска за хроничните незаразни болести, вкл. употребата на алкохол; участва в координирането и изпълнението на Националната програма за профилактика на хроничните незаразни болести, както и в международни изследователски програми, насочени към укрепване на общественото здраве; провежда интервенционни мероприятия, обучителни семинари и издава информационни и методични материали.

- ***Национален център по наркомании***

Центърът поддържа анонимна и безплатна Национална телефонна линия за консултации и насочване по въпросите на зависимостта към наркотични вещества и алкохол.

- ***Регионални здравни инспекции***

Участват в изпълнението на Националната програма за профилактика на хроничните незаразни болести, част от която е алкохолът като рисков фактор за здравето. Осъществяват дейности на регионално ниво, насочени към намаляване злоупотребата с алкохол.

- ***Министерство на образованието и науката*** – ангажира се с превенцията на злоупотребата с алкохол, наркотици и тютюнопушенето сред младите хора.

- ***Държавна агенция за младежта и спорта*** - разработва дейности за популяризиране на масовия спорт, като алтернативна форма на прекарване на свободното време, както и промоцията на здравословно поведение, като цяло сред младите хора.

- ***Министерство на труда и социалната политика*** - регулира превантивните дейности, насочени към работното място, оказва помощ при социалната рехабилитация и реинтеграция на хората, злоупотребяващи или зависими от алкохола.

- ***Министерство на вътрешните работи*** - сред задачите на МВР е и профилактиката на криминалното поведение сред подрастващи (включително и в резултат на употреба на алкохол). Една от задачите на системата на детските педагогически стаи е да се предотврати задълбочаването на криминалното поведение сред вече уточнен рисков контингент.

- ***Централна комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетни и непълнолетни при МС*** - възпитателна работа с малолетни и непълнолетни, извършили противообществени прояви; с малолетни и непълнолетни, поставени в неблагоприятни условия на живот, развитие и възпитание; със защита правата на децата в криминогенен риск.

- ***Български червен кръст*** - разработва масови кампании, насочени срещу злоупотребата с алкохол, тютюнопушенето и наркотиците, както и такива, насочени към промоция на здравословен начин на живот. Особен интерес в дейността на БЧК е работата сред младите хора на Младежкия червен кръст, който

провежда такава работа сред рисковата група на младите хора. Освен традиционните образователни кампании, в последно време БМЧК обучава неформални лидери сред младите хора.

- ***Държавна агенция за закрила на детето*** – съгласно Закона за закрила на детето работи по проблемите на децата в риск, оказва съдействие на деца в рискови семейства, злоупотребяващи с алкохол.
- ***Агенция "Митници" към Министерство на финансите*** - изследва, анализира и идентифицира стоки, подлежащи на облагане с акциз. Чрез Митническата лаборатория осъществява пълно охарактеризиране за определяне на Мъорзинг код, с цел облагане на стоките с допълнителни мита върху селскостопанските компоненти и акцизни стоки - етилов алкохол, спиртни напитки, тютюн и тютюневи изделия.
- ***Изпълнителна агенция по лозята и виното при Министерство на земеделието и храните*** - осъществява контрол по спазването на изискванията на Закона за виното и спиртните напитки по отношение на лозовите насаждения, гроздето, предназначено за производство на вино, гроздовата мъст, продуктите от грозде и вино, и вината.
- ***Медии*** – участват в процеса за разпространение на информация, свързана с употребата и злоупотребата с алкохол, и за формирането на политика на национално и регионално ниво. Организируют пресконференции, участия на експерти в предавания по електронните медии, издаването на материали в периодичния и специализирания печат, както и предоставяне на информация за обзорни публикации и други, което допринася за по-добрата информираност на обществото за рисковете, произтичащи от злоупотребата с алкохол.

РАЗДЕЛ 2.
ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПРИ ЛИЦА,
ЗЛОУПОТРЕБЯВАЩИ С АЛКОХОЛ

2.1. АЛГОРИТЪМ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПРИ ПАЦИЕНТИ,
УПОТРЕБЯВАЩИ АЛКОХОЛ

За профилактика на свързаните с алкохола проблеми се използват главно *четири стратегии*³⁵:

1. *Национална политика за алкохола*, която включва данъчно законодателство, регулиране на цените, ограничения в рекламирането, мястото и времето за продажба, осигуряване на здравно образование на обществото. Тези важни инструменти за решаване на свързаните с алкохола проблеми имат ефект, когато са координирани със селскостопанската и търговската политика.
2. *Здравно образование* по отношение както на рисковете за здравето, така и за психологичните и социалните вреди, свързани с алкохолната консумация; за по-голяма ефективност то следва приоритетно да бъде насочено към уязвимите лица и към групи, при които консумирането на алкохол може доведе до възникване на опасни ситуации (бременни, деца, младежи, алкохолици и на работното място).
3. *Откриване на лица с рискова и вредна алкохолна консумация*. Това може да се осъществи чрез: разпитване на пациентите относно техните навици за употреба на алкохол; извършване на кръвни тестове за откриване на маркери за прекомерна алкохолна консумация; използване на въпросник за проучване на проблемите, свързани с употребата на алкохол на отделните индивиди.
4. *Краткотрайна интервенция* – метод с доказана ефективност в условията на първичната медицинска помощ при лица с рискова или вредна консумация на алкохол, открити чрез скрининг.

Практиката показва, че медицинските специалисти играят значима роля в ограничаване на консумацията на алкохол сред населението, защото:

- те се срещат ежедневно с голям брой пациенти;
- пациентите се доверяват на лекарите по проблеми, свързани със здравето;

³⁵ Профилактика в условията на първичната медицинска помощ. Препоръки за утвърждаване на добра професионална практика. СИНДИ, С., 1996.

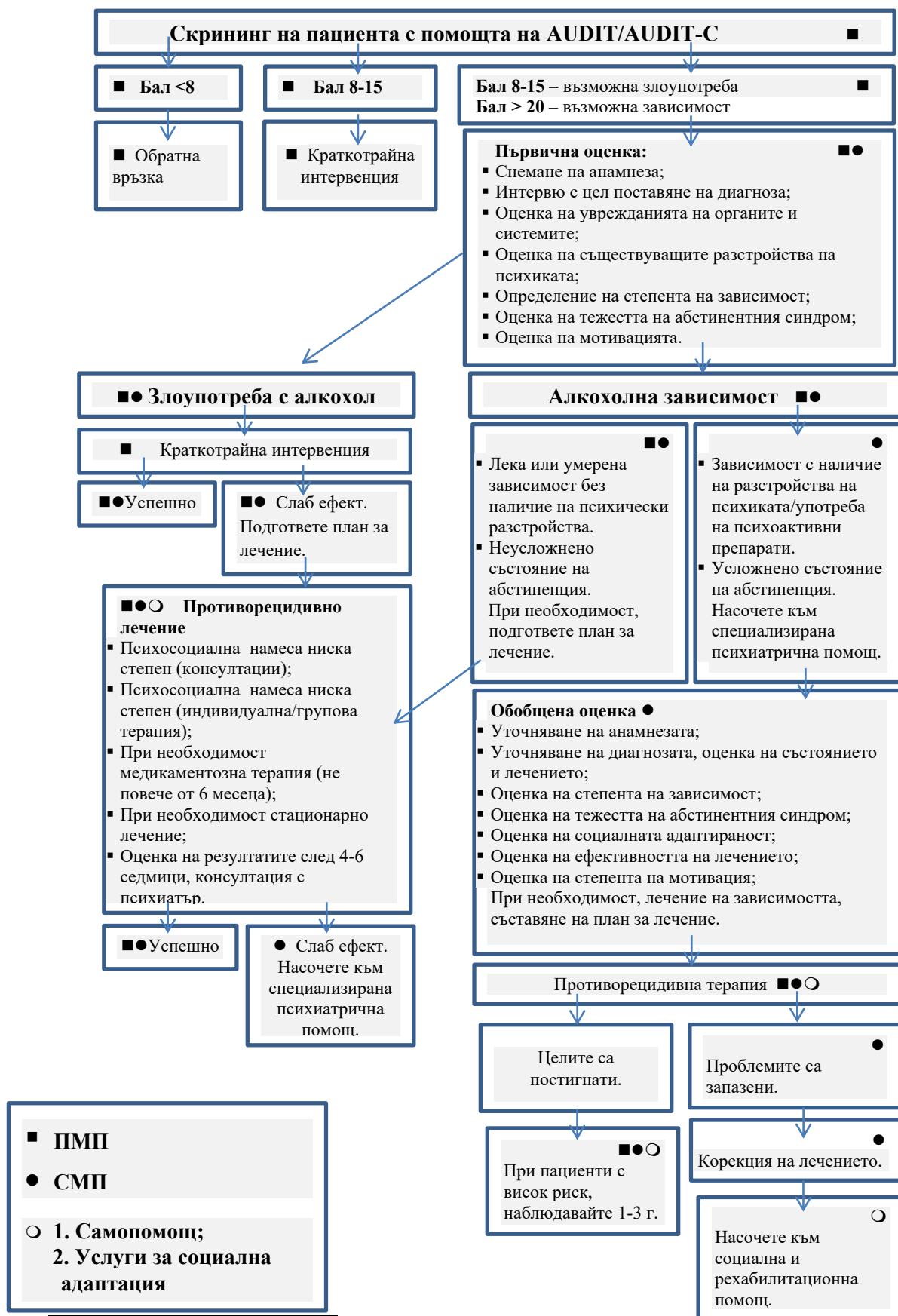
- лекарите могат да дадат съвет/консултация, отчитайки спецификата на здравето на пациентите;
- пациентите са готови да приемат и изпълняват здравни съвети, получавани от лекарите.

Какво трябва да може медицинският специалист?

СЗО определя 12 сфери на компетентност, които трябва да притежава медицинският специалист за успешно справяне с пациенти с потенциални или вече съществуващи алкохолни проблеми:

1. Знания за разпространението на рисковата и вредната употреба на алкохол и справяне със свързаните с това, физиологични, психологични и социални проблеми;
2. Знания и оценка на въздействието на проблемите, свързани с алкохолната консумация на пациентите, върху техните партньори и семейства;
3. Познаване (разбиране) на отношението на пациента към алкохола;
4. Способност да се определят различните физиологични, психологични и социални индикации за проблемите, свързани с алкохола;
5. Способност да се предаде точна информация за алкохолната консумация и проблемите, свързани с нея, по подходящ начин на пациента и близките му;
6. Способност да се направи разграничение между нискорисково, рисково, вредно и зависимо ниво на алкохолна консумация;
7. Способност за справяне с физиологичните последици и усложнения на алкохолната интоксикация;
8. Способност да се снесе точна анамнеза на употребата на алкохол;
9. Способност да се разпознаят симптомите на заболяване, свързано с алкохолната консумация;
10. Способност за точно интерпретиране на лабораторните резултати;
11. Способност за избор на подходящ план за справяне с проблема: съвет, интервенция или насочване към съответен специалист или клиника;
12. Способност за насочване и водене на дезинтоксикация на пациента в домашни условия.

Алгоритъм на медицинската помощ при пациенти, употребяващи алкохол³⁶



³⁶ Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство. Руководство для семейного врача и семейной медсестры. Институт развития здоровья, 2017.

Първият етап от дейността на медицинските специалисти е свързан с *ранното откриване* на пациенти, злоупотребяващи с алкохол, чрез провеждане на *скрининг и краткотрайна интервенция (СКИ)* - широко използвана и базирана на доказателства интервенция за намаляване на вредите, причинени от алкохола (Alcohol Brief Intervention (ABI) или Screening and Brief Intervention (SBI).

За да се оцени нивото на консумация на алкохол се използват различни тестове, като най-известният от тях е *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*. AUDIT е разработен от Световната здравна организация и е широко използван в целия свят. Достоверността на този тест е висока - почти 90% от случаите. AUDIT се състои от десет въпроса, включително въпроси относно честотата и количеството на употреба на алкохол, както и рисковото поведение и фактори, показващи наличието на зависимост³⁷. Тъй като тестът може да се окаже прекалено дълъг и отнемащ време в определени ситуации, се използва и версията AUDIT-C, съдържаща първите три въпроса от теста³⁸.

Ако се установи, че пациентът приема алкохол в рискови или вредни количества, се препоръчва *краткотрайна интервенция (КИ)*. Това е метод за въздействие, насочен към намаляване на вредите, причинени от прекомерната консумация на алкохол, включително и към намаляване на консумираното количество и предотвратяване появата на зависимост. КИ е кратък, структуриран разговор, чиято цел е да помогне на пациента да разбере необходимостта от промяна, да го мотивира и да му помогне при вземането на решение за промяна в поведението.

Ако AUDIT показва *злоупотреба с алкохол*, отново се извършва краткотрайна интервенция и ако тя не дава резултат или AUDIT показва *възможна зависимост*, е необходимо да бъде изяснена диагнозата. Лечението на злоупотребата с алкохол е дългосрочно и включва работа в екип. То може да се извършва както на ниво медицински специалисти от ПМП, така и на ниво специализирана психиатрична помощ.

Ефективността на краткотрайните интервенции е безспорно доказана на ниво първична медицинска помощ. Това може да се обясни с дългосрочната и поверителна връзка на пациента със семейния лекар и/или медицинската сестра. Също така броят на повторните посещения е значително по-голям от този в специализираната медицинска

³⁷ Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. 2001, *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition.*, World Health Organization, Geneva.

³⁸ Bradley, K.A., DeBenedetti, A.F., Volk, R.J., Williams, E.C., Frank, D. & Kivlahan, D.R. 2007, "AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 31, no. 7, pp. 1208-1217.

помощ, която пациентът по-рядко посещава. Редица изследвания доказват ефективността на този метод, като се посочва, че в резултат на краткотрайните интервенции употребата на алкохол намалява средно с 3.8 единици на седмица³⁹.

2.2. РАННО ОТКРИВАНЕ НА ЛИЦА, ЗЛОУПОТРЕБЯВАЩИ С АЛКОХОЛ

Често пъти медицинските специалисти изпитват неудобство да разговарят с пациентите си за алкохола или не знаят как точно да го направят. Безспорен е фактът, че злоупотребата с алкохол представлява сериозен риск за здравето и е свързана с развитието на повече от 200 заболявания, водещ фактор за възникването на хронични незаразни болести (Световна здравна организация, 2015). Ако медицинският специалист си напомни това и си представи какво би могъл да предотврати със своята намеса, то няма да има съмнения при повдигането на този въпрос с пациентите.

Най-честите причини, поради които медицинските специалисти не разговарят с пациентите си на тема „Алкохол“, са:^{40 41}

- деликатност на темата за алкохола;
- увереност, че пациентите няма да ги изслушат;
- убеждението на лекаря/медицинската сестра, че той/тя знае всичко за връзката на пациентите и алкохола;
- недостатъчна компетентност/липса на умения за справяне с проблемите на алкохола;
- липса на време.

Възможности за повдигане на темата за алкохола:

- Пациентът сам желае да говори за това;
- Медицинският специалист започва разговор с пациента, провокиран от специфични признаци, които доказват злоупотребата с алкохол (проблеми, свързани със здравето, на работното място, социални проблеми и т.н.);
- Медицинският специалист повдига темата с всички пациенти и пояснява, че това е рутинна процедура (NHS Health Scotland 2016)⁴².

³⁹ O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. 2014, "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 49, no.1, pp. 66-78.

⁴⁰ Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. & Rautio, P. 2003, "Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study", *Family practice*, vol. 20, no. 3, pp. 270-275.

⁴¹ Wilson, G.B., Lock, C.A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M.M. & Kaner, E.F. 2011, "Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 46, no. 5, pp. 570-577.

⁴² NHS Health Scotland 2016, „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamise. Koolitaja juhendmaterjal.“ Tervise Arengu Instituut, 2016.

Откриване на лица с рискова и вредна алкохолна консумация⁴³

Това може да се осъществи чрез следните специфични мерки:

Разпитване на пациентите относно техните навици за употреба на алкохол или чрез използване на въпросници, с които може да се установи обичайната честота на консумация през даден период от време (седмица или месец), видът на приеманите алкохолни напитки и тяхното обичайно дневно количество.

Най-често задаваните въпроси са за:

- продължителна алкохолна употреба, независимо от причинените вреди;
- честота на пиене;
- количество консумиран алкохол;
- затруднен контрол върху приема на алкохол;
- консумация на алкохол от пациенти, при които са установени заболявания, като хипертония, депресия и други с възможна алкохолна генеза;
- наличие на повишен толеранс (прием на големи количества без да предизвикват интоксикация);
- абстиненция (тревожност, тремор, изпотяване след прекратяване приема на алкохол).

Извършване на кръвни тестове за откриване на маркери за прекомерна алкохолна консумация (напр. среден клетъчен обем и гама-глутамил-транспептидаза). Поради относително високата степен на фалшиво положителни резултати, тези тестове не са много добри инструменти за скрининг.

Провеждане на тест за оценка на пациенти с алкохолен проблем (AUDIT), на зависимостта им от алкохола и на психосоциалните последици от неговата употреба. Подобно рутинното анкетиране носи следните ползи:

- информира и образова пациентите за рисковете от прекомерната консумация на алкохол;
- идентифицира свързаните с алкохола проблеми преди да е настъпила сериозна зависимост;

⁴³ Профилактика в условията на първичната медицинска помощ. Препоръки за утвърждаване на добра професионална практика. СИНДИ, С., 1996.

- мотивира пациентите да променят в позитивен план навиците си за употреба на алкохол;
- подлага изложените на риск лица на въздействие чрез ефективна интервенция.

Как да се проведе скринингът?

За да се оцени нивото на консумация на алкохола, се използва **AUDIT**⁴⁴ (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). AUDIT се състои от десет въпроса, включително въпроси относно честотата и количествата на употреба, както и вредното поведение и фактори, показващи наличието на зависимост. Тъй като тестът може да се окаже прекалено дълъг и отнемащ време в определени ситуации, се използва и версията **AUDIT-C**, съдържаща първите три въпроса от теста.

AUDIT - C (*Alcohol Use Disorders Identification Test - C*) (съкратена версия на AUDIT)

<p>1. Употребявате ли алкохол?</p> <p>0) никога 1) 1 път месечно и по-малко 2) от 2 до 4 пъти месечно 3) от 2 до 3 пъти седмично 4) 4 и повече пъти седмично</p>
<p>2. Колко единици алкохол обикновено изпивате на един случай?*</p> <p>0) 1 – 2 1) 3 – 4 2) 5 – 6 3) 7 – 9 4) 10 и повече</p>
<p>3. Колко често пиете 6 и повече питиета дневно?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>

⁴⁴ Lehto J. Approaches to Alcohol Control Policy. WHO Regional Publications, European Series, N 60, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
(пълна версия на AUDIT)

<p>1. Употребявате ли алкохол?</p> <p>0) никога 1) 1 път месечно и по-малко 2) от 2 до 4 пъти месечно 3) от 2 до 3 пъти седмично 4) 4 и повече пъти седмично</p>	<p>6. Колко пъти през изминалата година имате желание да пиете сутрин, след интензивно пиене?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>2. Колко единици алкохол обикновено изпивате на един случай?*</p> <p>0) 1 – 2 1) 3 – 4 2) 5 – 6 3) 7 – 9 4) 10 и повече</p>	<p>7. Колко често през изминалата година сте имали чувство за вина и угризение, след употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>3. Колко често пиете 6 и повече питиета дневно?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>8. Колко пъти през изминалата година не си спомните какво се е случило, след употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>4. Колко пъти през изминалата година не успяхте да спрете да пиете?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>9. Имате ли случай, когато Вие или някой друг е пострадал, като резултат от вашето пиене?</p> <p>0) не 2) да, но не миналата година 4) да, през миналата година</p>
<p>5. Колко често през изминалата година сте забелязали, че не изпълнявате задълженията си поради употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>10. Има ли Ваш роднина, приятел, лекар или някой друг, който Ви е посъветвал да спрете да пиете?</p> <p>0) не 2) да, но не миналата година 4) да, през миналата година</p>

В голяма част от случаите е достатъчно да се намали количеството на консумирания алкохол, за да се намали рискът от възникване на заболявания. За тази цел се приема **концепцията за нискорискови граници**, в която рискът е съществено по-малък. Разбира се, няма абсолютно безопасни количества алкохол и има ситуации и болести, когато е необходимо напълно въздържание от алкохол. Въпреки това, за повечето хора е достатъчно да се намали количеството му.

Граници за нисък риск при употреба на алкохол⁴⁵



Количество алкохолни единици = количество (в литри) x алкохолен градус (%) x 0,789

1 алкохолна единица = 10 грама абсолютен алкохол (АА)

Класифициране нивото на риска при злоупотреба с алкохол

Ако пациентът реагира положително и е готов да продължи да обсъжда темата за алкохола, трябва да се определи каква е *степента на риск* от консумацията на алкохол в неговия случай. Смята се, че хората, които консумират алкохол се разделят на две групи: такива, които нямат здравословни проблеми и такива, които се нуждаят от лечение. От изключителна важност е ранното откриване на лицата, злоупотребяващи с алкохола, дори и те да нямат никакви проблеми. Raistrick, Heather & Godfrey 2006⁴⁶ съобщават, че само малка част от скрининга се нуждае от допълнителна помощ и консултиране. Според Rehm et al., 2012 г.⁴⁷, те са около 30%.

Класификация на лицата, според степеня на риск⁴⁸

- *Потребители на алкохол с нисък риск* – лица, които употребяват алкохол в малки количества. Трябва да се отбележи обаче, че безвредна консумация на алкохол не съществува, а при някои заболявания рискът възниква и от една глътка.
- *Потребители на алкохол в рискови количества* - лица, които консумират алкохол в количества, които са опасни за здравето, но здравословни проблеми все още не са възникнали.
- *Потребители на алкохол във вредни количества* - лица, които злоупотребяват с алкохол и са налице умствени и/или физически увреждания на здравето.
- *Потребители, зависими от алкохола* – лица, при които е налице зависимост от алкохола. Налице и подценяване на риска за здравето.

⁴⁵ Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство. Руководство для семейного врача и семейной медсестры. Институт развития здоровья, 2017.

⁴⁶ Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. 2006, „Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems“, The National Treatment Agency for Substance Misuse, United Kingdom.

⁴⁷ Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. 2012, „Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.“, Centre for Addiction and Mental Health, Canada.

⁴⁸ Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство. Руководство для семейного врача и семейной медсестры. Институт развития здоровья, 2017.

Класификация според консумираното количество алкохол през седмицата⁴⁹

- Умерена консумация на алкохол – до 280 мл АА при мъжете и 140 мл АА при жените;
- Рисква консумация на алкохол – 280-350 мл АА при мъжете и 140-210 мл АА при жените;
- Високорискова консумация на алкохол – над 350 мл АА при мъжете и 210 мл АА при жените.

Трябва да се има предвид, че пациентът може съзнателно да понижи количеството на алкохолната консумация поради лошата репутация на това сред обществото. Не се препоръчва рутинно измерване на биологични маркери в телесните течности като основен метод за откриване на злоупотребата с алкохол при лица без симптоми.

2.3. КРАТКОТРАЙНА ИНТЕРВЕНЦИЯ ПРИ ПРЕКОМЕРНА УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ

Краткотрайната интервенция е предназначена за лица, които консумират алкохол в рискови за здравето количества или злоупотребяват с него. Важно е да се отбележи, че краткотрайната интервенция не е достатъчна при лица, които са пристрастени към алкохола.

Краткотрайната интервенция е кратък мотивиращ разговор/беседа с фиксирана структура - FRAMES (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic interviewing; Self-Efficacy*)⁵⁰. Тя е с доказана ефективност в условията на първичната медицинска помощ при лица с рискова или вредна консумация на алкохол, открити чрез скрининг и включва:

- *даване на съвет* - в продължение на 5-10 минути лекарят настойчиво, но приятелски съветва пациента, за да може:
 - да идентифицира съществуващите при него проблеми, свързани с алкохола, като подчертае възможната връзка на тези проблеми с употребата на алкохол;
 - да подпомогне пациента да осъзнае, че попада в категорията на рисково пиещите лица;
 - да акцентира върху необходимостта от въвеждане на самоограничения в консумацията на алкохол.

⁴⁹ Дянкова, И., Котаров, Г., Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска практика, Програма СИНДИ, 2006.

⁵⁰ NHS Health Scotland 2016, „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamise. Koolitaja juhendmaterjal.“ Tervise Arengu Instituut, 2016.

За по-голям ефект съветването следва да се комбинира с даване на здравно-образователни материали (листовки или брошури), в които са посочени някои от начините за намаляване на пиенето.

- *кратко мотивиращо интервю* с фиксирана структура на провеждане - **FRAMES** (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic interviewing; Self-Efficacy*). Тази форма на интервенция е особено подходяща при лица с вредна алкохолна консумация и цели:
 - да установи готовността на пациента за извършване на промяна;
 - да се подбере стратегия, съответстваща на действителното ниво на мотивация за промяна;
 - да се подпомогне пациентът при вземане на собствено решение за промяна.

FRAMES (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic interviewing; Self-Efficacy*)

F (Feedback)	Обратна връзка с пациента за неговия персонален риск (резултат от AUDIT и установяване на връзката му със здравните проблеми).
R (Responsibility)	Осигуряване на лична отговорност на пациента (вземане на решения за това кога и как да се извършат промените по отношение на консумацията на алкохол).
A (Advice)	Препоръки (ако пациентът даде съгласието си, медицинският специалист дава съвет дали е достатъчно да се намали количеството на алкохола или е необходимо напълно да се откаже от него).
M (Menu)	Предложение за възможности за справяне с проблема (предоставяне на възможности за намаляване на консумацията на алкохол, например намаляване на количеството или честотата на консумация, период без употреба на алкохол).
E (Empathic interviewing)	Емпатично интервюиране (медицинският специалист изслушва пациента с разбиране, без опозиция. Целта не е убеждаване или забрана, а оказване на помощ на пациента да осъзнае необходимостта от промяна).
S (Self-Efficacy)	Повишаване на увереността на пациента (медицинският специалистизираните разговаря с пациента, за да повиши желанието му за промяна).

FRAMES обяснява общия подход към принципите, които трябва да бъдат взети предвид при краткотрайните интервенции, но не описва конкретните стъпки. Националната здравна система на Шотландия (NHS Health Scotland) е разработила модел, който поетапно описва интервенцията.

Краткотрайната интервенция винаги трябва да започва с *декларация за проблема, скрининг и обратна връзка*. След това трябва да се направи оценка на реакцията на пациента и по-нататъшната му готовност за промяна.

Етапи на краткотрайната интервенция⁵¹

Декларация на проблема: "Пиете ли алкохол?"
Проверка и обратна връзка: "Консумирането на голямо количество алкохол е риск за здравето. Смятате ли, че това важи и за Вас?"
Оценка на готовността за промяна: "Какви чувства изпитвате сега по отношение употребата на алкохол? Какво би било за Вас по-ползено сега?"
Избор на най-добър подход. Използвайте една или повече опции по-долу:
Информация и препоръки: "Вие желаете повече информация."
Повишаване на мотивацията: „Какви са предимствата и недостатъците при употреба на алкохол?“
Стратегия за решаване на проблема: "От какъв вид обучение имате нужда, за да избегнете проблеми и трудни ситуации, свързани с алкохола?"
Повишаване на самочувствието: „До колко сте уверени в себе си? С какво може да Ви се помогне?“
Опции за избор: "Какви цели са подходящи за вас?“

Стратегия на изхода - помнете, че Вие и Вашият пациент може по всяко време да приключите с интервенцията.

Край на разговора: "Няма значение, че сега не желаете да говорите за това. Ще ви дам този информационен лист. При необходимост можете да се свържете с друго лице, което предоставя подобни медицински услуги.

Избирайки подходящия момент, кажете: "Винаги можете да се обърнете към мен отново!"

⁵¹ Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство. Руководство для семейного врача и семейной медсестры. Институт развития здоровья, 2017.

Готовността на пациента за промяна се оценява с помощта на *Модела на промяната*⁵². Важно е да се разбере, че не е задължително да се преминат всички етапи подред, а разбивка може да се извърши на всеки един от етапите.

Модел на промяната

<p>Оценка на готовността за промяна:</p> <p>"Какви чувства изпитвате сега, когато употребявате алкохол?</p> <p>Какво би било за Вас сега полезно?</p>	<p>Етапи на промяната</p> 
--	---

Подходът (КИ) е специфичен към всеки пациент и зависи от фазата (етапа), на която се намира пациентът. Степените на интервенция, като се има предвид отделните етапи, биха изглеждали схематично така:

Фази на промяна и свързани с тях дейности за отказване⁵³

Фаза (етап)	Дефиниция	Подход (кратка интервенция)
Пациентът не мисли още за промяна	Не осъзнава рисковете за здравето, продължава да употребява алкохол, без да планира промяна в близкото бъдеще.	Обяснете на пациента рисковете за здравето при злоупотреба с алкохол и наблегнете на ползите от неговото спиране.
Пациентът мисли за промяна	Осъзнава рисковете за здравето, мисли за промяна.	Приветствайте идеята за промяна. Подкрепете пациента за неговото желание да опита, като го информирате за рисковете за здравето ако продължава да употребява алкохол и ползите при промяна на поведението.
Пациентът е готов за промяна	Взето решение за промяна и планиране на действия.	Дискутирайте с пациента как да постигне желанието си за промяна. Дайте му съвет. Насърчете го.
Поддържане	Пациентът е постигнал умерена употреба на алкохол, като постоянно поведение.	Подкрепете действията му.

⁵² Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. 1983, "Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change", *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 51, no. 3, pp. 390-395.

⁵³ European Charter on Alcohol, 1995. WHO, Regional Office for Europe. EUR/ICP/ALDT 94 03/CN01; also at www.euro.who.int/About/WHO/Policy/20010927_7

В зависимост от етапа, на който се намира пациента, се определя и подходът, който трябва да се приложи. При прилагането на кратко мотивиращо интервю медицинският специалист може да използва *различни подходи*⁵⁴:

- А) начин на живот, стрес и употреба на алкохол;
- Б) здраве и употреба на алкохол;
- В) един обичаен ден;
- Г) добрите и по-малко добрите неща;
- Д) предоставяне на информация;
- Е) бъдещето и настоящето;
- Ж) анализ на безпокойствата;
- З) подпомагане при вземане на решение.

Всеки от тези подходи отнема 5 до 15 минути, като колкото по-дълбоко се навлиза в проблема, толкова по-голяма готовност за промяна е нужна от страна на пациента. Ето защо докато първите по ред подходи могат да бъдат използвани при почти всички пациенти, то последните в списъка могат да бъдат използвани при по-малък брой пациенти, взели твърдо решение за промяна.

- **Подходи “А” и “Б”** са начални и включват общ разговор за настоящия начин на живот на индивида и трудните ситуации в него, като след това се повдигне темата за алкохола с един по-общ въвеждащ въпрос от типа на “В кои случаи употребявате алкохол?” и се отиде накрая до по-целенасочен въпрос от типа на “Как се отразява върху здравето Ви употребата на алкохол?”.
- **Подходи “В” и “Г”** помагат на медицинския специалист да разбере кои обстоятелства от живота на пациента го карат да говори за “типичен ден или седмица” и да оцени готовността му за промяна, фокусирайки се върху неговите схващания, т.е. онова, което пациентът смята за добро или лошо по отношение на употребата на алкохол.

⁵⁴ Профилактика в условията на първичната медицинска помощ. Препоръки за утвърждаване на добра професионална практика. СИНДИ, С., 1996.

- Ако пациентът покаже липса на загриженост по отношение на употребата на алкохол, могат да бъдат използвани подходи “Д” и “Е”, т.е. предоставяне на повече информация за ефектите на алкохола върху здравето и фокусиране върху контраста между настоящото състояние на пациента и промените, които може да настъпят, ако навикът за консумация на алкохол продължи в бъдеще.
- В случай, че пациентът ясно изрази загриженост и покаже желание да вземе решение за промяна, могат да се използват подходи “Ж” и “З”, т.е. изследване на безпокойството във връзка с употребата на алкохол или необходимостта от намаляване на количеството му. Вземайки под внимание тази загриженост, да му се помогне при вземането на решение.

Ангажиментът на пациента за промяна е възможно да бъде непостоянен, тъй като взетите от него решения в тази насока често са колебливи. Той трябва да бъде уведомен за това и да му се каже, че би трябвало да потърси нов контакт с медицинския специалист при необходимост.

Трябва да се има предвид, че ако пациентът не е готов да продължи диалога и сътрудничеството, винаги има възможност да преустановите краткотрайната намеса. В този случай трябва да се обясни на пациента, че разговорът може да продължи друг път, когато той е готов и има желание за това.

Като краткотрайна интервенция *обикновеният съвет* има за цел внимателно да убеди пациента, употребяващ алкохол, да размисли дали е необходима промяна в поведението му – намаляване на консумацията на алкохол до пълно въздържание.

Препоръки при даване на съвет от медицинския специалист⁵⁵

- Пациентът трябва да бъде уверен, че на него не се гледа като на “алкохолик”, но му се обяснява, че ако продължи да консумира алкохол със същото темпо, вероятно могат да настъпят увреждания на здравето, а също и да възникнат служебни и лични проблеми;
- Трябва да се обясни вредата, която причинява прекомерното пиене, в т.ч. повишено кръвно налягане, стомашни разстройства, главоболие, раздразнителност, тревожност и депресия, сексуални затруднения, проблеми със съня, лоша концентрация, лоша работоспособност, случайни наранявания, конфликти с приятелите и семейството, финансови трудности, някои хронични заболявания (заболявания на черния дроб и рак). В противовес на това могат да се изтъкнат ползите за пациента;
- Важно е пациентът да се съгласи, че целта е изпълнима. На лица, които пият прекомерно, медицинският специалист може да постави като начало ниво над границата от 280 мл АА - за мъже и 140 мл АА - за жени, седмично. Разбира се, трябва да се подчертае, че дългосрочната цел е употребата на алкохол да се намали още повече;
- По-безвредна е консумацията на алкохол, осъществена в рамките на цялата седмица, вместо същото количество да се приема наведнъж или на два пъти; на популационно ниво не трябва да се защитава схема за ежедневна или честа употреба на алкохол, дори когато се касае за такава в диапазона с нисък риск;
- Що се отнася до риска за здравето, видът на алкохолната напитка няма значение (освен в случаи на остра интоксикация);
- Трябва да се положат грижи за избягване на възможни неблагоприятни ефекти на директното съветване или убеждаване, тъй като пациентът може да заеме защитна позиция. Особено е важно това при онези лица, които още не са решили дали са готови да променят или не своите навици на пиене.

⁵⁵Профилактика в условията на първичната медицинска помощ. Препоръки за утвърждаване на добра професионална практика. СИНДИ, С., 1996.

Най-чести оплаквания вследствие употреба на алкохол:

Пациентът може да се оплаква от:

- потиснато настроение;
- нервност;
- безсъние;
- соматични усложнения, дължащи се на употребата на алкохол (язва, гастрит, хепатит);
- злополуки и наранявания вследствие алкохолна употреба;
- паметови смущения, отслабване концентрацията на вниманието;

Могат да са налице също:

- правни и социални проблеми, дължащи се на алкохолната злоупотреба;
- белези на алкохолна абстиненция (изпотяване, тремор, сутрешна отпадналост, халюцинации).

Пациентът може понякога да отрича или да не осъзнава проблемите, свързани с алкохолната употреба. Семейството може да потърси помощ преди самия пациент (например: защото е раздразнителен вкъщи, защото отсъства от работа).

Консултиране на пациентите и семейството⁵⁶

а) За пациенти, които желаят да спрат употребата на алкохол:

- набележете конкретен ден за прекъсване на приема;
- обсъдете стратегия за избягване или справяне със ситуации, свързани с повишен риск (например социални ситуации, стресогенни събития);
- изгответе специален план за спиране на алкохола (например начини за справяне със стрес без прием на алкохол, как да се държиш с приятели, които продължават да употребяват алкохол);
- помогнете на пациента да определи членовете на семейството или приятелите, които ще го подкрепят да спре алкохолната употреба;
- обсъдете симптомите и начините за овладяване на алкохолната абстиненция.

⁵⁶ Дянкова, И., Котаров, Г., Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска практика, Програма СИНДИ, 2006.

б) За пациенти, чиято приемлива цел е намаляване приема на алкохол (или, ако пациентът не желае да спре употребата на алкохол):

- договорете ясна цел за намаляване на алкохолния прием (не повече от две питиета дневно, с два дена свободни от прием на алкохол през седмицата);
- обсъдете стратегия за избягване или за справяне със ситуации, свързани с повишен риск, например социални ситуации, стресогенни събития);
- Въведете процедури за самонаблюдение и поведение на по-безопасна употреба на алкохол (например ограничение на времето, забавяне на темпото на прием).

в) За пациенти, които не желаят да спрат употребата на алкохол или да я намалят сега:

- не ги отблъсквайте и не ги винете;
- посочете ясно медицинските, психологичните и социални проблеми, породени от алкохола;
- уговорете следваща среща, в която да извършите повторна оценка на здравето и алкохолната употреба.

г) За пациенти, които не постигат успех или правят рецидив:

- посочете и поощрете дори най-малкия успех;
- обсъдете ситуациите довели до рецидив;
- върнете се към по-ранните стъпки, описани по-горе.

Споделете с пациента ползите за него, близките му и обществото от прекратяване на злоупотребата с алкохол⁵⁷

Ползи за пациента:

- подобряване на психичното и физическото здраве;
- намаляване на риска от цироза на черния дроб;
- намаляване риска от ССЗ;
- намаляване на риска от МСБ (мозъчносъдова болест);
- намаляване на смъртността от МСБ;

⁵⁷Профилактика в условията на първичната медицинска помощ. Препоръки за утвърждаване на добра професионална практика. СИНДИ, С., 1996.

- намаляване на риска от злокачествени заболявания;
- при носителство и на други фактори на риска, намаляване на съчетания риск за здравето;
- удължаване на живота;
- финансови ползи.

Ползи за близките:

- подобряване на психоклимата в семейството;
- опазване на здравето на членовете му.

Ползи за обществото:

- намаляване на пожарите и производствените аварии;
- намаляване на престъпността;
- намаляване броя на пострадалите при пътнотранспортни произшествия;
- намаляване на социалнозначимите заболявания (МСБ, ИБС, злокачествени заболявания и др.), свързани със злоупотребата с алкохол;
- намаляване на разходите, свързани с лечение, намалена трудоспособност и инвалидност.

Колко пъти трябва да се провежда краткотрайната интервенция?

Проведени са различни проучвания, за да се прецени колко пъти трябва да се извърши краткотрайната интервенция и колко дълго продължава нейното действие. Обикновено максималният размер е ограничен *до четири кратки интервенции*. Броят им зависи от няколко фактора: умения и професионален опит на медицинския специалист, възприемчивост и мотивация на пациента, други проблеми, свързани със здравето на пациента. Следователно, всеки специалист трябва сам да прецени броя на краткотрайните интервенции, като вземе предвид горните фактори^{58 59 60}.

⁵⁸ Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun, P. 2002, "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations", *Addiction (Abingdon, England)*, vol.97, no. 3, pp. 279-292.

⁵⁹ Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T., Klein, J. & U.S. Preventive Services Task Force 2004, "Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force", *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, no. 7, pp. 557-568.

⁶⁰ Zoorob, R., Snell, H., Kihlberg, C. & Senturias, Y. 2014, "Screening and brief intervention for risky alcohol use", *Current problems in pediatric and adolescent health care*, vol. 44.

Как да се разбере, дали краткотрайната интервенция има ефект?

За да се оцени ефективността на краткотрайната интервенция, може да бъде преоценен AUDIT. Освен, че е инструмент за скрининг, AUDIT може също така да оцени ефективността на интервенцията.

Препоръчва се кратките интервенции да се провеждат в продължение на *6-12 месеца*, тогава и ефективността от интервенциите е най-забележима^{61 62}.

Кога се провежда повторен скрининг?

Продължителността на ефекта от краткотрайната интервенция е много различна, но като цяло може да се каже, че максималната продължителност на влияние е *четири години* и започва да намалява след първата година (O'Donnell et al. 2014 г.). Тогава е възможно да се прецени и възможността за нов скрининг, т.е. *една година след първия скрининг*⁶³.

Здравно образование

Съществена част от дейността на медицинския специалист е да запознае пациентите с рисковете за здравето, свързани с алкохолната консумация. Здравното образование трябва да е приоритетно насочено към уязвими лица и към групи, при които употребата на алкохол може да предизвика опасни ситуации (бременни, деца, младежи, водачи на МПС, употребяващи алкохол на работното място).

Развенчаване на митовете, свързани с консумацията на алкохол⁶⁴

Разговорът с пациента помага на медицинския специалист да развенчае някои митове, които нямат нищо общо с реалността. Така той ще изясни най-честите бариери на пациентите за ограничаване употребата на алкохол. Ето и някои от тях:

⁶¹ Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. & Burnand, B. 2007, "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (2), no. 2, pp. CD004148.

⁶² Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005, "Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, no. 9, pp. 986-995.

⁶³ O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. 2014, "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 49, no.1, pp. 66-78.

⁶⁴ Дянкова, И., Котаров, Г., Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска практика, Програма СИНДИ, 2006.

Пациент	Медицински специалист
Помага ми при простуда	Не е вярно: точно обратното, понижава имунитета, което прави организма податлив на заболявания, в това число и простудни.
Подобрява ми настроението	Не е вярно: предизвиква наркотично опиянение, което води до глупост.
Помага ми да се справя със стреса и възникващи трудности	Не е вярно: това е само временно, след което състоянието се утежнява.
Премахва страха ми	Не е вярно: предизвиква безразсъдство и неконтролируемо поведение.
Помага ми при депресия	Не е вярно: точно обратното, понякога тласка към самоубийство.

Разговорът с пациента помага за установяване на здравното му състояние, определяне на алкохолната консумацията (разумна, рискова, вредна), желанието му за промяна, бариерите пред него и др.

Помнете!

- Разговорът с пациента е от голямо значение. Мотивирането, при пациенти с алкохолен проблем, е ключ към успеха.
- Хората приемат по-убедително персонално насочената информация.
- Злоупотребяващите с алкохол пациенти се нуждаят от вяра, че ще успеят и лекарят трябва да им помогне. Трябва да им се вдъхне увереност, че проблемът може да бъде преодолян. Трябва с всеки да се обсъди нуждата от помощ и как да стане това.
- Необходим е позитивен подход. Подчертавайте преди всичко ползите.

Рехабилитация

Рехабилитацията предполага дейности и процедури след активното лечение. Тя допълва противоалкохолното лечение и е достатъчно *едно посещение месечно* при медицински специалист, освен в случаите, когато рехабилитацията е самостоятелен подход. Тогава се препоръчва визитите да са *два пъти месечно*.

Рехабилитацията е ефективна, ако се спазват следните условия:

- Медицинският специалист следи и съветва пациентите да не употребяват алкохол като напомня, че дори и най-малкото количество, може да провали лечебния план;
- Задължително се посещава лекар един път месечно;
- Рехабилитацията е полезна за всички, но най-вече за тези пациенти, които имат и допълнителни проблеми и затруднения в преодоляване на алкохолната зависимост.

2.4. ЗЛОУПОТРЕБА С АЛКОХОЛ И АЛКОХОЛНА ЗАВИСИМОСТ

Повишената консумация на алкохол води до поведение, свързано с хронична алкохолна злоупотреба, алкохолна зависимост и остри проблеми, свързани с алкохола. Посочените проблеми се припокриват взаимно, както това е показано в схемата по-долу.



Australian Alcohol Guidelines, 2001⁶⁵

Проблемите при злоупотребяващите с алкохол се дължат най-вече на:

- *зависимостта към алкохола, която води до:* абстиненция, липса на контрол, социална дезинтеграция и др.
- *интоксикацията, която води до:* насилие, рисково поведение, пътнотранспортни произшествия и др.
- *редовната консумация, която води до:* цироза на черния дроб, увреждане на панкреаса, сърдечносъдови заболявания, болести на централната и периферната нервна система и други.

Алкохолната болест принадлежи към екзогенните психични разстройства, с относително специфична клинична картина и тип на протичане. За алкохолна болест може да се говори само при наличие на абстинентна симптоматика.

⁶⁵ Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Commonwealth of Australia, 2001.

Основните прояви на алкохолната болест включват ⁶⁶:

- *патологично влечение* (психична зависимост) към алкохола със загуба на контрол върху количеството и промяна в толеранса;
- *абстинентен синдром* (физиологична зависимост): раздразнителност, напрегнатост, тъга, страх, безсъние, мъчително стягане в сърдечната област, повишено кръвно налягане, треперене на ръцете, устните и клепачите, студена лепкава пот по лицето и тялото;
- *соматични разстройства* (стомашно-чревни, чернодробни, ендокринно-полови, полиневропатии и др.);
- *нарушения в социалното функциониране* (семейство, работна среда, общество), свързани с приема на спиртни напитки.

Съществуват определени различия във *възрастово-половата структура*. Алкохолизмът в юношеската и млада възраст се отличава с: по-тежко протичане, бързо оформяне на промяна в толеранса, амнестични форми на опиване, изразени абстинентни явления със сомато-вегетативен характер, груби нарушения в социалното функциониране.

В клиничната картина на алкохолизма при жените има също определена специфичност. Консумират алкохол тайно, обикновено у дома, пият по-малко, стремят се да “забравят” невротичните си преживявания, крият ги. В клиничната картина на абстинентния синдром преобладават психични разстройства. Жените, които имат оформена зависимост, по-лесно от мъжете преминават към злоупотреба и с медикаменти (транквилизатори и сънотворни). При така оформената “двойна” зависимост заболяването протича по-тежко⁶⁷

В диференциално-диагностично отношение трябва да се прави разлика между алкохолна злоупотреба и алкохолна болест. С важно практическо значение е и разграничаването на вида на алкохолизма. По отношение на симптомния алкохолизъм, възникнал на базата на друго телесно заболяване, то трябва да бъде открито и лекувано успоредно с лечението на алкохолното.

⁶⁶ Anderson P., J. Mc Cambridge, Chr. Butler, F. Keaney, J. Strang- What can we do about drink? The Potential and the Reality of Alcohol Interventions in General Practice <http://bmi.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>

⁶⁷ Anderson P., J. Mc Cambridge, Chr. Butler, F. Keaney, J. Strang- What can we do about drink? The Potential and the Reality of Alcohol Interventions in General Practice. (<http://bmi.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>).

Ремисията при алкохолното заболяване се разглежда като неупотреба на спиртни напитки и пълноценно социално функциониране при наличие на латентен болестен процес. Основните симптоми на болестта не са премахнати, а само потиснати. При подновяване употребата на алкохолни напитки и поява на основните симптоми на заболяването (влечение към алкохол, абстинентни прояви и др.) говорим за рецидив “*връщане към болестта*”.

В таблицата по-долу е показана разгъната концептуална схема на уврежданията, свързани с алкохолната злоупотреба и тяхната клинична и социална характеристика.

Концептуална схема на уврежданията, свързани с алкохолната злоупотреба

Вид на реакциите	Потенциални последици от единични случаи на употреба на алкохол	Потенциални последици от хронична алкохолна злоупотреба
Физиологични реакции	Предозиране	Болести: гастрит, панкреатит Смърт от цироза на черния дроб
Психо-физиологични реакции	Промяна на съзнанието и контрола: “махмурлук”, самоубийство и др. Внезапна смърт	Алкохолна зависимост Депресия Когнитивен дефицит
Непосредствени реакции на личността и на социалната среда	Рязко разрушаване на семейните и професионалните връзки Наранявания, насилие	Разрушаване на социални и професионални връзки
По-широки социокултурни реакции	Криминални и неформални санкции	Стигматизация. Насилствена промяна. Принудително лечение. Криминогенност на алкохолно-обусловеното поведение.

По Rehm & Fischer (1997), цитирано по Australian Alcohol Guidelines

Как да се постъпи с пациенти, при които краткотрайната интервенция не е имала ефект или AUDIT установява вероятна зависимост?

Резултатът от AUDIT от 16 или повече може да показва злоупотреба или възможна зависимост от алкохола. Ако резултатът при пациента е 16-19, препоръчва се първо да се предприеме краткотрайна интервенция. Ако тя няма резултат и балът от AUDIT първоначално е 20 или повече, е необходимо уточняване на диагнозата. В този случай състоянието на пациента се оценява с помощта на клинично интервю.

Злоупотребата с алкохол и алкохолната зависимост са признати за болестно състояние, което предизвиква психични и поведенчески разстройства, дефинирано в Международната класификация на болестите на СЗО, 10-та ревизия (МКБ-10, код- F-10.1 и F10.2). Лечението е дълго и включва работа в екип. То може да се извършва както на ниво ПМП, така и на ниво специализирана психиатрична помощ⁶⁸.

- **Лечение при абстинентен синдром**

Степента на абстиненция се оценява с помощта на инструмент за стандартизирана оценка (напр. CIWA-AR), за лечението на симптомите на абстиненция, като начало се препоръчва benzodiazepam.

- **Дейности за предотвратяване прекъсването на лечението**

Процесът, свързан с предотвратяването на прекъсването на лечението, е дългосрочен и включва участието на няколко специалисти (включително лекар, медицинска сестра, психолог, социален работник).

- **Психосоциални интервенции или немедикаментозно лечение**

Психосоциалните интервенции са неразделна и приоритетна част от лечението. Те се разделят на интервенции с нисък и висок интензитет. Примери за такива интервенции са краткотрайните интервенции, образование, мотивационни интервюта, когнитивно-поведенческа терапия, семейна терапия и др.

- **Медикаментозно лечение**

Медикаментозното лечение се използва само заедно с психосоциалните интервенции. Изборът на медикаменти зависи от тежестта на заболяването и от целта на лечението. Обикновено антагонистите на опиоидните рецептори се използват за лечение при нарушения, в резултат на злоупотреба с алкохол.

Кога и къде да изпратите пациента?

Въпреки че в случаите на злоупотреба с алкохол и алкохолна зависимост може да се организира лечение на ниво първична медицинска помощ, може да възникнат ситуации, при които медицинският специалист да се нуждае от допълнителна помощ.

Възможно е да има няколко проблема: пациентът не е съгласен с избрания метод на лечение; иска да запази неприкосновеността на личния живот и иска да получи лечение другаде; медицинският специалист не се чувства достатъчно компетентен; не може да намери подходящите партньори за сътрудничество (напр. психиатър, психолог) и т.н. В такива ситуации е възможно да се обмисли насочване на пациента за получаване на специализирана психиатрична медицинска помощ.

⁶⁸ Раннее выявление чрезмерного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство. Руководство для семейного врача и семейной медсестры. Институт развития здоровья, 2017.

Заклучение

Това ръководство е създадено с цел да подпомогне медицинските специалисти в дейността им за ограничаване на злоупотребата с алкохол сред населението и последиците за здравето. Включената краткотрайна интервенция е метод на намеса, насочен към намаляване на вредите, причинени от злоупотребата с алкохол, включително намаляване на консумираното количество и предотвратяване появата на зависимост.

Краткотрайната интервенция предлага на медицинските специалисти възможност за улесняване на работата им в тази насока. Не може да се очакват бързи резултати, но ранното откриване на злоупотребата с алкохол и възможността за краткотрайна интервенция могат да предотвратят развитието на редица хронични незаразни болести. Ролята на медицинските специалисти е да установят необходимостта от промяна в поведението на пациента, отговорността за осъществяването на промените зависи от самия пациент.

При предоставянето на първична медицинска помощ, краткотрайната интервенция помага да се намерят лицата, които все още не са развили злоупотреба с алкохол или зависимост, но с които е от изключителна важност извършването на превантивна дейност.

Като цяло медицинските специалисти играят основна роля в управлението на прекомерната употреба на алкохол от населението, а първата възможност за реализация на тази роля е краткотрайната интервенция.

AUDIT - C (Alcohol Use Disorders Identification Test - C)
(съкратена версия на AUDIT)

1. Употребявате ли алкохол? 0) никога 1) 1 път месечно и по-малко 2) от 2 до 4 пъти месечно 3) от 2 до 3 пъти седмично 4) 4 и повече пъти седмично
2. Колко единици алкохол обикновено изпивате на един случай?* 0) 1 – 2 1) 3 – 4 2) 5 – 6 3) 7 – 9 4) 10 и повече
3. Колко често пиете 6 и повече питиета дневно? 0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден

ОБЩ БАЛ

***Изчисляване на количеството алкохолни единици:**

Количество (л) X концентрат (%) X 0.789

Пример: 0.5 л бира X 5.2 X 0.789 = 2.1 единици алкохол

Моля продължете да попълвате въпросника, ако:

- a) Вие сте жена и вашият резултат от теста е по-голям или равен на 4
- b) Вие сте мъж и вашият резултат от теста е по-голям или равен на 5

Най-малката получената сума от точките е *Вашият окончателен резултат*.

Вижте коментара на следващата страница!

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (пълна версия)

<p>1. Употребявате ли алкохол?</p> <p>0) никога 1) 1 път месечно и по-малко 2) от 2 до 4 пъти месечно 3) от 2 до 3 пъти седмично 4) 4 и повече пъти седмично</p>	<p>6. Колко пъти през изминалата година имавте желание да пиете сутрин, след интензивно пиене?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>2. Колко единици алкохол обикновено изпивате на един случай?*</p> <p>0) 1 – 2 1) 3 – 4 2) 5 – 6 3) 7 – 9 4) 10 и повече</p>	<p>7. Колко често през изминалата година сте имали чувство за вина и угризение, след употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>3. Колко често пиете 6 и повече питиета дневно?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>8. Колко пъти през изминалата година не си спомнихте какво се е случило, след употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>
<p>4. Колко пъти през изминалата година не успяхте да спрете да пиете?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>9. Имате ли случай, когато Вие или някой друг е пострадал, като резултат от вашето пиене?</p> <p>0) не 2) да, но не миналата година 4) да, през миналата година</p>
<p>5. Колко често през изминалата година сте забелязали, че не изпълнявате задълженията си поради употреба на алкохол?</p> <p>0) никога 1) по-малко от 1 път месечно 2) 1 път месечно 3) 1 път седмично 4) всеки ден или почти всеки ден</p>	<p>10. Има ли Ваш роднина, приятел, лекар или някой друг, който Ви е посъветвал да спрете да пиете?</p> <p>0) не 2) да, но не миналата година 4) да, през миналата година</p>

Коментар за сумата от точките:

0-7 Ниско ниво на риск

Вероятността от увреждане на здравето при такива нива на консумация на алкохол е ниска. Препоръчва се да не се увеличават количествата консумиран алкохол.

8-15 Застрашаваща здравето консумация

При това ниво на консумация на алкохол рискът от здравни проблеми се увеличава. Препоръчва се да се намали употребата на алкохол.

16-19 Злоупотреба

Това ниво на консумация на алкохол уврежда умственото и физическото здраве. Необходимо е да се намали употребата на алкохол.

Над 20 Възможна зависимост

Това ниво на консумация на алкохол уврежда умственото и физическото здраве. Необходимо е да се намали употребата на алкохол или да се прекрати.

ОБЩ БАЛ

