

ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ: структура учебного плана и учебное руководство для образовательной и практической деятельности медиков и специалистов смежных отраслей здравоохранения

Региональные учебные центры ФАСН:

(The FASD Regional Training Centers – RTCs)

Региональный учебный центр ФАС Среднего Запада
Нью-Джерси /Северо-Восточный региональный центр обучения и
просвещения ФАС

Юго-Восточный региональный учебный центр ФАС

Западный региональный учебный центр ФАС

Национальная организация по фетальному алкогольному синдрому

(The National Organization on FAS – NOFAS)

Национальный центр по врожденным дефектам и отклонениям в развитии

(The National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities at CDC –
NCBDDD)

Центры по контролю и профилактике заболеваний

(Centers for Disease Control and Prevention – CDC)

Министерство здравоохранения и социальных служб

(Department of Health and Human Services – DHHS)

Предисловие от русской редакции.

В нашей стране до настоящего времени существует недостаток информация о нарушениях, возникающих у ребенка в связи с употреблением матерью алкоголя во время беременности. С 2003 г. факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородский государственный педагогический университет и Центр наук о здоровье университета Оклахомы (США) проводят исследования, посвященные этой проблеме. При финансовой поддержке Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Национального центра по врожденным дефектам и проблемам в развитии (NCBDDD) через договор с Ассоциацией Университетских центров по ограниченным возможностям (AUCD, Гранты No. AUCD RTOI 2005-999-01 и RTOI 2007-999-02 Барбаре Боннер и Татьяне Балашовой), с 2005 года сотрудники Центра наук о здоровье университета Оклахомы (США), Санкт-Петербургского государственного университета и Санкт-Петербургской Педиатрической Академии работают над подготовкой образовательных материалов о фетальном алкогольном синдроме (ФАС) и фетальном алкогольном спектре нарушений (ФАСН) и профилактике. Материалы предназначены для медицинских работников и других специалистов.

Данный материал является переводом и редакцией оригинального английского текста («FASD Competency-Based Curriculum Development Guide for Medical and Allied Health Education and Practice», <http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/regional.htm>). Над русской редакцией работали сотрудники Исследовательской группы профилактики ФАС¹: Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Шапкайтц В.А., Иоффе А.М., Регентова А.Ю.

¹ © Исследовательская группа профилактики ФАС в России: <http://netfas.net/>

Структура учебного плана на основе исследований в области фетального алкогольного синдрома (ФАС) была разработана Региональными учебными центрами ФАЧН (RTCs) и Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) с консультативной помощью Национальной организации по ФАС (NOFAS). Предполагается, что учебный план предназначен для использования в развитии образовательных программ и сборе материалов в объеме, необходимом студентам. Структура учебного плана строится в соответствии с результатами обучения:

- Уровень компетентности (наборы знания, навыков, отношения, которые позволяют человеку исполнить определенную работу; самый высокий уровень результатов)
- Учебные цели (четкие формулировки того, что обучающийся будет способен сделать после обучения)
- Учебные задачи (определенные шаги, необходимые для достижения учебных целей)

Эти термины более подробно описаны в разделе определений этого руководства («Определения терминологии»).

Врачи и специалисты смежных областей, которые хотят узнать о фетальном алкогольном синдроме (ФАС), имеют возможность получать дополнительное образование и повышение квалификаций. Поэтому учебные цели и задачи были классифицированы согласно этим уровням квалификации. (Что касается семи компетентностей, они проходят через весь учебный план.) Педагоги или инструкторы могут выбирать соответствующие цели и задачи для создания образовательных программ, основанных на уровне, который

соотносится с учебными потребностями участвующих в программе, имеющимися навыками и/или университетскими требованиями.

Уровни квалификации следующие:

Уровень 1 = студенты-медики и студенты смежных областей или специалисты, которым необходима основополагающая информация по ФАС в целях образования и/или практики.

Уровень 2 = медики и специалисты смежных областей, практикующие и испытывающие необходимость в получении информации для своей работы.

Уровень 3 = медики и специалисты смежных областей, обучающие других профессионалов и проводящие с ними тренинги по ФАС.

В данном руководстве учебный план строится в соответствии с увеличением уровней детализации:

- Краткий обзор учебного плана: эта глава представляет собой общее рассмотрение учебного плана. Она обозначает следующие основополагающие критерии:

- Учебные цели
- Основное содержание
- Типовые методики обучения/материалы
- Типовые методы контроля и оценки знаний обучающихся
- Источники литературы

- Детализированный набор навыков, сопровождающийся определенными целями, задачами, общим содержанием и источниками информации. (Данный обзор - расширенная версия краткого учебного плана.)

Введение

Пренатальное воздействие алкоголя может привести к возникновению серьезных врожденных дефектов и ограничению развития и является одним из ведущих предотвратимых факторов возникновения врожденных дефектов и дисбаланса развития. Существует необходимость в создании эффективных методов в работе с детьми, подверженных фетальному алкогольному синдрому (ФАС) или другим пренатальным воздействиям алкоголя, и в работе с женщинами с высокой степенью риска воздействия алкоголя в период беременности. Несмотря на то, что синдром был выявлен почти 30 лет назад, а в диагностике, наблюдении и предотвращении ФАС достигнуты определенные результаты, все еще многое остается сделать.

В 1999 году Конгресс предписал секретарю американского Министерства здравоохранения и сферы услуг созвать Специальную национальную комиссию по фетальному алкогольному синдрому и фетальным последствиям алкоголя. Национальные центры по врожденным дефектам и ограничениям возможностей, связанных с развитием Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), координирует и управляет деятельностью специальной комиссии. Специальная комиссия дала несколько рекомендаций, необходимых для улучшения работы по предотвращению, идентификации ФАС и повышению эффективности лечения. Одной из данных рекомендаций было развитие образовательных программ для специалистов здравоохранения по пренатальным изменениям развития, связанных с алкоголем.

В 2002 году Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) получили предписание Конгресса на разработку методических рекомендаций по диагностике ФАС и других состояний, вызванных пренатальным воздействием алкоголя, с включением данных методических рекомендаций в учебные планы

студентов и практиков медицинских и смежных специальностей, а также распространение учебных планов и обеспечение обучения в области ФАС. Методические рекомендации основываются на информации, собранной и проверенной клиницистами и другими экспертами в области предмета обсуждения, обзоре научной литературы и рекомендаций Специальной национальной комиссии по фетальному алкогольному синдрому и Фетальным Последствиям Алкоголя. Они разработаны для улучшения идентификации, своевременного вмешательства и предотвращения ФАС и других пренатальных эффектов (влияний), связанных с алкоголем. Эти методические рекомендации рассматриваются в качестве составных элементов образования, обучения и практики специалистов здравоохранения.

Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в 2002 году в рамках национального интереса к ФАС финансировали четыре региональных учебных центра по ФАС (RTCs) для медиков и специалистов смежных областей здравоохранения с целью разработки, осуществления и оценки образовательных учебных планов в помощь студентам и практикам медицинских и смежных специальностей здравоохранения, которые включают основанные на научных данных диагностические методические рекомендации по ФАС и другим нарушениям, связанным с алкоголем.

Рекомендации по разработке учебного плана по фетальному алкогольному синдрому были разработаны CDC и RTCs. Планируется обеспечить руководство при разработке программ образования и обучения студентов и представителей профессий, связанных со здравоохранением, по предотвращению и лечению ФАС. Руководство определяет уровень компетентности и задачи, которые могут использоваться в развитии различных образовательных программ и материалов в объеме, необходимом студентам или практикам.

Определение терминологии

Учебный план: учебный план - формальный образовательный курс, который описывает запланированные итоги обучения соответствующих групп студентов. Учебный план разрабатывается для определенной группы обучающихся и основывается на результатах оценки запросов. Учебный план включает уровень компетентности и учебные задачи, разработанные в соответствии с определенными запросами конкретного студента, образовательную деятельность, благодаря которой выполняется план и методы оценки.

Результаты обучения, предполагаемые данным курсом, обеспечиваются
Компетенциями
Учебными целями
Учебными задачами
Уровнями квалификации

Уровни компетентности: уровни компетентности представляют собой набор или совокупность знаний, навыков, и мнений, которые позволяют человеку выполнять определенную работу. Уровни компетентности выполняют функцию организующих принципов учебного плана. Уровень профессиональной компетентности в области ФАС является тот, который необходимо демонстрируется специалистами при выполнении профессиональных превентивных, диагностических и интервенций, связанных с ФАС.

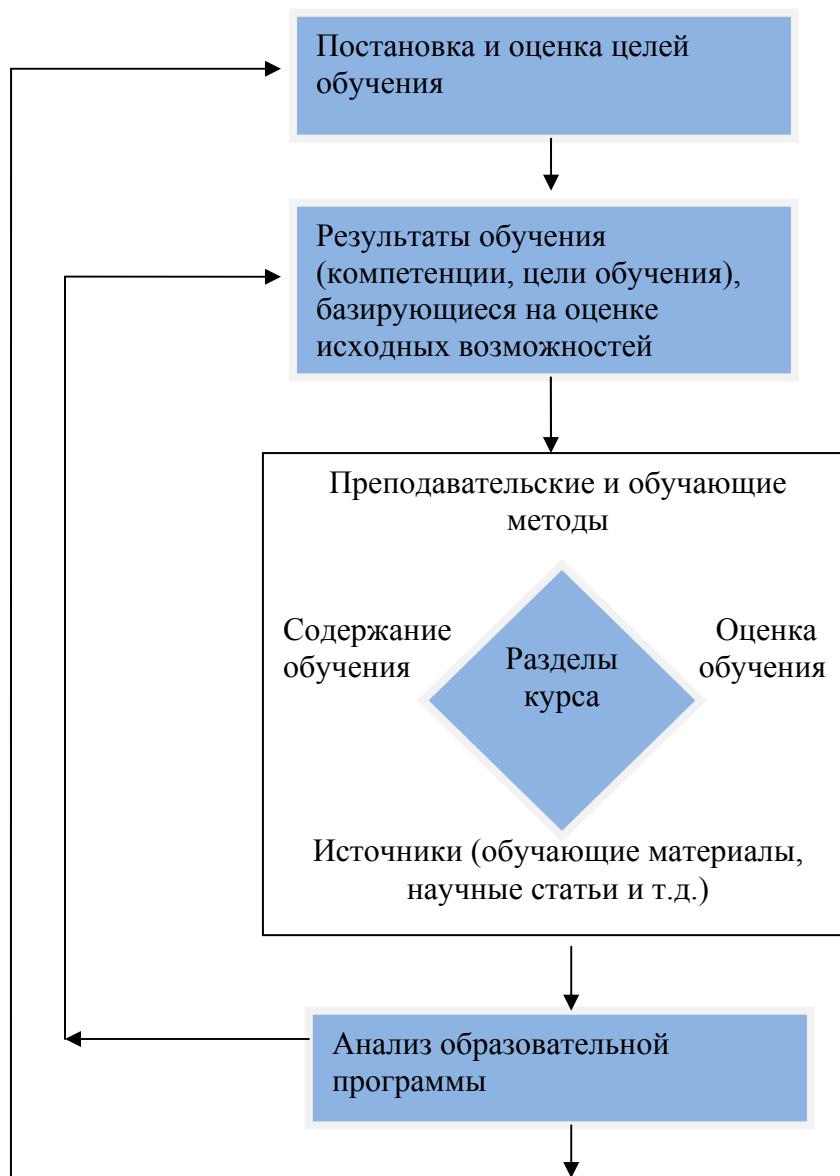
Учебные цели: учебные цели – это определенное описание тех результатов, которые обучающемуся необходимо достичь, следуя инструкциям.

Учебные задачи: задачи конкретно описывают то, что обучающемуся предстоит выполнять по окончанию курса. Это конкретные действия, выполняющиеся студентом для выполнения поставленных учебных целей и, в

конечном счете, достижении определенного уровня компетентности. Задачи должны ставиться, учитывая пожелания конкретного студента (например, обучающийся сможет ...), а не преподавателя или требования программы. Необходимо ставить разумные задачи (конкретные, измеримые, достижимые, относящиеся к поставленной цели и ограниченные определенным временным промежутком). Поскольку существуют различные типы обучения, задачи могут классифицироваться в качестве базирующихся на знаниях, на мнениях или навыках. Использование определенных глаголов, соответствующих данной классификации обучения, может иметь место с тем, чтобы определить действия, которые студент должен выполнить с целью показа выполнения задачи.

Уровни квалификации: уровни компетентности, оговариваемые учебным планом, и цели остаются одинаковыми на протяжении всего курса. Однако задачи соотносятся с уровнем квалификации обучающихся. Преподаватель может выбирать для формирования курса, семинара или других видов обучения те задачи, которые базируются на запросах студентов.

Исходные элементы и элементы, влияющие на учебный курс ФАС



Концептуальная основа

Базис, на котором основывается развитие учебного плана по ФАС для медиков и специалистов смежных областей здравоохранения, является результативной моделью. Первым шагом в этой модели должно быть проведение оценки потребностей в обучении. Для учебного плана по ФАС информация оценки потребностей была собрана с помощью форумов экспертов по предмету обсуждения, обзора литературы и существующих учебных планов и опроса работников здравоохранения. Основываясь на результатах оценки потребностей, коллектив, разрабатывавший учебный курс, выдвинул результаты обучений, пытаясь ответить на вопрос: «Что будут знать студенты, смогут сделать и/или подвергнуть оценке, когда закончат обучение?». Ответы на эти вопросы привели к постановке общих и конкретных результатов обучения. Данные результаты выражаются в категориях компетентности, целей и учебных задач. На основе результатов исследования региональные учебные центры разработают учебные планы и учебные материалы, объединяя элементы проекта учебного плана (методы преподавания и изучения, содержание, оценка отдельных обучающихся и источники). Эти элементы могут объединяться с целью совершения образовательного процесса различного формата и приспособленного к конкретным потребностям аудитории. Примером образовательного формата могут служить курсы, симпозиумы, семинары, большие циклы, использование CD, видеоконференции, свободные формы обучения и другие образовательные программы. Несмотря на то что оценка стоит в списке последней, это, скорее, непрерывный процесс, нежели заключительный этап. Следует учитывать оценку с самого начала процесса. В данной модели оценка содержит две части: 1) оценка того, достигают ли студенты учебных результатов; и 2) оценка эффективности учебного плана в

целом и его долгосрочного воздействия (например, улучшается ли скрининг специалистами здравоохранения женщин на употребление алкоголя). Данные, полученные при оценке, помогают определить, необходим ли дополнительный анализ потребностей в обучении, и/или результаты обучения нуждаются в доработке, что, в свою очередь, повлияет в целом на проект учебного курса.

Роль Региональных учебных центров ФАС

В 2002 году CDC получили предписание Конгресса о разработке методических указаний по диагностике ФАС и другим пренатальным состояниям, связанным с алкоголем, о введении методических рекомендаций в учебные планы и распространении учебных планов, и координации этих усилий со Специальной национальной комиссией по ФАС и другими. В ответ на предписание CDC в 2002 году финансировал четыре университетских и академических медицинских центра для работы в качестве региональных учебных центров по ФАЧН (RTCс).

Цели Региональных учебных центров по ФАС (RTCс):

- Разрабатывать, проводить и анализировать опросы населения студентами и практиками медицинских и смежных отраслей здравоохранения с целью оценки их знаний, мнений и уверенности в диагностике, лечении и предотвращении ФАС и других пренатальных нарушений, связанных с алкоголем; существенных препятствий в диагностировании, лечении и предотвращении заболеваний; современные методы и ресурсы, необходимые для улучшения обслуживания пациентов;
- Разрабатывать, осуществлять и оценивать образовательные курсы студентов и практиков медицинских и смежных отраслей здравоохранения,

которые включают основанные на научных данных методические рекомендации по диагностике ФАС и другим нарушениям, связанным с алкоголем;

- Распространять учебные планы в целевых группах и стремиться приобрести методические рекомендации по диагностике и учебные планы, включенные в таковые медицинских и смежных факультетов университета или колледжа, получающем гранты, других колледжах и университетах всего региона, и обязательные требования руководства профессионалов.

RTCс будут использовать данные этого руководства для разработки образовательных учебных планов, программ и материалов по предотвращению, скринингу, диагностике и лечению в случае беременности, сопровождавшейся приемом алкоголя, соответствующих учебным потребностям специалистов медицинских и смежных отраслей здравоохранения своего региона.

Региональные учебные центры по ФАСН (RTCс) - это

- Региональный учебный центр ФАС Среднего Запада (MRFASTC, сотрудничество Университета Сент-Луиса с Университетом Миссури (Колумбия), и Американского Красного креста Св.Луиса)
- Нью-Джерсийский/Северо-Восточный Региональный Учебный центр ФАС (на базе Медицинской школе Нью-Джерси)
- Юго-Восточный региональный учебный центр ФАС (сотрудничество Медицинского колледжа Мехарри и Медицинской школы Морхауза)
- Западный региональный учебный центр ФАС (базирующийся в Калифорнийском Университете в Лос-Анджелесе)

Данное руководство по разработке учебного курса предназначено для того, чтобы сформировать структуру для использования RTCс в разработке

образовательных программ и материалов, касающихся фетального алкогольного синдрома в пределах своих регионов. Руководство включает детализированный перечень результатов обучения, которые могут использоваться в разработке курсов, семинаров, больших циклов, симпозиумов или целых учебных курсов. Организаторы образовательных курсов могут выбирать соответствующие результаты обучения, основанные на образовательных запросах и потребностях определенной аудитории.

Модель 1

Медицинское учебное заведение в пределах области, к которой относятся и RTCs, будут дополнять предмет ФАС к учебному плану первого года. Персонал RTCs сможет воспользоваться перечнем результатов обучения (уровни компетентности, достигающиеся через поставленные задачи) с тем, чтобы определить с каким содержанием и каким образом студенты будут ознакомлены. Предположим, что в этой модели дается пять часов непрерывных занятий для получения знаний. В учебном плане по ФАС результаты обучения определяются семью уровнями компетентности (скрининг женщин на употребление алкоголя, знания и использование моделей вредных привычек и т.д.) Каждая компетентность имеет набор взаимосвязанных учебных задач. Учебные задачи диктуются уровнем квалификации (*Уровень 1, Уровень 2, Уровень 3*), описанным в разделе «Определений терминологии» данного руководства. Компетентности, учебные цели и задачи могут помочь RTCs сосредоточиться на содержании. В нашем случае выбор соответствующих учебных задач будет в основном осуществляться из перечня *Уровня 1* для студентов-медиков. Перечень задач определяется тем, являются ли они задачами, основанными на мнении, знаниях или навыках. Сотрудники RTCs

могут выбрать лучший вариант комбинации в соответствии с запросами своих студентов.

Следующий уровень является основополагающим. Он касается основных данных, крайне необходимых всем работникам здравоохранения. К нему необходимо обращаться во всех учреждениях и любой аудитории, если таковые не обладали ранее знанием о предмете, связанного с данной компетентностью. Основополагающая компетентность состоит в том, что работник здравоохранения должен уметь *продемонстрировать исторические, биомедицинские, клинические знания о фетальном алкогольном синдроме (ФАС) и других пренатальных нарушениях, связанных с алкоголем.*

Раздел «Направления и ресурсы преподавания» данного руководства может предоставить методики обучения и необходимые источники для проведения пятичасового занятия, о разработке которого просили авторов учебника. Раздел оценок учебника может также подать идеи в связи с оценкой учебных задач, выполненных студентом. Поскольку RTCs разрабатывают и адаптируют образовательные программы по ФАС под запросы конкретные медицинский курсов, в помощь которому это занятие разрабатывается. Поэтому задачи, направление и методы оценки могут определяться потребностями студентов.

Модель 2

С любым региональным учебным центром контактирует государственная ассоциация семейных врачей, которая ежегодно обращается к центру с просьбой провести одночасовую сессию в рамках конференции по поводу улучшения скрининга и процесса определения детей с фетальным алкогольным синдромом (ФАС) или других нарушений фетального алкогольного спектра (ФАСН) к соответствующему специалисту. RTCs указывать на задачи,

соотносящиеся с пятым уровнем профессиональной компетентности (скрининг, диагностика и обследование младенцев, детей, подростков, и взрослых на ФАС и другие пренатальные нарушения, связанные с алкоголем). Данный уровень профессиональной компетентности соотнесен с результатами обучения, долженствующими помочь специалистам здравоохранения в проведении эффективного скрининга и точного определения больного к соответствующему специалисту, исходя из рекомендаций перечня инструментария практикующего врача («Способы улучшения скрининга, диагностики и ухода за детьми с фетальным алкогольным синдромом»). RTCs могут использовать данный инструментарий в совокупности с уровнем профессиональной компетентности в проведении презентации в рамках конференции наряду с предлагаемыми этим руководством уровнем компетентности, целями и задачами обучения, инструментарием и источниками.

Методические рекомендации по направлению к специалистам и диагностике фетального алкогольного синдрома

Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в сотрудничестве со Специальной национальной комиссией по фетальному алкогольному синдрому и фетальным алкогольным эффектам (NTFFAS/FAE) разработал руководство *«Фетальный Алкогольный Синдром: Методические рекомендации по определению к специалистам и диагностике»*. Цель методических рекомендаций состоит в том, чтобы утвердить стандартные диагностические критерии ФАС, необходимые для согласованных действий врачей-практиков, ученых и обслуживающего персонала в диагностике. Рекомендации базируются на реальных научных исследованиях, клинической

экспертизе и данных семей о физическом и нейропсихологическом проявлении ФАС.

Поскольку на RTCs возлагается обучение специалистов здравоохранения навыкам, необходимым для скрининга, диагностики и ухода за пациентами с ФАС, они будут включать методические рекомендации в учебные планы медицинских и смежных факультетов, связанных со здравоохранением, и в образовательные программы практиков медицинских и смежных отраслей здравоохранения в своих регионах.

Инструментарий находится в стадии разработки, и будет содержать перечень инструментов и данные, которые могут использоваться практиками в их клинической деятельности в процессе скрининга и диагностики детей с ФАС.

Методические рекомендации по определению к специалистам и направлению на диагностику ФАС могут быть прочитаны на сайте <http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/>.

Общий учебный план ФАС: введение

Уровни компетентности

Уровни компетентности представляют набор знаний, навыков и мнений, которые позволяют человеку выполнять определенную работу. Уровни компетентности действуют как организующие принципы учебного плана. Профессиональная компетентность в области ФАС - это тот уровень, который должен демонстрировать специалист института здравоохранения для обеспечения мер предотвращения, диагностики и интервенции (вмешательства), связанных с ФАС. Объем знаний, соответствующий уровню компетентности, будет определяться уровнем навыков студента-медика или специалиста системы здравоохранения. Данная информация содержится в разделе, посвященном подробному анализу уровней компетентностей.

Студент-медик или специалист системы здравоохранения должен будет:

- I. Демонстрировать исторические, биомедицинские и клинические данные по ФАС и других пренатальных нарушений, связанных с алкоголем.
- II. Оказывать помощь женщинам детородного возраста в предупреждении беременности, сопровождавшейся принятием алкоголя, с использованием скрининга на предмет обнаружения алкоголя и посредством немедленного вмешательства.
- III. Использовать в работе с женщинами детородного возраста и беременными женщинами теоретические обоснования и модели алкогольной зависимости при оказании соответствующих превентивных услуг, направления к специалисту и наблюдения конкретного случая заболевания.
- IV. Дать описание воздействия алкоголя на развивающиеся эмбрион и плод.

- V. Проводить скрининг, диагностику и обследование младенцев, детей, подростков и взрослых на предмет ФАС и других пренатальных нарушений, связанных с употреблением алкоголя.
- VI. Проводить долговременное обследование и санирование людей с ФАС и другими пренатальными нарушениями, связанными с употреблением алкоголя.
- VII. Просвещать относительно ФАС и других пренатальных нарушений, связанными с алкоголем (это юридические и этические проблемы, экономические и социальные последствия, а также проблемы законодательного и политического характера).

Общий учебный план – это краткий обзор структуры всего учебного плана. Его можно предоставлять на рассмотрение учебным комиссиям, а другие краткие резюме учебного плана по ФАС для ознакомления студентами и практиками медицинских и смежных отраслей здравоохранения. Он очерчивает данную ниже основополагающую информацию по каждому уровню компетентности:

- Цели обучения
- Ключевое содержание
- Типовые методы преподавания/материалы
- Типовые методы оценки знаний обучающихся и
- Типовые ссылки

Краткий обзор учебного плана

I. Основополагающий уровень компетентности: студент/специалист системы здравоохранения должен будет продемонстрировать исторические, биомедицинские и клинические знания в области фетального алкогольного синдрома (ФАС) и других пренатальных нарушений, связанных с алкоголем.

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
<p>Описать базовую биомедицинскую основу ФАС (например, первичное выявление и дополнительные научные исследования)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Историческая точка зрения на случаи беременности, связанные с приемом алкоголя • Значение исследований Jones, Smith и других. • Общее представление о воздействии алкоголя на развивающийся эмбрион и плод 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция в совокупности с графиками и поясняющими снимками • Обсуждение в группах • Вопросы и ответы 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены по выбору • Заключение студентов как результат групповых обсуждений 	<ul style="list-style-type: none"> • Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth AP. <i>Lancet</i>, 1973;1:1267–71. • Jones KL, Smith DW. <i>Lancet</i> 1973;1:999–1001.
<p>Объяснить основные клинические аспекты ФАС (терминология, оценка и лечение людей с ФАС)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Определения ФАС, ФАЧН, ФАЕ, АРБД, АРНД, *, беременности с последствиями приема алкоголя • Основы скрининга (кто, когда, как) • Основы оценки (кто, когда, инструментарий) • Лечение (представители коллектива врачей разной специализации) • Общее представление о необходимых мероприятиях 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция с яркими иллюстративными примерами • Обсуждение в группах • Вопросы и ответы 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены по выбору • Заключение студентов как результат групповых обсуждений 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. <i>Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention and treatment</i>. Washington DC. Institute of Medicine. National Academy Press, 1966.

<p>Дать общее представление о родственниках отраслях здравоохранения (например, эпидемиологии и психо-социо-культурных аспектов) и их отношения к ФАС</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Американская и международная статистика • Психо-социо-культурные аспекты воздействия ФАС на человека, семью, общество • Примеры современных исследований в этих областях 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция с видеорядом, графиками, диаграммами и комментариями • Обсуждение в группах • Вопросы и ответы 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены по выбору • Заключение студентов как результат групповых обсуждений 	<ul style="list-style-type: none"> • National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. Defining the national agenda for fetal alcohol syndrome and other prenatal alcohol-related effects. <i>MMWR</i>, 2002;51(RR-14): 9–12.
---	--	---	---	--

*

- FAS (Fetal Alcohol Syndrome) – ФАС - Фетальный Алкогольный Синдром)
- FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) – ФАСН – Фетальный алкогольный спектр нарушений
- ARND (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder) – Связанные с алкоголем нарушения нейроразвития
- ARBD (Alcohol Related Birth Defects) – Связанные с алкоголем врожденные дефекты
- FAE(Fetal Alcohol Effects) – Фетальные Алкогольные Эффекты (термин более не используется)

II. Уровень компетентности в области ФАС: студент/специалист здравоохранения должен будет оказывать помощь, нацеленную на предотвращение беременности, сопровождавшейся воздействием алкоголя, среди женщин детородного возраста, используя данные скрининга на количество алкоголя и посредством своевременных процедур.

Учебные цели Обучающийся сможет:	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
Проводить скрининг женщин детородного возраста и беременных в соответствующее время в процессе оказания медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Почему важен скрининг • Кому следует проходить скрининг на алкоголь • Когда необходимо проводить скрининг • Подготовка к скринингу 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Рассмотрение конкретных случаев • Раздаточный материал (методики скрининга) 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Тесты до и после • Выводы и вопросы по обсуждению конкретного случая 	<ul style="list-style-type: none"> • O'Connor MJ, Floyd RL, Gupton G. Screening and brief intervention. In: <i>FAS Curriculum Framework and Instructional Resources Handbook for Medical and Allied Education and Practice (2004, under evaluation)</i>
Должным образом учитывать демографические и другие факторы риска в превентивной деятельности и при проведении скрининга	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы риска <ul style="list-style-type: none"> - Демография - Другие факторы риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Раздаточный материал • Лекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Тесты до и после • Выводы и вопросы по обсуждению конкретного случая 	См. выше
Использовать методы и инструменты скрининга, а также соответственно методы оценки как часть превентивной деятельности и процесса скрининга	<p>Методы скрининга</p> <ul style="list-style-type: none"> -Количества/ частота; Пьянство, положение дел с анонимными алкоголиками - Инструменты скрининга - Скрининг подростков/ студенческого возраста - Проведение скрининга 	<ul style="list-style-type: none"> • Видеозаписи с использованием инструментов скрининга • Раздаточный материал (методики скрининга) • Демонстрации используемых инструментов • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдения использования методов скрининга • Многовариантные тесты по выбору • Тесты до и после • Выводы и вопросы по обсуждению конкретного случая 	См. выше
Вовремя осуществлять процедуры вмешательства при беременности	<ul style="list-style-type: none"> • Определение процедуры своевременного вмешательства • Типы вмешательств • Проведение вмешательств • Критерии направлений на обследование к специалистам 	<ul style="list-style-type: none"> • Демонстрация операций • Групповые обсуждения • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Выводы и вопросы по обсуждению конкретного случая 	<ul style="list-style-type: none"> • См. выше • DiClemente, CC. <i>Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover</i>. New York: Guilford Press; 2003. • Miller WR, Rollnick S. <i>Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior</i>. New York: Guilford Press; 1991.

III. Уровень компетентности в области ФАС: студент/специалист здравоохранения должен применять концепции и модели алкогольной зависимости в работе с пациентками детородного возраста и беременными женщинами для проведения соответствующих превентивных мер, а также определять к специалистам и вести конкретные случаи.

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
Применять теории, современные и давно известные, в практике случаев злоупотребления алкоголем	<ul style="list-style-type: none"> • Краткий исторический обзор моделей злоупотребления алкоголем • Современные теории моделей злоупотребления алкоголем 	<ul style="list-style-type: none"> • Программа самостоятельного обучения на CD с оценочными критериями • Лекция • Чтения 	<ul style="list-style-type: none"> • Итоговый тест на CD • Многовариантные тесты по выбору 	<ul style="list-style-type: none"> • Adubato S, Pratts M. Concepts and models of addiction. In: <i>FAS Curriculum Framework and Instructional Resources Handbook for Medical and Allied Education and Practice (under evaluation)</i> • Leonard D, Blaine H. <i>Psychological Theories of Drinking and Alcoholism</i>. Gilford Press: New York; 1999.
Описать степени злоупотребления алкоголем женщинами	<ul style="list-style-type: none"> • Определения степеней злоупотребления алкоголем • Идентификация степеней • Способы оценки степеней • Теории алкогольной зависимости 	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение в группах • Наблюдение обычного пациента с ФАС или его/ее родственника с ФАС • Ролевое проигрывание • Лекция • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Заключение студентов во время группового обсуждения • Многовариантные тесты по выбору • Наблюдение во время ролевого проигрывания и рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • NIAAA. <i>Identification of At-Risk Drinking and Intervention with Women of Childbearing Age: A Guide for Primary Care Providers</i>. Rockville (MD); The Institute; 1999.
Различать на практике степени злоупотребления алкоголем/зависимости/пагубной привычки	<ul style="list-style-type: none"> • Особенности каждой стадии • Оценка стадии у женщин • В зависимости от стадии направление к специалистам 	<ul style="list-style-type: none"> • Программа самостоятельного обучения на CD с оценочными критериями • Ролевое проигрывание ситуации • Рассмотрение конкретных случаев • Лекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Итоговый тест на CD • Многовариантные тесты по выбору • Наблюдение во время ролевых проигрываний и рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders – DSM IV. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
Дать оценку сте-	<ul style="list-style-type: none"> • Процесс измене- 	<ul style="list-style-type: none"> • Программа само- 	<ul style="list-style-type: none"> • Итоговый тест 	<ul style="list-style-type: none"> • DiClemente CC. <i>Ad-</i>

пени злоупотребления алкоголем конкретной пациенткой в соответствии со стадиями, предлагаемыми теорией изменений	<ul style="list-style-type: none"> • Интервью с целью определения степени изменения 	<p>стоятельного обучения на CD с оценочными критериями</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ролевое проигрывание 	<p>наCD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение во время ролевых проигрываний 	<p><i>diction and Change: How addictions develop and addicted people recover.</i> New York: Guilford Press; 2003.</p>
Распознать сопутствующее психическое расстройство, связанное со злоупотреблением алкоголем	<ul style="list-style-type: none"> • Психические нарушения, связанные с повышенным злоупотреблением алкоголем • Интервью с целью определить возможный потенциал • Когда направлять к специалистам 	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемный учебный случай 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders — DSM IV. Washington (DC) American Psychiatric Association; 1994.
Увидеть характерные признаки алкогольной зависимости в семье пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Семейные факторы, которые могут быть связаны со злоупотреблением алкоголем • Интервью с целью определить возможный потенциал 	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемный учебный случай 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • McGue M, Iacono WG, Legrand LN, Elkins I. Origins and consequences of age of first drink. II. Family risk and heritability. <i>Alcoholism: Clinical & Experimental Research.</i> 25(9):1166-73.

IV. Уровень компетентности в области ФАС: студент/специалист здравоохранения должен уметь описать последствия злоупотребления алкоголем на развивающийся плод.

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
<p>Дать объяснение допустимой нормы (понятие «доза»)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Что является допустимой дозой • Объясняют пациенту, как он или она может определить допустимую дозу 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Письменные материалы • Ролевое проигрывание «Стандартный пациент» 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами • Наблюдения куратора во время ролевой игры или потенциальные возможности стандартного пациента 	<ul style="list-style-type: none"> • Rudeen K Biological effects of alcohol on the fetus. In: <i>Curriculum Framework and Instructional Resources Handbook for Medical and Allied Education and Practice (2004, under evaluation)</i>. • NIAAA: Identification of At-Risk Drinking and Intervention with Women of Child-bearing age. Rockville, MD: NIH. NIH Publication: 99-4368.
<p>Дать описание метаболизма этанола, ферментов и их регуляцию, включая перенос алкоголя через плаценту и фармакокинетику у плода</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Всасывание • Деление (образование систем органов, влияние плаценты и эмбриональное деление) • Метаболизм и выделение 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Научные статьи 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами 	<ul style="list-style-type: none"> • NIAAA: Alcohol metabolism. <i>Alcohol Alert</i> 1997; 35: 1997. • Little BB, Vanbeveren TT. Placental transfer of selected substances of abuse. <i>Seminars in Perinatology</i>. 1995;20:147–153.
<p>Дать описание нейроморфологическим врожденным дефектам, связанным со злоупотреблением алкоголем</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Типы врожденных дефектов, связанных со злоупотреблением алкоголем 	<ul style="list-style-type: none"> • Примеры случаев • Фотографии 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratton K, Howe C, Battaglia F, editors. <i>Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment</i>. Washington (DC): Institute of Medicine, National Academy Press: 1996.

<p>Дать объяснение алкогольным поражениям развивающихся систем органов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Восприимчивость в течение триместров • Постнатальные последствия, спровоцированные злоупотреблением алкоголем 	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение случаев • Обучение на примере конкретной проблемы • Лекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами • Отклики на предмет обсуждения 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratton K, Howe C, Battaglia F, editors. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment. Washington (DC): Institute of Medicine, National Academy Press: 1996.
<p>Дать объяснение клеточным реакциям на воздействие алкоголя</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Нейрогенез • Рост и дифференциация нейронов • Перемещение • Синаптогенез • Апоптоз • Пластичность 	<ul style="list-style-type: none"> • Обучение на примере конкретной проблемы • Лекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами • Отклики на предмет обсуждения 	<ul style="list-style-type: none"> • Hunt WA, Nixon SJ, editors: <i>Alcohol-Induced Brain Damage</i>. NIAAA Monograph No. 22. Rockville (MD): The Institutes; 1993.
<p>Дать описание предполагаемым биомедицинским механизмам, связанным с ФАС</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Нейроморфологические и нейротрофические последствия • Воздействия на рецепторы нейромедиатора • Воздействия на сигнальную трансдукцию 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Научные статьи 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleason CA. Fetal alcohol exposure: effects on the developing brain. <i>Neoreviews</i> 2001;2:231–37.
<p>Дать объяснение последствиям воздействия этанола на психические и моторные реакции, в особенности когнитивную и поведенческую</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Воздействие этанола на когнитивную функцию • Различия в воздействии этанола на когнитивную сферу • Результаты общения с опекунами, пациентами, а также профессионалами отрасли здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Научные статьи 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами 	<ul style="list-style-type: none"> • Ladue RA, Streissguth AP, Randels SP. Clinical considerations pertaining to adolescents and adults with FAS. In: Sonderegger TB, editor. <i>Perinatal Substance Abuse: Research findings and Clinical Implications</i>. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992, p. 104–31. • Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, Bookstein FL. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with FAS and FAE: Final report to the CDC. Tech Report No. 96-06. Seattle: University of Washington; 1996.

<p>Дать описание вариаций генетических мутаций и генов-маркёров</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Метаболическая кинетика • Гены-маркёры, которые способны или не способны способствовать риску возникновения ФАС и предрасположенности к нему 	<ul style="list-style-type: none"> • Научные статьи • Лекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Экзамены с выбором ответов или короткими ответами 	<ul style="list-style-type: none"> • Chambers CD, Jones KL. Is genotype important in predicting the fetal alcohol syndrome? <i>J Pediatr</i> 2002;141: 751–52.
---	---	--	---	---

V. Уровень компетентности в области ФАС: студент/специалист здравоохранения должен будет проводить скрининг, диагностику и обследование младенцев, детей, подростков и взрослых на предмет ФАС и других пренатальных нарушений, спровоцированных воздействием алкоголя.

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
<p>Дать описание характерных критериев ФАС на протяжении конкретного периода жизни, включая внешние проявления, пре- и постнатальный дефицит роста, дисфункцию ЦНС и пагубное воздействие алкоголя</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Физические характеристики и изменения у младенцев, детей, подростков, взрослых • Физические характеристики в этнических группах • Проявления дисфункции ЦНС, спровоцированные ФАС • Механизм и последствия воздействия алкоголя во время беременности 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Фотографии • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Оценка изображений в совокупности с историей болезни • Предварительный и итоговый тесты 	<ul style="list-style-type: none"> • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis
<p>Дать объяснение прижизненным последствиям, спровоцированными воздействием алкоголя (потенциальным прижизненным проявлениям воздействия алкоголя у отдельных пациентов, а также в семьях; необходимости учитывать другие факторы, которые положительно или отрицательно могут повлиять на результат)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Физические последствия • Следствия просветительной деятельности • Социальные последствия • Влияние на семью, опекунов и других • Факторы, которые уменьшают вторичные признаки нарушений 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Рассмотрение конкретных случаев (включая и те, что принесли положительный результат) • Рекламные листки 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Предварительный и итоговый тесты 	<ul style="list-style-type: none"> • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis

<p>Использовать соответствующие критерии для направления пациента к специалистам (когда обращаться в специализированные клиники, где они расположены и необходимые методические указания для направления к специалистам)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Критерии для направления к специалистам • Когда направлять • Виды организаций здравоохранения/специалисты, оказывающие помощь /учреждения здравоохранения, в которые следует направляться пациент или семья • Каким образом направлять к специалистам 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекция • Рассмотрение конкретных случаев • Ролевые проигрывания • Раздаточный листок с перечнем направлений • Раздаточный листок с данными об общественных организациях (обращения к специалистам). 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Предварительный и итоговый тесты 	<ul style="list-style-type: none"> • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis
<p>Соответствующим образом использовать диагностические инструменты (компоненты мультидисциплинарной, всесторонней оценки для диагностики ФАС; диагностический процесс включает: оценку дисморфизма, психосоциальную оценку и оценку последствий воздействия алкоголя)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Примеры диагностических инструментов • Члены мультидисциплинарной команды • Компоненты всесторонней оценки • Дифференциальная диагностика • Диагностические инструменты 	<ul style="list-style-type: none"> • Лекции • Демонстрация конкретного случая заболевания (непосредственно или на видео) 	<ul style="list-style-type: none"> • Многовариантные тесты по выбору • Оценка изображений • Практикум 	<ul style="list-style-type: none"> • American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders – DSM IV. Washington (DC): APA;1994. • Paley B, Schonfeld A, O'Connor, MJ. <i>Multidisciplinary Assessment of FAS and Related Disorders in FAS</i>. In: <i>Curriculum Framework and Instructional Resources Handbook for Medical and Allied Education and Practice</i> (2004, currently being evaluated) • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis (2004, in press)

Проводить функциональное обследование пациента с целью определения соответствующей медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Уровни функционирования • Оценка записей обследований, произведенных другими специалистами • Сообщать о потребностях пациентов опекунам • Соответствующая помощь • Оценка курсов лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis (2004, in press)
Доводить до конца соответствующую помощь при направлении к конкретному специалисту	<ul style="list-style-type: none"> • Передача пациента соответствующему специалисту • Осуждение конкретного случая с другими специалистами, а также опекунами и пациентом 	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis (2004, in press)

VI. Уровень компетентности в области ФАС: студент/специалист здравоохранения должен предоставить долгосрочную помощь людям с ФАС и другими пренатальными нарушениями, спровоцированными алкоголем.

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
Оказывать соответствующую медицинскую помощь в конкретном случае заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки общения с семьями и пациентами • Возможности лечения (их диапазон и современные исследования) • Доступная помощь • Медицинские препараты (их типы и исследования по ним) • Непрерывный контроль над пациентом 	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрение конкретных случаев 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • Curricula from the CDC Awareness and Education grants (Double ARC, The ARC, EDC) • Streissguth AP <i>Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities</i>

VII. Уровень компетентности в области ФАС: Студент-медик/медицинский работник должен дать объяснение проблем, связанным с ФАС и другими пренатальными нарушениями, спровоцированных алкоголем (юридические и этические проблемы, экономические и социальные последствия, а также законодательные и политические проблемы)

Учебные цели <i>Обучающийся сможет:</i>	Ключевое содержание	Типовые методы преподавания/материалы	Типовые методы оценки знаний обучающихся	Типовые ссылки
Положить начало политическим изменениям на уровне штата и федеральном уровнях	<ul style="list-style-type: none"> • Краткий обзор существующих законов, политики и инструкций на уровне штата, в котором проживает студент, и на федеральном уровне • Методы адвокатуры 	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрение конкретных случаев • Практика 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • NOFAS advocacy webpage. http://www.nofas.org/main/advocacy.htm
Обращать внимание на юридические и этические проблемы при работе с людьми с ФАС и семьями/опекунами	<ul style="list-style-type: none"> • Этические проблемы, связанные с ФАС • Проблемы конфиденциальности и неразглашения • Разговор по проблемам с пациентами, опекунами, а также специалистами других направлений медицинского института 	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрение конкретных случаев • Обсуждения в группах • Обучение на основе конкретного случая • Юридические документы по конкретному случаю 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экзаменатора 	<ul style="list-style-type: none"> • ACOG. Ethics in OB-GYN. http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/ • AMA. AMA Ethics homepage. http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2416.html • APHA. Public Health Code of Ethics. http://www.apha.org/codeofethics/ethics.htm

Детальное описание уровней компетентности

В данном разделе дается детальное описание уровней компетентности. Каждый уровень компетентности детализируется следующим:

- Цели обучения
- Задачи, связанные с учебными целями
- План содержания
- Источники (содержание, ссылки и т.д.)

Задачи определяются уровнем компетентности (*Уровни 1, 2 или 3*). Определять, какой уровень компетентности, базирующийся на учебных запросах студентов и университетских критериях, станет целью обучения, будут преподаватели или организаторы курсов, симпозиумов или других образовательных программ.

Более высокие уровни предполагают, что все задачи более низкого уровня были выполнены.

Уровень 1 = студенты и/или специалисты медицинских и смежных отраслей здравоохранения, испытывающие необходимость в получении основных данных по ФАС в целях образования.

Уровень 2 = специалисты-практики медицинских и смежных отраслей здравоохранения, испытывающие необходимость в получении данных с целью оказания профессиональной помощи.

Уровень 3 = специалисты медицинских и смежных отраслей здравоохранения, ведущие для профессионалов курсы по предмету ФАС.

Каждая задача определяется тем, основывается ли она на мнениях по данному вопросу (A), на знаниях (K) или задачей, базирующейся на навыках (S). Определение типа задачи поможет преподавателю выбрать наиболее подходящие способы обучения, которые помогут студенту выполнить поставленную задачу.

Уровень компетентности в области ФАС I: основы ФАС

Студент-медик/работник отрасли здравоохранения должен будет продемонстрировать исторические, биомедицинские и клинические данные по фетальному алкогольному синдрому (ФАС) и другим пренатальным расстройствам, связанным с алкоголем.

Это и является основополагающим уровнем компетентности, которому целиком посвящен учебный план. Вот тема, которая должна стать предметом во всех учреждениях и во всех аудиториях, если у них отсутствуют знания по сути данного предмета.

Цели обучения:

IA: обучающийся сможет дать описание биомедицинским обоснованиям ФАС.

IB: обучающийся сможет дать объяснение базовым клиническим проблемам, связанным с ФАС.

IC: обучающийся сможет провести краткий обзор (затронув, например, эпидемиологические и психо-социо-культурные аспекты) научных и взаимосвязанных отраслей с точки зрения того, насколько ФАС и другие пренатальные отклонения, спровоцированные алкоголем, попадают в поле их деятельности.

Цели обучения и относящиеся к ним задачи:

Учебная цель 1А: обучающийся сможет дать описание биомедицинским обоснованиям ФАС.

<i>Уровень 1</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 2</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 3</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>
<ul style="list-style-type: none"> - дать комментарий различным системам, определявшим ФАС до момента возникновения современных способов определения и классификации (К) - дать объяснение историческому влиянию Джоунса и других на способ описания и идентификации ФАС в 1974 году (К) - дать объяснение воздействию алкоголя на развивающийся эмбрион и плод (К) 	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>

A=задача, основанная на мнении; K= задача, основанная на знаниях; S= задача, основанная на навыках

Цель 1В: обучающийся сможет дать объяснение базовым клиническим проблемам, связанным с ФАС.

<i>Уровень 1</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 2</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 3</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>
<ul style="list-style-type: none"> - дать определение основной терминологии, связанной с ФАС (ФАС, ARBD, губной желобок) (К) - дать краткий обзор процессов скрининга, диагностики и оценки ФАС (К) - дать объяснение способам лечения людей с ФАС и другими отклонениями, спровоцированным алкоголем (К) 	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>

A=задача, основанная на мнении; K= задача, основанная на знаниях; S= задача, основанная на навыках

Цель 1С: обучающийся сможет провести краткий обзор (затронув, например, эпидемиологические и психо-социо-культурные аспекты) научных и

взаимосвязанных отраслей с точки зрения того, насколько ФАС и другие пренатальные отклонения, спровоцированные алкоголем, попадают в поле их деятельности.

<i>Уровень 1</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 2</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>	<i>Уровень 3</i> <i>Обучающийся будет способен...</i>
- указать на основные эпидемиологические данные по ФАС и другим пренатальным отклонениям, спровоцированным алкоголем (К) - резюмировать психо-социо-культурные аспекты, связанные с ФАС и другими пренатальными отклонениями, спровоцированных алкоголем (К)	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>	то же самое, что и на <i>Уровне 1</i>

A=задача, основанная на мнении; K= задача, основанная на знаниях; S= задача, основанная на навыках

Содержательная схема уровня Компетентности I

I. Основополагающие биомедицинские обоснования

- A. Исторические данные
- B. Публикации Смита и Джоунса
- C. Воздействие алкоголя на процессы развития эмбриона и плода
- D. Характерные черты

II. Клинические аспекты

A. Определения

1. ФАС – Фетальный Алкогольный Синдром (FAS – Fetal Alcohol Syndrome)
2. ФАСН – Фетальный алкогольный спектр нарушений (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders)

3. ARND (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder) – Связанные с алкоголем нарушения нейроразвития
4. ARBD (Alcohol Related Birth Defects) – Связанные с алкоголем врожденные дефекты
5. FAE* (Fetal Alcohol Effects) – Фетальные Алкогольные Эффекты
6. Беременность, сопровождавшаяся воздействием алкоголя

В. Прерывание беременности

С. Скрининг

Д. Диагностика

Е. Лечение

III. Круг проблем во взаимосвязанных отраслях науки (эпидемиология, психо-социо- культурные аспекты), с точки зрения того, насколько ФАС попадает в поле их деятельности

А. Американская и международная статистика

В. Социальные и психологические факторы воздействия на пациента и семью

Содержательные источники уровня компетентности I

По Майклу Браймакомбу, Ивон Фрай-Джонсон, Талерия Фуллер, Роберту Левин, Кэрри Ли Венэйбл

Дополнительные элементы содержания, почерпнутые из лекций Жаклин Бертран, Мэри О'Коннор, Луизы Флойд, а также учебных планов, разработанных Исследовательским Центром США и Научно-Исследовательским советом Толедо, штат Огайо

I. Основополагающие биомедицинские обоснования

А. Исторические данные:

1. Имеющиеся представления о пагубном воздействии алкоголя на самочувствии плода.

2. «Смотри, сейчас ты бесплодна и не родишь: но ты должна зачать и выносить сына. Поэтому теперь остерегайся, прошу тебя, и не пей ни вина, ни крепкого напитка, и не ешь нечистого» (Судьи 13:3-4).

3. Глупые, пьяные или безрассудные женщины чаще всего рожают подобных себе детей (Аристотель в *Problemata*).

4. Годдард - Директор Винеландской исправительной школы для слабоумных мальчиков и девочек в Нью-Джерси.

5. Семья Калликак (5) - Переворот 20-ого столетия

a. Просмотр фотографий (всего 42 снимка)

b. Задержка умственного развития (связанная с алкоголем)

c. Бедность

d. Антиобщественное поведение

e. Смертные случаи в младенчестве (у детей «алкоголиков»)

6. 1968 год: Лемозн и другие (Франция) впервые в медицинской литературе описывают пренатальные действия алкоголя

В. Публикации Джоунса и других (1973 г.)

1. Доктора Джоунс К.Л. и Смит Д.В., а также другая группа медиков различили и описали категорию детей со сходным дисморфизмом лица, явившейся следствием употребления значительного количества алкоголя матерью в период беременности.

2. Общим для детей была четкая комбинация физических отклонений, задержки роста, повреждения центральной нервной системы в результате воздействия алкоголя.

3. Исследователи пришли к мнению, что все дети перенесли тератогенное воздействие алкоголя в течение гестационного периода.

4. Был введен термин фетальный алкогольный синдром (ФАС).

5. *Джоунс К.Л., Смит Д.В.* Определение фетального алкогольного синдрома на стадии раннего младенчества. «Ланцет», 1973; 2:999-1001.

6. *Джоунс К.Л., Смит Д.В., Аллеланд К.Н, Стрейссгут А.П.* Примеры отклонений в развитии детей, рожденных матерями-алкоголиками. «Ланцет» 1973; 9 июня: 1267.

С. Действие алкоголя на процесс развития эмбриона и плода:

1. Так как мать принимает алкоголь, вследствие чего уровень алкоголя в ее крови возрастает и тот свободно проникает через плаценту, плод подвергается воздействию того же уровня алкоголя.

2. Исследования показывают взаимосвязь дозировки и тератогенного действия алкоголя на плод и развитие ребенка. При более высоких дозировках наблюдаются основные морфологические изменения. При более низких дозах алкоголь – фактор, повреждающий психическое и моторное развитие.

3. Не было установлено безопасной дозы алкоголя во время беременности.

a. стандартная банка пива в 12-унций содержит то же самое количество алкоголя, что и стакан вина в 4 унции или доза ликера в 1 унцию;

b. некоторые алкогольные напитки содержат больше алкоголя, чем банка пива в 12 унций (солодовые напитки, охлажденные напитки, смешанные напитки).

4. Не существует безопасного периода беременности для употребления алкоголя.

5. Взаимодействие:

a. дозировка и время ее принятия делают все системы уязвимыми к действию алкоголя;

b. родившийся ребенок - результат трехстороннего взаимодействия дозировки, времени ее принятия и послеродовых условий.

6. Системы, затрагиваемые алкоголем:

- a. структуры скелета
- b. органы
- c. рост (развитие)
- d. центральная нервная система

7. Основные связанные с алкоголем морфологические отклонения могут проявиться в первом триместре:

- a. характерные отклонения в формировании лицевой структуры развиваются в течение третьей недели беременности, часто задолго до того, как женщина узнает о своей беременности
- b. во втором триместре существует повышенный риск самопроизвольного выкидыша
- c. в третьем триместре быстрый рост эмбриона делает этот период уязвимым с точки зрения роста, веса и развития мозга
- d. мозг может быть поврежден в течение всех триместров
- e. дисморфические отклонения – внешние признаки аномального клеточного развития/ клеточных процессов во время имплантации, эмбрионального или плодного периода беременности (чаще - предположение, чем окончательная диагностика)

8. Возможные механизмы воздействий алкоголя:

- a. нарушено прохождение клеточного цикла
- b. нарушено развитие глии - миграция, результаты нейротропических факторов, миелинизация
- c. нарушена клеточная адгезия
- d. изменения в клеточных мембранах
- e. измененное регулирование внутриклеточного кальция

f. нарушено продуцирование генов или изменена реакция на гены, регулирующие процессы роста, деления или выживания клетки

9. Отклонения в развитии:

- a. дисморфические черты проявляются в процессе роста и развития
- b. отклонения, по всей видимости, поддаются обнаружению у ребенка младшего возраста
- c. ФАС – пожизненное нарушение, за пределами которого развитие детского организма не происходит.

D. Характеристики:

1. Лицевые особенности:

- a. короткие глазные щели
- b. плоская верхняя губа
- c. уплощенный губной желобок
- d. плоская центральная часть лица

2. Дополнительные черты отклонения лицевых структур:

- a. эпикантусы
- b. низкая переносица
- c. незначительные изменения ушной раковины
- d. микрогнатия

3. Первичная нелицевая дисморфия

- a. структуры мозга
- b. сердце
- c. почки
- d. сгиб ладони (хоккейная клюшка)

4. Рост

а. пре- или постнатальный

- 1) некрупный для данного периода внутриутробного развития
- 2) низкое телосложение
- 3) вес ниже нормы (неспособность набрать вес)
- 4) несоответствие роста/веса

б. рост может отражать:

- 1) нарушения эндокринных процессов
- 2) остановку развития структур, производящих гормон роста
- 3) отсутствие защитных белков
- 4) неэффективность пищеварительных процессов
- 5) недостаточное пренатальное питание

5. Центральная нервная система (ЦНС)

- все области мозга подвержены воздействию алкоголя
- некоторые области являются более уязвимыми, чем другие
- алкоголь влияет на размер мозга
- 13%-ое сокращение общего размера/объема мозга у детей с ФАС
- сокращение на 7-8% общей массы мозга у детей, пренатально подвергшихся воздействию алкоголя, но с не полностью выраженным синдромом,
- сокращение белого вещества мозга проявляется в замедленной передаче импульсов (скорость обработки данных – скорость передачи информации)
- воздействие на мозжечок: равновесие, моторные навыки, внимание
- воздействие на головной мозг: планирование, решение задач, визуально-пространственное восприятие
- воздействие на мозолистое тело: связь между полушариями
- базальная ганглия: внимание, память, визуальное восприятие

6. Краткое изложение возможных последствий алкоголя на ЦНС

- задержка развития
- трудно удерживаемое внимания /способность удерживать внимание лишь на короткое время
- повышенная активность
- повышенная реактивность на стресс
- расстройства сна
- трудности в обучении
- сниженная визуальная сосредоточенность
- сниженная или повышенная реакция на шум/возбуждение
- задержка развития речи и языка
- возможная задержка умственного развития

II. Клинические проблемы

A. Определения

1. **ФАЧН (FASD - Fetal Alcohol Spectrum Disorders)** - общий термин, описывающий диапазон нарушений у ребенка, мать которого употребляла алкоголь в течение беременности. Эти нарушения могут проявляться на протяжении всей жизни и включать ограничение физического и умственного развития, отклонения в поведении, снижение способности к обучению и пр. ФАЧН – это не клинический диагноз – это общий термин, включающий группу расстройств, вызванных пренатальным воздействием алкоголя.

2. ФАЧН (FASD) включает, наряду с ФАС (FAS), также ARND и ARBD, применяющиеся для отдельных физических аномалий или аномалий нейроразвития, вызванных пренатальным воздействием алкоголя. Также, ранее применялся термин– FAE (13)

3. **ARND** (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder) – Связанные с алкоголем нарушения нейроразвития - термин, который описывает функциональные или мозговые повреждения, связанные с пренатальным воздействием алкоголя, такие как поведенческие и познавательных отклонения, включая трудности в обучении, плохую успеваемость, сниженный контроль, проблемы с памятью, вниманием формированием математических навыков и понятий (14).

4. **ARBD** (Alcohol Related Birth Defects) – Связанные с алкоголем врожденные дефекты сердца и других органов.

5. **FAE** (Fetal Alcohol Effects) – Фетальные Алкогольные Эффекты применялся для обозначения нарушений, не достигающих выраженности и критериям ФАС. В настоящее время термин FAE заменен терминами ФАСН, ARBD и ARND, хотя все еще встречается в некоторых учебных материалах.

6. **Беременность под воздействием алкоголя:** термин, использовавшийся ранее для описания беременности, в процессе которой плод подвергался воздействию алкоголя.

В. Меры предотвращения:

1. 9-12 % беременных женщин в США сознаются в употреблении алкоголя и приблизительно 3% сообщают данные о количестве принятого алкоголя, стойко ассоциирующегося с неблагоприятным воздействием на плод [CDC. Потребление алкоголя среди беременных и женщин детородного возраста в США 1991-1999. MMWR. 2000; 51 (13):273-276. и SAMHSA² Результаты национального семейного опроса о злоупотреблении наркотиками 2001 г.: Т. 1. Обзор национальных данных (Министерство Прикладных

² SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) - Управление служб психического здоровья и злоупотребления ПАВ.

Исследований, NHSDA Серии H-17, DHHS Публикация NO SMA 02-3758). 2002].

2. Больше половины всех женщин детородного возраста (от 18 до 44 лет) сознаются в употреблении алкоголя, и одна из восьми откровенно говорят о каком-нибудь крупном застолье в прошедшем месяце. Многие из этих женщин сексуально активны и не предпринимают эффективных мер для предотвращения беременности. Таким образом, они попадают в группу риска воздействия алкоголя в период ношения плода в связи с тем, что могут не осознавать факта своей беременности, продолжая потреблять алкоголь на начальной стадии в количествах, вредоносных для плода. [Министерство Сельского хозяйства США, Министерство здравоохранения и сферы услуг США. Питание и ваше здоровье: диетические методические рекомендации для американцев, 5-ое Изд. Вашингтон, Д.К.: Министерство сельского хозяйства США, Министерство здравоохранения и сферы услуг США (Бюллетень Дом и Сад. No. 232). 2000.

3. Группы повышенного риска

- a. женщины, участвующие в застольях в период беременности.
- b. многие женщин узнают, что беременны лишь спустя четыре - восемь недель с момента зачатия.
- c. женщины детородного возраста, участвующие в застольях и не прибегающие к средствам предохранения от возможной беременности.
- d. типологически относимые группы: девушки студенческого возраста; женщины более низких социально-экономических групп, склонные к применению наркотиков; женщины более высоких социально-экономических групп, для которых алкоголь является частью образа жизни.

4. Стратегии, нацеленные на предотвращение случаев беременности, сопровождавшихся воздействием алкоголя

а. просветительская общественная деятельность, посвященная вопросам здоровья,

б. скрининг женщин и проведение в случае необходимости неотложных мер по предотвращению беременности

1) обследовать женщин детородного возраста на предмет употребления алкоголя

2) инструменты скрининга, такие как CAGE, AUDIT, T-ACE

3) данные по скринингу женщин и неотложным мерам вмешательства описаны в разделе Уровень компетентности II и в «ФАС: Методические рекомендации по диагностике и дальнейшему направлению к специалистам»

5. Скрининг людей с потенциальным ФАС или другими подобными расстройствами

а. специалисты различных отраслей здравоохранения и образования могут проводить обследование скринингом официально и неофициально

б. цель скрининга установить триггеры; состояния, про которые известно, что они могут быть связаны с наличием ФАС или другими подобными заболеваниями. Если они присутствуют в достаточной мере, следующий шаг – направление для точной диагностики.

с. за дополнительной информацией отсылаем к разделам об Уровнях компетентности V и VI

6. Диагностика

а. последующие данные взяты из раздела «ФАС: Методические рекомендации по диагностике и дальнейшему направлению к специалистам». Отсылаем также за дополнительной информацией к разделу об Уровне компетентности V.

D. Лечение

1. Ранние меры вмешательства являются решающими
2. Внимательная и поэтапная работа - ключ в отношении поведения пациентов с фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН).
3. Семьи и опекуны являются неотъемлемой частью процесса лечебного планирования.
4. Метод междисциплинарной команды является решающим. В зависимости от нужд пациента с ФАСН в процессе лечения могут принимать участие следующие специалисты.
 - дисморфолог
 - невропатолог
 - основной лечащий врач
 - педиатр
 - офтальмолог
 - пластический хирург (если существуют расселины губы или неба)
 - эндокринолог
 - гастроэнтеролог
 - психиатр
 - психолог
 - работник патронажа
 - педагог
 - диетолог
 - отоларинголог
 - логопед
 - эрготерапевт
 - физиотерапевт

5. Общая дифференциальная диагностика
 - a. ADHD/ADD
 - b. пограничное личностное расстройство
 - c. нарушение поведения
 - d. депрессия
 - e. неспособность к обучению
 - f. нарушение восприимчивости-выразительности языка
6. Данные о лечении см. раздел Уровень компетентности VI

III. Проблемы в родственных науках (аспекты эпидемиологии, психо-социо-культурные аспекты)

1. Американская и международная статистика
 - a. CDC сообщают об интенсивности распространения ФАС от 0.2 до 1.5 случаев на 1 000 случаев рождения в различных группах населения [CDC. Фетальный алкогольный синдром - Аляска, Аризона, Колорадо и Нью-Йорк, 1995-1997. MMWR 2002; 51:433-5.]
 - b. эта интенсивность сопоставима с другими распространенными заболеваниями, связанными с процессом развития, такими как синдром Дауна или Spina Bifida, либо по своей интенсивности выше [Мэй П.А., Госсадж Дж.П. Оценка степени распространения фетального алкогольного синдрома: резюме. *Alcohol Res and Health*. 2001; 25:159-167]
 - c. из приблизительно 4 миллионов младенцев, рождающихся каждый год, от 1000 до 6000 появляются с ФАС [CDC]
 - d. исследования особенно подверженных групп населения дают оценки степени распространения, которые далеко превышают таковые других широко известных заболеваний. Было отмечено, что в группах неимущих, коренных американцев и других меньшинствах эта степень достигает

соотношения от трех до пяти больных ФАС на 1 000 детей [Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein F., Little RE, Clarren SK, Dehaene P, Hanson JW, Graham JM. Incidence of FAS and prevalence of ARND. *Teratology* 1997;56-317–26.]

е. серьезность проблемы возрастает, когда риск возникновения ФАС рассматривается, когда принимают во внимание процент случаев беременности, сопровождавшихся воздействием алкоголя. В 1999 году более половины всех американских женщин детородного возраста сознались в употреблении алкоголя в предшествующем месяце [Ebrahim SH, Anderson AK, Floyd R. Alcohol consumption by reproductive-aged women in the USA: An update on assessment, burden and prevention in the 1990s. *Prenat Neonat Med* 1999;4:419–30.

ф. исследования показывают, что риск возникновения синдрома в таких субгруппах, как категория женщин, проходящих курс лечения алкогольной и наркотической зависимости, и женщин-заключенных, значительно выше. [Project CHOICES Research Group³. 2002. Alcohol-exposed pregnancy: characteristics associated with risk. *Am J Prev Med.* 23:166–173.]

г. Причины неточной диагностики распространения:

- 1) не были разработаны какие-либо определенные и повсеместно принятые диагностические критерии;
- 2) диагноз ФАС базируется на клинической экспертизе отклонений, но не все дети с ФАС выглядят или ведут себя сходным образом;
- 3) недостаток знаний и неверные представления в среде младшего медицинского персонала;
- 4) недостаток диагностических критериев, позволяющих отличить ФАС от других отклонений, спровоцированных с алкоголем;

³ Project CHOICES Research Group - Проект Выборы - Изменение высокого риска потребления алкоголя и исследование роста эффективности контрацепции.

h. дополнительная информация и ссылки читайте в «ФАС: Методические рекомендации по диагностике и дальнейшему направлению к специалистам».

2. Финансовые расходы:

- 5,4 миллиарда \$ - расходы на поддержание здоровья в течение жизни
- 860 000 \$ - расходы на поддержание здоровья ребенка
- 200 000 \$ - расходы на поддержание здоровья ребенка
- Данная оценка не включает иные социальные сферы (специальное образование, опека, лишение свободы)

3. Социальные и психологические условия, воздействующие на пациента и семью

a. нарушения имеют место в младенчестве и до взрослой жизни. Внимательная и поэтапная работа – ключ в отношении пациентов с ФАСН. Многие семьи сталкиваются со сложными ситуациями и могут служить примером существования многочисленных проблем, связанных со здоровьем и социальной жизнью. Существенно, чтобы план лечения включал оздоровление всех условий конкретной семьи.

b. у детей с ФАСН высокий риск развития вторичных нарушения; вторичные нарушения – это отклонения, с которыми ребенок не родился, но мог приобрести, как следствие основных нарушений при ФАСН. Хотя отклонения, вызванные ФАСН, пожизненны, люди могут вести нормальный образ жизни при соответствующем медицинском и прочем уходе. Как только ФАС либо другие заболевания, спровоцированные пренатальным воздействием алкоголя, установлены, пациенты получают помощь, в которой нуждаются, тем самым обретая шанс на полноценную, продуктивную жизнь.

с. возможные вторичные проявления: проблемы психического здоровья (депрессия, угрозы самоубийства или приступы паники, психоз, отклонения в поведении), отрицательный школьный опыт, неадекватное сексуальное поведение, злоупотребление алкоголем/наркотиками, проблемы во взрослой жизни, в поиске работы и в самоутверждении в рамках работы, проблемы с законом.

d. поведение и его результаты

- 1) слабая степень суждения может привести к тому, что индивидуум легко становится жертвой обстоятельств
- 2) неумение сосредоточиться приводит к дезорганизованности и большой степени невнимательности
- 3) неспособность к арифметическим действиям приводит к трудностям в обращении с деньгами
- 4) ухудшение памяти порождает трудности в вопросах личного опыта
- 5) трудности, связанные с абстрактным мышлением, становятся причиной возникновения сложностей в понимании логических взаимосвязей
- 6) дезориентация во времени/ пространстве может привести к трудностям в восприятии социальных возможностей конкретной ситуации
- 7) импульсивность может стать причиной тому, что индивидуум тяжело переносит неудачи

e. факторы, способные уменьшить степень вторичные проявлений

- 1) ранняя диагностика
- 2) специальные образовательные меры и меры, направленные на коррекцию отклонений, связанных с воздействием алкоголя
- 3) заботливая и социально стабильная семья
- 4) отсутствие насилия

f. другие социальные аспекты

1) многие дети с ФАСН живут с родителями, выполняющими функцию опекунов, или усыновляются

2) биологическая мать может подвергаться осуждению или обвинению

3) доступность лечения зависит от области конкретного государства

g. в разделах об уровнях компетентности III и V содержится дальнейшая информация, необходимая для социальной и психологической работы с пациентами-носителями ФАСН и их семьями

Ссылки

Статьи в журналах

American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders. *Pediatrics* 2000;106:358–61.

Astley SJ, Clarren SK. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: Introducing the 4-digit diagnostic code. *Alcohol and Alcoholism*, 2000;35:400–410.

Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, O'Connor M, Riley EP, Johnson KA, Cohen DE. National Task Force on FAS/FAE. *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*. Atlanta, GA; Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

CDC. Alcohol use among childbearing-age women-United States, 1991-1999. *MMWR* 2002;51:273–6.

Jacobson JL, Jacobson SW. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health* 2002;26:282–6.

Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973;2:999–1001.

- Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth AP. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973; June 9: 1267.
- Project CHOICES Research Group. Alcohol-exposed pregnancy: Characteristics associated with risk. *Am J Prev Med* 2002;23:166–73.
- Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press, 1996.
- Streigssguth AP. *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.; 1997.
- Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, Bookstein FL. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report. 1996; Seattle: University of Washington Publication Services.
- U.S. Department of Health and Human Services. 10th Special Report to Congress on Alcohol and Health. Highlights from current research. Prenatal alcohol exposure: Effects on brain structure and function. U.S. Department of Health and Human Services, 2000:285.
- Weber MK, Floyd RL, Riley, EP, Snider, DE. National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect — Defining the national agenda for fetal alcohol syndrome and other prenatal alcohol-related effects. *MMWR* 2002;51(RR14):9-12.

Вебсайты

Federal Government sites

CDC's FAS website: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/>

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://www.niaaa.nih.gov/>

National Institute on Drug Abuse: <http://www.nida.nih.gov/>

NIH/Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse

Prevention (CSAP) <http://prevention.samhsa.gov/>

SAMHSA's FASD Center for Excellence: <http://fascenter.samhsa.gov/>

Organizations

March of Dimes: <http://www.modimes.org/>

National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) website:
<http://www.nofas.org>

The Arc of the United States: <http://www.thearc.org/fetalalcohol.html>

University sites

Fetal Alcohol and Drug Unit of the University of Washington:
<http://depts.washington.edu/fadu/>

Fetal Alcohol Syndrome Diagnostic and Prevention Network, University of Washington

<http://depts.washington.edu/fasdnpn/>

Уровень компетентности в области ФАС II: скрининг и своевременное вмешательство

Студент-медик/работник сферы медицинских услуг должен будет осуществлять действия, нацеленные на предотвращение случаев беременности, сопровождавшихся воздействием алкоголя, у женщин детородного возраста посредством скрининга и своевременного вмешательства.

Учебные цели:

IIA: обучающийся сможет проводить скрининг женщин детородного возраста на предмет употребления алкоголя в соответствующее время в процессе оказания медицинской помощи.

IIB: обучающийся сможет надлежащим образом учитывать в превентивной деятельности и в процессе скрининга демографические и другие факторы риска.

IIC: обучающийся сможет надлежащим образом использовать методы скрининга, инструменты скрининга и методы оценки как часть превентивной деятельности и самого скрининга.

IID: обучающийся сможет провести своевременное вмешательство в процесс беременности.

Учебные цели и связанные с ними задачи

Цель III: обучающийся сможет проводить скрининг женщин детородного возраста на предмет употребления алкоголя в соответствующее время в процессе оказания медицинской помощи.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Учесть необходимость контроля количества алкоголя, принимаемого женщиной . (A) • Принять во внимание тот факт, что всем женщинам детородного возраста следует проходить скрининг на предмет употребления алкоголя. (K) • Выявить тех женщин-пациентов, которые должны пройти скрининг на потребления алкоголя. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • рассматривать скрининг на предмет употребления алкоголя как важную часть ежедневного клинического ухода. (A) • индивидуализировать походы и методы скрининга в работе с женщинами разного возраста и принадлежащим разным культурным социумам. (K) • установить возможность проведения скрининга женщины в рамках своей частной практики. (K) • сделать необходимой процедуру для скрининга на предмет употребления алкоголя всех женщин детородного возраста. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • проявлять твердое убеждение в необходимости постоянного контроля над потреблением алкоголя всеми женщинами. (A) • разбираться в самых современных методах скрининга в многочисленных лечебных учреждениях. (K) • демонстрировать знания различных методов, соответствующие женщинам разного возраста и с принадлежащим разным культурным социумам. (K) • всякий раз доказывать необходимость соответствующего скрининга женщин детородного возраста медперсоналу, осуществляющего процедуры. (S)

A=задача, базирующаяся на мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на профессиональных навыках

Цель ПВ: обучающийся будет в состоянии соответствующим образом использовать в процессе скрининга и превентивных мер как демографический аспект, так и наличие факторов риска.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • признать высокую степень необходимости в проведении скрининга женщин, склонных к употреблению больших доз алкоголя. (A) • идентифицировать особенности, приводящие к повышенному употреблению алкоголя женщинами, имея в виду возраст, семейное положение, уровень образования, семейные черты, адаптацию к чужой культуре, социально-экономические и культурные факторы. (K) • получить необходимую демографическую и личную информацию у конкретной пациентки для проведения оценки степени алкогольной зависимости. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • пренебречь стереотипными взглядами на демографические или социокультурные факторы, связанные со степенью употребления алкоголя. (A) • принять во внимание различное отношении женщин к потреблению алкоголя в зависимости от их социокультурного происхождения. (A) • распознать взаимодействие множества факторов, действующих на степень употребления алкоголя женщинами. (K) • идентифицировать уровень степени в соответствующих учреждениях медицинской практики. (K) • описать начальные признаки злоупотребления алкоголем (то есть, частые повреждения). (K) • получить от женщины всестороннюю демографическую и личную информацию с целью проведения оценки степени употребления алкоголя. (S) • дать точную оценку степени употребления алкоголя той частью населения, с которой данный врач работает. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • принять во внимание существующие последствия факторов риска для идентификации женщин, употребляющих алкоголь. (A) • принять современные исследовательских достижения, направленные на усовершенствование способов определения степени риска. (A) • изучать современные исследовательские данные в отношении более точного выявления факторов риска. (K) • изыскивать дополнительную информацию о факторах риска, по необходимости опираясь на новые критерии. (S) • интерпретировать полученные выводы, направленные на более точное выявление факторов риска. (S) • точно формулировать практикующим врачам критерии факторов риска в употреблении алкоголя. (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на профессиональных навыках

Цель ПС: обучающийся сможет надлежащим образом использовать методы скрининга, инструменты скрининга и методы оценки как часть превентивной деятельности и самого скрининга.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • проявить понимание необходимости проведения скрининга женщин на предмет употребления алкоголя. (A) • продемонстрировать готовность постоянно бороться с собственными предубеждениями и эмоциональными проявлениями в отношении женщин, употребляющих алкоголь. (A) • показать осознание степени деликатности относительно вопросов, касающихся употребления алкоголя пациенткой. (A) • принять во внимание пользу скрининга в процессе терапии. (A) • дать описание основных факторов, служащих основанием для проведения скрининга (например, количество употребления алкоголя, как часто это происходит, участие в застольях, посещение общества анонимных алкоголиков). (K) • выявить степень употребления алкоголя, соответствующую критериям крупного застолья. (K) • классифицировать степень риска для пациентки в соответствии с уровнем принятого алкоголя. (K) • дать определение допустимой дозы. (K) • принять во внимание возможность признания женщиной факта употребления алкоголя в зависимости от того, к каким методам опроса прибегает врач. (K) • выбирать разные инструменты скрининга, включая лабораторные методы, учитывая их различия. (K) • в качестве обычного сбора данных у пациентки детородного возраста прибегать к вопросам TWEAK и T-ACE. (S) • дать определение пациентке допустимой дозы алкоголя. (S) • дать оценку количества употребленного алкоголя, основываясь на ответах пациентки. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • показать собственную убежденность в необходимости проведения скрининга женщин на предмет употребления алкоголя. (A) • показать готовность преодолеть опасение вызвать раздражение или обиду женщины при обсуждении ее привычки употреблять алкоголь. (A) • оказать уважительное отношение к женщинам, употребляющим алкоголь. (A) • создавать чувство комфорта у пациенток в процессе работы с ними. (A) • проявлять сочувствие к женщинам, употребляющим алкоголь. (A) • избрать методы, повышающие достоверность информации, полученной во время скрининга (например, точные виды использованных алкогольных напитков, точные оценки содержания алкоголя, размеры сосудов). (K) • выбрать наиболее точный метод скрининга в работе с конкретным случаем пациента (например, данные о семье пациента, культура, взаимоотношения, при наличии времени). (K) • разграничить критерии степени риска в зависимости от периода беременности женщины (то есть, количество алкоголя, выпиваемое за столом, количество алкоголя за неделю) (K) • определить необходимость направления к специалистам, отталкиваясь от степени алкогольной зависимости женщины. (K) • определить пациента лечения в соответствующее учреждение. (K) • провести всесторонний опрос женщины на предмет употребления алкоголя. (S) • дать оценку возможной более высокой степени алкогольной зависимости. (S) • дать оценку пациентке с целью назначения более интенсивной терапии. (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • демонстрировать готовность к получению новых знаний в области, касающейся вопросов алкогольной зависимости и потребления алкоголя женщинами в период беременности. (A) • проявлять помощь практикующим специалистам в проведении скрининга и оценки конкретного случая пациента. (A) • продемонстрировать гибкость в методах работы. (A) • принять во внимание ограниченность временных ресурсов практикующих врачей и уметь разработать несложный план скрининга. (A) • дать описание критериев, служащих определением алкогольной зависимости и возникновения ФАС, и указать возможность их получения. (K) • пользоваться данными исследовательских работ в целях усовершенствования и развития методов скрининга и методов оценки степени употребления алкоголя беременными женщинами. (K) • дать оценку новым методам скрининга, используя критерии, полученные в результате личного опыта. (S) • продемонстрировать практикующим специалистам инструментов скрининга в процессе, включая описание того, когда, как и в работе с кем они используются. (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на профессиональных навыках

Цель IID: обучающийся сможет провести своевременное вмешательство в процесс беременности.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии ...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • демонстрировать оптимизм по поводу возможности изменить поведение женщины с точки зрения употребления алкоголя. (A) • выражать ободрение при обсуждении темы употребления алкоголя. (A) • строить сотрудничество и делиться мнением на тему употребления женщиной алкоголя в открытой и гибкой манере. (A) • проявлять беспокойство о здоровье и благосостоянии женщины. (A) • постараться преодолеть опасение по поводу того, что пациентка может проявить возмущение или обиду, когда затрагивается ее отношение к алкоголю . (A) • демонстрировать готовность постоянно бороться с собственными предубеждениями и эмоциональными проявлениями в отношении женщин, употребляющих алкоголь. (A) • Идентифицировать отличительные особенности своевременных вмешательств. (K) • дать описание положительной стороне своевременного. (K) • составить список вопросов, отражающий готовность женщины изменить свое отношение к употреблению алкоголя. (K) • определить этапы проведения своевременного вмешательства. (K) 	<ul style="list-style-type: none"> • контролировать и консультировать беременных женщин об опасности употребления алкоголя. (A) • не проявлять субъективного отношения к женщинам, употребляющим алкоголь. (A) • оказать уважительное отношение к женщинам, употребляющим алкоголь. (A) • создавать чувство комфорта у пациенток в процессе работы с ними. (A) • проявлять участие к женщинам, употребляющим алкоголь. (A) • демонстрировать желание добиться понимания причин, в следствие которых женщина употребляет алкоголь, с тем чтобы помочь уменьшить или прекратить увлечение алкоголя. (A) • оказывать моральную поддержку женщинам разного социального происхождения при проведении своевременного вмешательства, которые одновременно могут быть частыми клиентками данного медучреждения . (A) • распознать демографические и экологические факторы, могущие препятствовать успешному проведению своевременного вмешательства. (K) • дать описание способов своевременного вмешательства (K) • Объяснить эффективность способов своевременного вмешательства. (K) • разработать план 	<ul style="list-style-type: none"> • проводить наставления ассистирующему медперсоналу в работе с конкретными случае при своевременном вмешательстве. (A) • демонстрировать гибкость в методах работы (A) • оказывать понимающее отношение к тем требованиям, которые предъявляются врачам, с тем чтобы не снизить эффективности их работы с женщинами, склонных употреблять алкоголь. (A) • находить источники данных по новым видам вмешательств и добиваться доступа к ним. (K) • объяснить основанные на исследовательских данных критерии с дальнейшей оценкой вмешательства. (K) • описать национальные исследовательские достижения по улучшению лечения, включающего краткое вмешательство. (K) • оценить новые методы вмешательства, используя основанные на исследовательских данных критерии. (S) • продемонстрировать новые методы другим практикующим специалистам. (S) • помогать практикующим специалистам преодолевать предубеждения в работе с женщинами, употребляющими алкоголь (S)

<ul style="list-style-type: none"> • провести опрос пациентки, избегая критики или провоцирования чувства вины. (S) • изложить преимущества прекращения или сокращения употребления алкоголя. (S) • предоставить нормативные данные о состояниях под воздействием алкоголя. (S) • самому провести своевременное вмешательство (S) 	<p>вмешательства в отношении конкретной пациентки. (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • уметь проводить вмешательство в работе с женщинами разного социально-экономического, образовательного или культурного уровня. (S) • добиться взаимопонимания со стороны пациентки, используя примеры, визуальные демонстрации и т.д. (S) • уметь самому выполнить вмешательство. (S) • суметь вызвать у пациентки желание прекратить употребление алкоголя или уменьшить его потребление. (S) • поддержать усилие пациентки в желании бросить пить или сократить количество потребляемого алкоголя. (S) 	
---	--	--

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на профессиональных навыках

Содержательная Схема Уровня Компетентности II

I. Те, кому скрининг необходим

- A. Все женщины детородного возраста
- B. Все беременные женщины
- C. Пьющие группы повышенного риска
- D. Подростки и девушки студенческого возраста
- E. Кормящие матери

II. Факторы Риска

- A. Демографический
 - 1. Этническая принадлежность и воспитание в традициях культуры конкретного общества
 - 2. Низкий социально-экономический статус

3. Материнский возраст
4. Возраст начала употребления алкоголя
5. Количество детей и предыдущий ребенок с ФАС
6. Семейное положение

В. Другие факторы риска

1. Генетическая предрасположенность
2. Депрессия
3. Сильно пьющий партнер и/или член семьи
4. Наглядные примеры употребления алкоголя
5. Жестокое обращение и многократные ранения; сексуально активные женщины; употребление различных веществ и/или курение
6. Вероятное употребление алкоголя в подростковом возрасте
7. Лучший прогнозист риска

III. Методы скрининга

А. Количество/частота, пьянство, отношение к обществу анонимных алкоголиков

В. Инструменты скрининга

1. TWEAK (ТООАС) и Т-АСЕ (ТОСО)
2. Обратный временной график
3. Анкетный опрос о травмах
4. Опрос NIAAA (Национальный институт по вопросам злоупотреблению алкоголем и алкоголизмом) для проведения скрининга в профилактических целях
5. Инструмент для скрининга алкогольных проблем Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе

С. Скрининг подростков и молодежи студенческого возраста

D. Руководство

1. Самоотчет в соединении с личностным опросом
2. Компьютеризированное руководство

E. Меры лабораторного скрининга

IV. Краткое Вмешательство

A. Предпосылки

1. Компоненты краткого вмешательства
2. Характеристики интервьюера и методов интервью

B. Краткий мотивационный опрос

C. Структурированное краткосрочное вмешательство

D. Компьютеризированное краткосрочное вмешательство

E. Улучшение врачами методов краткосрочного вмешательства

F. Выводы относительно использования краткосрочных вмешательств

V. Более детальный опрос, проводимый с целью оценки степени потребления алкоголя в период беременности

A. Профилактический опрос женщины о состоянии ее здоровья

VI. Определение риска в потреблении алкоголя

VII. Критерии определения курса лечения

A. Женщины вне беременности

B. Беременные женщины

Содержательные Ресурсы уровня Компетентности II

By Mary J. O'Connor, Louis Floyd, and Gretchen Guiton

Употребление алкоголя женщинами во время беременности было связано с негативными последствиями для репродуктивного, младенческого и детского здоровья, включая фетальный алкогольный синдром (ФАС) и другие связанные

с алкоголем отклонения нейроразвития (Stratton, Howe and Battaglia, 1996). В связи с этим специалистам здравоохранения необходимо знать, когда проводить скрининг женщин на предмет употребления алкоголя.

I. Те, кому скрининг необходим

A. Все женщины детородного возраста

В последнее десятилетие степень употребление алкоголя женщинами детородного возраста оставалась высокой. В настоящее время данные Системы наблюдения за поведенческими факторами риска 1999 года (BRFSS; CDC, 2002) показали, что, 53.3% женщин на вопрос, принимали ли они какой-либо алкоголь в предыдущем месяце, ответили положительно (CDC, 2002). Согласно Национальному опросу на тему наркотической зависимости цифра составила 42.7% (SAMSHA, 2001). Принимая во внимание высокую степень потребления алкоголя, данные Системы наблюдения за поведенческими факторами риска (BRFSS) сообщают, что процент женщин, сообщивших об обильном потреблении алкоголя и не являющихся беременными, составил 12.3 % в 1999 году (CDC, 2002). Согласно Национальному опросу 2000 года процент пьянства была немного выше - 13.9 % для женщин 18 лет и старше (SAMSHA, 2001). Эта критическая степень потребления алкоголя и общая высокая степень потребления среди женщин детородного возраста, не являющихся беременными, вызывают беспокойство, потому что исследования показывают, что пренатальное потребление алкоголя провоцирует потребление алкоголя во время беременности (SAMSHA, 2001). Действительно, многие женщины продолжают обильно выпивать в первом триместре, не сознавая факта своей беременности. Этот период особенно уязвим для развивающихся систем органов эмбриона. Данные, основанные на оценках BRFSS и Национального опроса семейного развития, показывают, что от 1 до 2% женщин детородного возраста, не являющихся беременными, фертильны, сексуально активны, не

всегда пользуются контрацепцией, склонны к обильному потреблению алкоголя (Project CHOICES, 2002). Именно эти женщины в период беременности находятся в зоне особого риска потребления алкоголя.

В. Все женщины в период беременности

Несмотря на полученные неоспоримые данные о том, что пренатальное употребление алкоголя связано со значительным ростом негативных воздействий на развитие плода и организма ребенка (Mattson and Riley, 1998), современные исследования отображают значительную степень потребления алкоголя беременными женщинами (CDC, 2002). В самом деле, высокая степень потребления алкоголя, как предполагают, вызывающая высокую детскую смертность и высокий уровень детской заболеваемости, за прошлое десятилетие не уменьшилась, не смотря на значимые всесторонние превентивные меры в популяризации социальной помощи, а также предупреждающих надписях на упаковках с алкогольной продукцией. Данные BRFSS последнего времени (1999 год) показали, что степень частого потребления алкоголя (определенная в среднем >7 доз в неделю или, по крайней мере, > 5 доз в течение одного застолья) в период беременности составили приблизительно 3,3% (CDC, 2002). Процент беременных женщин, прошедших опрос в 1999 году и потреблявших алкоголь 12.8% (CDC, 2002). Эта цифра соответствует 12.4% Национального опроса в 2000 году (SAMSHA, 2001). Однако, в выборке из 826 беременных женщин социальных слоев с низким доходом, участвовавших в WIC⁴, степень потребления алкоголя после зачатия (но до установления факта своей беременности) была выше, чем ранее приведенная средняя цифра (O'Connor и Whaley, 2003a). Из приблизительно 24% женщин, которые сообщили о том, что пили после зачатия, около 62%

⁴ WIC – Women, Infants, Children -WIC provides Federal grants to States for supplemental foods, health care referrals, and nutrition education for low-income pregnant, breastfeeding, and non-breastfeeding postpartum women, and to infants and children up to age five who are found to be at nutritional risk. (Женщины, Младенцы, Дети – Государственная программа поддержки малообеспеченных семей с маленькими детьми до пяти лет (предоставление медицинских, образовательных услуг, обеспечение продуктами питания)

сознались, что потребляли алкоголь, не зная о своей беременности, но догадываясь о ней, и в данной выборке, по крайней мере, 15% женщин употребляли алкоголь до осознания факта своей беременности, и 9% выпивали после того, как узнали, что беременны. Поскольку многим женщинам данной выборки не было известно о своей беременности еще до ее 7-ой недели, они основательно выпивали в период первого триместра. Таким образом, специалисты здравоохранения, работающие с женщинами детородного возраста, не пользующимися контрацепцией, должны быть квалифицированными в области скрининга на употребление алкоголя.

С. Пьющие группы повышенного риска

Считается, что вероятность рождения ребенка с ФАС у женщин-алкоголиков составляет число от 25% и 45 % (Streissguth, 1997). Всем женщинам, которые злоупотребляли алкоголем во время беременности, или пьющим и родившим младенца с ФАС, ARND или ARBD, следует пройти скрининг на употребление алкоголя. Кроме того, скрининг следует пройти женщинам, не использующим контрацепцию.

Д. Подростки и девушки студенческого возраста

1. Подростки

30% процентов 12-тиклассников сообщают об участии в застольях (застолье, подразумевающее 5 или более доз для мальчиков и 4 или более доз для девочек (Wechsler и другие, 1994)) в средней школе, чуть больше процентов школьников сообщают, что были «пьяными», и почти 75% сообщают о том, что пили в прошлом году (Johnston и другие, 2000). Потребление алкоголя подростками - серьезная и все возрастающая проблема, а повсеместное распространение подростковой беременности делает исследования, ориентированные на изучение вопросов, связанных с употреблением алкоголя

тинейджерами, и возможность осознания негативных последствий алкоголя молодежью на процесс развития плода особенно важными. Исследование мнений подростков о степени риска потребления алкоголя во время беременности показывает, что значительное число тинейджеров полагает, что крупное застолье от случая к случаю безвредно, и считает безопасным тот уровень употребления алкоголя, который выше средней нормы, предусмотренной главным врачом государственной службы здравоохранения (MacKinnon и другие, 1995). К тому же, более четверти подростков не слышали о ФАС, а более половины из них думает, что заболевание излечимо. В одном из исследований, посвященном популяциям афроамериканцев, латиноамериканцев, белых, кавказцев и нелатиноамериканцев, указано, что приблизительно 22% беременных девушек-тинейджеров продолжали пить в период беременности (Rhodes и другие, 1994). Этот процент выше того, о котором сообщают наиболее распространенные данные, касающиеся проблемы потребления алкоголя во время беременности (CDC, 1995, 1997, 2002; Harlap and Shiono, 1980; Vega и другие, 1997). Данные большинства исследований демонстрируют, что, несмотря на то, что уровень сокращения потребление алкоголя в период беременности отличается у разных этнических групп, социальное влияние оказывает большее воздействие на причины увлечения алкоголем, нежели этническая принадлежность. Таким образом, вполне можно ожидать, что беременные подростки, потребляющие алкоголь и имеющие такое же окружение, будут в значительной степени противостоять тому, чтобы уменьшить количество выпиваемого ими алкоголя, в отличие беременных женщин более старшего возраста, которые также принимают алкоголь.

2. Девушки студенческого возраста

Многие подростки приносят с собой в колледж устоявшуюся привычку выпивать. Несколько национальных опросов дают информацию, что примерно

четыре из пяти студентов колледжа употребляют алкоголь, и что около половины пьющих студентов колледжа участвует в эпизодических застольях. Приблизительно два из пяти студентов колледжа (больше 40%) сообщают об участии в застольях, по крайней мере, один в предыдущие 2 недели (Wechsler и другие, 1994, 1998, 2000). Более того, степень потребления алкоголя среди студенток колледжей возрастает. Исследования по проблемам алкоголя Общественного колледжа здравоохранения при Гарвардской школе имело предметом рассмотреть общенациональные тенденции потребления алкоголя в колледжах в рамках трех отдельных обзоров между 1993 и 1999 годами (Wechsler и другие, 1994, 1998, 2000). В данном обзоре исследователи обратили внимание на то, что, в отличие от тенденций недавнего прошлого, произошел резкий рост числа массивного употребления алкоголя среди женщин. Тенденция выступает в неутешительном контрасте с усилением превентивных действий со стороны колледжей и общества в тот же самый период. Более того, в то время как в университетских городках распространяются инструкции по безопасному сексу, некоторые исследования приводят к выводу, что потребление алкоголя может способствовать снижению мер предохранения молодежью, то есть, использование презервативов и других противозачаточных средств (Cooper, Pierce and Huselid, 1994), тем самым, подвергая студенток риску нежелательной беременности. Одно из исследований показывает, что участвующие в застольях, в 7 - 20 раз чаще занимаются сексом, не запланированным или избегая контрацепции, чем не пьющие студенты (Wechsler и другие, 1994). Поскольку высокая степень потребления алкоголя девушками студенческого возраста может повлечь за собой нежелательную беременность, специалисты-медики, работающие со студентками колледжа, должны быть квалифицированными в скрининге на предмет употребления алкоголя.

Е. Кормящие матери

Исследования показывают, что младенец получает меньше молока в случае, если мать перед кормлением потребляет алкогольный напиток, в сравнении с потреблением безалкогольного напитка (Mennella и Beauchamp, 1993). Было доказано, что присутствие значительного количества алкоголя в материнском молоке накладывает отпечаток на процессы сна - бодрствования младенца, приводя к сокращению активной фазы сна. В том числе была продемонстрирована неоспоримая взаимосвязь между тем, что пьет мать, и задержкой моторного развития младенца (Little, 1990). В дополнение к последствиям от потребления алкоголя матерью, сказывающимся на питании и развитии младенца, присутствие алкоголя в молоке может вызвать будущие реакции ребенка на алкоголь (Mennella, 2001). В связи с этим, специалистам-медикам важно обсуждать вопросы потребления алкоголя с кормящими матерями.

II. Факторы риска

Значительные отклонения развития происходят вследствие внутриматочного воздействия алкоголя. Уровень ФАС изменяется от 25% до 45% - диапазон отклонений от полностью выраженного фетального алкогольного синдрома до частичных его проявлений, врожденных дефектов и нарушений психического и моторного развития, спровоцированные алкоголем. Механизм подобного разнообразия отклонений у потомства частично связан с силой и временным распределением действия алкоголя в сопровождении множества других факторов, описанных ниже.

А. Демографический

Принимая во внимание степень алкогольного риска, специалист-медик должен учитывать демографические черты, проявляющиеся у женщин, с которыми он работает. Они включают этническую принадлежность, воспитание в традициях культуры конкретного общества, пониженный социально-экономический статус, материнский возрастной статус, возраст, в котором впервые был осуществлен алкогольный опыт, количество детей, семейное положение.

1. Этническая принадлежность и воспитание в традициях культуры конкретного общества

Способ потребления алкоголя отличается среди женщин разных этнических групп и испытывает влияние генетических, экологических, а так же исторических и культурных факторов (Caetano, 1998; Caetano, Clark and Tam, 1998). К таковым выводам приводят исследования, темой которых являются изменения способов потребления алкоголя разных этнических меньшинств в отношении женщин (Caetano, 1994; Helzer и Canino, 1992; Гильберт, 1991). Например, анализируя данные Национального обзора здоровья матерей и младенцев 1988 года, CDC обнаружил, что 25,4% белых, неиспаноязычных женщин признались, что потребляли алкоголь в период беременности, в сравнение с 12,2% чернокожих, неиспаноязычных и 10,6% испаноязычных женщин (1995). Однако исследование, сравнивающее изменения традиционных способов потребления алкоголя с 1984 до 1995 года небеременными женщинами, показывает, что средняя норма для белых, неиспаноязычных женщин, которые обычно выпивали часто и по многу, уменьшилась, тогда как средняя норма для чернокожих и испаноязычных женщин осталась такой же или незначительно выросла (Caetano и Кларком, 1998; Caetano, 1997). Более того, Гилберт (Gilbert, 1991) сообщает об увеличении количества потребляемого алкоголя испаноязычными женщинами с

каждым последующим поколением после иммиграции в Соединенные Штаты. В последнее время такие высокие нормы (14.8%) назывались в отношении испаноязычных женщин, предполагая, что частота потребления алкоголя этой группой населения значительно выросла (Sidhu и Floyd, 2002). Самые высокие нормы потребления алкоголя во время беременности в среде этих женщин были обнаружены в группах более молодых, более образованных, работающих и не состоящих в браке. Сообщалось о столь же высоких нормах у англоязычных латиноамериканок в сравнении с испаноязычными латиноамериканками (O'Connor и Whaley, 2003a). Было показано, что англоязычные латиноамериканки демонстрируют нормы потребления алкоголя, согласующиеся с равными по положению белыми и чернокожими англоязычными нелатиноамериканками. Таким образом, оказывается, что проникновение культурных традиций одной группы в таковые другой начинает взаимодействовать с ее социально-демографическими факторами, формируя практику потребления алкоголя женщинами данного социума.

Азиатов обычно считали «образцовым этническим меньшинством», легко воздерживающимся от алкоголя и низкими нормами его потребления. Этот образ, скорее всего, сложился посредством того факта, что немногие американцы азиатского происхождения обращаются за помощью в лечении алкоголизма, и в результате недостаточного количества исследований, касающихся традиционных способов потребления алкоголя этой группой населения. Названные традиционные отличия также имеют место в среде американок азиатского происхождения, которые, по всей видимости, либо воздерживаются от алкоголя, либо потребляют его в меньших количествах в сравнении с мужчинами их национальности (Chi и другие, 1989). Тем не менее, нормы колеблются у разных этнических подгрупп. Стресс и необходимость социальной адаптации считаются теми факторами, которые способствуют

формированию привычек потребления алкоголя в среде азиатских иммигрантов. Так, нормы потребления алкоголя составляют от 67% среди американок японского происхождения до 18% среди американок корейского происхождения (Chi и другие, 1989). К примеру, в исследовании женщин – беженок из Камбоджи приводится цифра в 45%, потребляющих алкоголь как способ защиты от стресса и неустроенности (D'Avanzo и другие, 1994). Аккультурация, как выясняется, дает объяснение, пусть даже частичное, наблюдаемым различиям в степени потребления алкоголя молодыми американками азиатского происхождения. Было установлено, что студенты колледжей, лучше адаптировавшиеся к новым условиям жизни, показывают более высокий уровень потребления алкоголя, нежели те, кто адаптировался в меньшей степени (рассмотрено у Zane и Kim, 1994).

Хотя по сравнению с другими большими этническими группами нормы распространенности потребления алкоголя наиболее высоки у коренных американцев, сама степень потребления алкоголя ими широко варьируется среди различных племен. Например, навахо привычно рассматривают традиционное потребление алкоголя как вполне допустимое; тогда как хопи считают потребление алкоголя безответственностью (Mail и Johnson, 1993). Таким образом, стоит принимать во внимание культурные традиции группы, которой женщина принадлежит, с целью получения достоверных данных о степени риска потребления алкоголя.

2. Низкий социально-экономический статус

Социально-экономический статус, оказывается, является существенным демографическим фактором риска, влияющим на образ поведения женщин, потребляющим алкоголь в период беременности. Несмотря на то, что по сравнению с чернокожим, неиспаноязычным и испаноязычным населением нормы распространенности потребления алкоголя наиболее высоки среди

белых, неиспаноязычных женщин, низкое социально-экономическое положение, как и показано, увеличивает риск возникновения ФАС (Abel, 1995). Abel (1995) сообщил, что внутри Соединенных Штатов сфера действия ФАС в местах, характеризующихся низким социально-экономическим статусом и населенных представителями афроамериканских или индейских популяций, была приблизительно в 10 раз выше по сравнению с территориями, где социально-экономический статус населения (с преобладающим большинством белых американцев) считается средним и высоким. Другое исследование показало, что из 133 чернокожих детей, неиспаноязычных и испаноязычных, социально-экономический статус родителей которых считается низким, было диагностировано приблизительно 40% детей с ФАС; для сравнения, из 109 младенцев, рожденных в группе выпивающих белокожих, неиспаноязычных корней, относящихся к среднему классу и даже более высокому. В Нью-Йорке зарегистрированы только 2.7% детей с ФАС (Bingol и другие, 1987). Нормы были намного ниже в стандартизированных исследованиях разных источников возникновения ФАС, проводившимися CDC; однако доля ФАС оставалась все же наиболее высокой среди чернокожих и американских индейцев, а также аборигенов Аляски в сравнении с белыми, неиспаноязычными и испаноязычными, а также азиатов и жителей островов Тихого океана (CDC, 2002). Данные этих исследований говорят о том, что специалистов-медиков важно обучить тому, как работать с женщинами с низким социальным доходом, проводя скрининг и вмешательство.

3. Материнский возраст

Было показано, что возраст матери является важным фактором подверженности ФАС и другим отклонениям, связанным с воздействием алкоголя, затрагивающим физический рост, умственное развитие и скорость обработки информации, у детей женщин, зачавших довольно поздно, приводя

иногда к самым серьезным последствиям (Jacobson и Jacobson, 1996; O'Connor, Brill и Sigman, 1986). С другой стороны, эпидемиологические исследования выявили, что у более молодых женщин в возрасте от 21 до 30 лет более высокие степени злоупотребления алкоголем, что приводит ко вполне понятным физиологическим отклонениям, чем у женщин старшего возраста (Wilsnack и другие, 1994). Среди женщин в возрасте 21 – 30 лет самые высокие показатели опьянения, алкогольных проблем, сильного эпизодического пьянства, и признаков алкогольной зависимости (Hilton, 1991; Wilsnack и Wilsnack, 1993) и меньшее количество воздерживающихся от потребления алкоголя в сравнении со старшими возрастными группами (Graham и другие, 1998).

4. Период начала употребления алкоголя

Период начала употребления алкоголя также имеет существенное воздействие на то, прекращает женщина или нет принимать алкоголь во время беременности. Женщины, начавшие потребление алкоголя в юности, скорее всего, не станут воздерживаться от привычки в период беременности и будут сопротивляться процессу вмешательства (Smith и Coles, 1991; Smith и другие, 1987). Smith и другие исследователи (1987) сообщили, что ранняя привычка выпивать – один из лучших прогнозов дальнейшего потребления алкоголя в период беременности.

5. Количество детей и ребенок, рожденный последним и являющимся носителем ФАС

Исследования показывают, что с каждой последующей беременностью риск возникновения ФАС повышается. В то время как риск возникновения ФАС составляет приблизительно цифру в 1,9 на 1000 случаев появления живых младенцев в Соединенных Штатах; число увеличивается до 771 на 1000 успешных родов при предыдущем ребенке с ФАС (Abel, 1988).

6. Семейное положение

Независимо от возраста, этнической принадлежности или экономического статуса у женщины, которая развелась или никогда не была замужем, существует куда больший риск рождения ею ребенка с ФАС или иным отклонениями, спровоцированным потреблением алкоголя в период беременности (Alcohol and Health 1997).

В. Другие факторы риска

1. Генетическая предрасположенность

Основания фармакогенетическим различиям, продиктованным генетическими отличиями в метаболизме этанола как детерминанты, определяющей отклонения, вызванные алкоголем, были получены в исследованиях на человеческом организме и животных (Goodlett и другие, 1990; McCarver, 2001). Механизм, лежащий в основе этой варьирующейся восприимчивости, может включать генетические различия в метаболизме этанола, катализирующийся алкогольдегидрогеназой (ADH). Изоферменты ADH, являющиеся результатом функциональных вариантов гена ADH2, катализируют окисление этанола различными способами (подробнее Dick and Foroud, 2003). Некоторые исследования показывают, что у индивидуумов, которые несут ADH2*2 или ADH2*3 аллели, существует меньшая вероятность стать алкоголиками, чем у тех, у кого их нет (Dick and Foroud, 2003; Chen и другие, 1999; Wall и другие, 2003). Кроме того, было обнаружено, что ADH2*2 аллель выступает в роли защиты от связанных с воздействием алкоголя врожденных дефектов на потомство у индивидуумов со смешанной родословной в Западной Капской провинции Южной Африки, а в исследованиях групп афроамериканцев ADH2*3 аллель была связана с меньшим количеством врожденных отклонений и недостаточности развития, спровоцированных алкоголем (Jacobson и другие, 2000; McCarver и другие, 1997). Механизм защиты может быть связан с тем фактом, что организм

женщин с ADH2*2 и ADH2*3 аллелями усваивает и метаболизирует алкоголь быстрее и эффективнее, тем самым подвергая плод меньшей концентрации алкоголя, находящегося в крови. Хотя было обнаружено, что результаты научных наблюдений защитного воздействия некоторых генотипов являются статистически значимыми, и сам признак стойко фиксируется в генотипе матери и потомства, сказываясь на процессах роста и развития потомства, выяснилось, что величина проявлений на развитии младенцев относительно мала. Таким образом, взаимодействие экологических и/или генетических факторов как непосредственно принимающих участие в вариативности восприимчивости к алкоголю у потомства, внутриутробно подвергшемуся воздействию этанола, необходимо признать как данное.

2. Депрессия

Расширенный анализ 15 национальных программ, основанных на опросах, выявил, что для женщин депрессия является фактором, способствующим увеличению потребления алкоголя (Alcohol and Health, 1997). В обзорах литературы, посвященным вопросам употребления женщинами алкоголя, депрессия последовательно рассматривается как часть сложной этиологии проблем, связанных темой потребления алкоголя (Gomberg, 1993, 1994). Исследования показывают, что женщины, испытывающие признаки депрессии, выпивают больше во время застолья (Naack и другие, 1988) и в большей степени не в состоянии сократить количество потребляемого спиртного, таким образом, тем самым снижая эффективность интервенционных мер (Haller и другие, 1993; Raskin, 1993). В соответствии с выводами одного из исследований, посвященному данному вопросу, женщины, испытывающие депрессию или не имеющие позитивного отношения к своей беременности, более склонны потреблять спиртное вне зависимости от факта собственной беременности (Hanna и другие, 1994). Сообщается, что степень распространения

депрессии среди беременных подростков, по крайней мере, вдвое выше, чем среди взрослых беременных женщин, что связано с пренатальным уходом, несоответствующим возросшему потреблению алкоголя и наркотиков молодежью (Miller, 1998). Взаимосвязь депрессии и потребления алкоголя отмечается также в национальных меньшинствах, в особенности подчеркивая ее касательно афроамериканской группы (Grant и Harford, 1995). Исследования латиноамериканок выявляют подобные же типы и подтверждают рост депрессивных симптомов среди этой группы населения с низким финансовым доходом (Caetano, 1987; Golding и другие, 1993). Более того, в числе опрошенных беременных латиноамериканок с низким доходом более 50% показывают стандартный образец степени депрессии (O'Connor и Whaley, 2003г.). Говоря о связи между депрессией и потреблением спиртного, следует учесть необходимость обучить специалистов-медиков давать оценку степени потребления алкоголя беременной женщиной детородного возраста, испытывающей депрессию, и научить распознавать депрессию как возможный фактор, приводящий к повышенному употреблению спиртного.

3. Партнер и/или член семьи, злоупотребляющий алкоголем

При рассмотрении факторов, участвующих в формировании привычек, связанных с употреблением алкоголя, особенно важно учитывать социальное окружение женщины. Женщины, живущие в семьях, где у кого-то имеются проблемы, связанные с алкоголем, в особенности у супруга, с большей вероятностью будут продолжать употреблять спиртное в период беременности (Smith and Coles, 1991; Smith и другие, 1987; Wilsnack и Wilsnack, 1993). И клинические исследования, и общие опросы населения обнаружили несомненную связь между уровнями потребления алкоголя женщинами и их партнерами (Jacob and Bremer, 1986; Kolonel и Lee, 1981; Wilsnack и другие, 1994). Биологические отцы людей, подверженных пьянству, обычно

злоупотребляют алкоголем, и как результат такого ассортативного скрещивания показывает, что пристрастие к алкоголю часто обнаруживается у обоих родителей (Abel, 1992; Hall, Hesselbrock, и Stabenau, 1983; Расселл, 1990). Одно из исследований показало, что у женщины, чей партнер алкоголик, соблазн выпить в два раза больше, чем у той, партнер которой не является алкоголиком (Windle, Scheidt, Miller, 1995).

Члены семьи могут влиять на формирование привычек, ассоциирующихся с потреблением алкоголя, активно, путем поощрения или неодобрения принятия спиртного, или пассивно, демонстрируя модели поведения, связанного с потреблением алкоголя (Graham и другие, 1991). Это особенно касается молодых женщин (Rhodes и другие, 1994). Влияние друзей и членов семьи, особенно матери, становится крайне предопределяющим отношения подростка к алкоголю (Williams и другие, 1998).

Токсикомания в подростковом возрасте и употребление алкоголя в семье – один из сильнейших поводов к потреблению алкоголя в период беременности (Lohr и другие, 1992) (Rhodes и другие, 1994). В исследовании, затрагивавшем события социальной значимости, праздничные застолья, историю проблем алкоголизма конкретной семьи и потребление спиртного одним из партнеров, перечисленные условия называются в качестве факторов риска высокой степени потребления спиртного в период беременности, (Chang и другие, 2000). Таким образом, вероятно, что женщины всех возрастов, чье социальное окружение поощряет принятие спиртного, будут испытывать меньшую склонность к уменьшению потребляемого алкоголя во время беременности. Следовательно, специалистам-медикам, проводя скрининг, необходимо считаться с тем, что партнер женщины или один из членов ее семьи могут злоупотреблять алкоголем, рассматривая данный факт в качестве высокой степени риска потребления женщиной алкоголя в период беременности.

4. «Массивные выпивки» как образец потребления алкоголя

Исследования показывают, что пьянство имеет неблагоприятные последствия для потомства (Streissguth и другие, 1994; Jacobson и другие, 1998). Есть факторы, объясняющие вредные последствия на процессы развития области мозга плода (Maier и West, 2001). Прежде всего, пиковый уровень алкоголя в крови при «массивной выпивке» алкоголя выше, чем уровень при типах непрерывного употребления алкоголя, но с меньшим количеством выпиваемого. Другим результатом более высокого пикового уровня алкоголя в крови является продолжительное воздействие алкоголя, которое куда пагубнее сказывается на развитии мозга плода, на протяжении длительного времени, нежели одноразовое потребление и переработка однократной дозы напитка. Большие и продолжительные выпивки алкоголя - критические факторы, оказывающие повреждающее воздействие на мозг в результате потенцирующего апоптоза плода в процессе синаптогенеза. Принятие алкоголя в определенные периоды беременности, являющимися сугубо важными в развитии плода, может сказаться на степени критических отклонений. Поскольку некоторые категорически важные периоды развития имеют короткую продолжительность, то эпизодическое застолье может совпасть с любым или несколькими из таких периодов (например, период формирования характерных черт лица). Усиленное потребление алкоголя также способно провоцировать отставание в развитии мозга эмбриона, что может служить фактором риска возникновения последующих отклонений в физиологии мозга.

5. Злоупотребление алкоголем и травматизм. Сексуальные женщины. Злоупотребление другими ПАВ, курение

Результаты недавнего исследования 2672 англоязычных женщин в возрасте 18 - 44 лет из шести различных лечебных амбулаторных учреждений и

одной из городских тюрем показывают, что недавнее употребление наркотиков, выкуривание женщиной более 100 сигарет в день, прохождение стационарного лечения наркотической или алкогольной зависимости или стационарного психиатрического лечения значительно коррелирует с тем фактом, что процесс беременности может быть подвержен воздействию алкоголя (Project CHOICES Research Group, 2002). Наличие множества сексуальных партнеров, а также физическое насилие могут быть причиной возникновения высокой степени риска возникновения ФАС.

6. Предвкушение от принятия алкоголя

Предвкушения составляют мощный структурный компонент изучения воздействия алкоголя, поскольку могут играть решающую роль в иницировании потребления алкоголя и дальнейшего развития привычки. Некоторые исследования, используя сложный инструментарий и аналитические методы, показывают, что от предвкушения выпить люди из всего спектра удовольствий ожидают более 50% различных видов удовольствия (например, Goldman, Greenbaum и Darkes, 1997).

Что касается молодых женщин студенток колледжа, Браун (Brown, 1985) выявил, что их предвкушения от алкоголя больше формировались на основании устоявшихся представлений о количестве выпиваемого алкоголя, нежели демографическими категориями. Более того, предвкушения студентов колледжа были дифференцированно ассоциированы с типами поведения, относящимися к потреблению алкоголя, имеющими или не имеющими проблематичный характер. Было показано, что выпивающие в компании ожидают от принятия алкоголя социального развлечения, в то время как проблемное употребление алкоголя, скорее, ожидают снятия напряжения. Другие исследования, темой которых являлось изучение типов потребления алкоголя студентами колледжей, демонстрируют, что студенты, которые употребляют большое количество

алкоголя (массивные выпивки), сообщают больше о положительных последствиях по всем данным, нежели те, кто выпивает не так серьезно (Bogart и другие, 1995; Leigh и Stacy, 1991).

7. Лучший прогноз степени риска

Несмотря на большое количество факторов риска, которые идентифицируются в качестве важных при рассмотрении возможности употребления женщинами алкоголя, их не следует воспринимать как создающие портрет типичного пьяницы или в качестве критерия, дающего женщине возможность не проходить общий скрининг. Действительно, в недавнем исследовании, проведенном Калифорнийским университетом в Лос-Анджелесе среди группы женщин с низким доходом, после того, как многочисленные демографические аспекты были учтены, лучшим способом выявления потребления алкоголя оказались показания скрининга (O'Connor и Whaley, 2003a). Как бы там ни было, специалистам здравоохранения следует знать о данных факторах риска при работе с женщинами детородного возраста.

III. Методы скрининга

Одна из главных претензий к определению людей, входящих в группу риска, особенно в немедицинской выборке, относится к эффективности скрининга на вопрос потребления алкоголя и связанных с этим проблем использования надежных методов (Midanik и другие, 1998). Несмотря на значимость литературы, основанной на достоверных признаниях опрашиваемых по поводу потребления алкоголя и злоупотребления им (подробнее: Vabor и другие, 1990; Maisto и ал, 1990; Sobell и Sobell, 1990), всегда надо учитывать тот факт, что эти сведения могут быть несколько искаженными. Факторы, которые, как считают, повышают точность и достоверность отчета, включают: 1) степень уверенности в том, что индивидуум не находится под воздействием алкоголя, будучи интервьюируемым; 2) высокая степень уверенности в

конфиденциальности; 3) проведение интервью в клиническом учреждении; 4) ясная формулировка вопросов и структуры анкет (Brown и другие, 1992; Sobell и Sobell, 1990). Кроме того, использование более чем одного метода выявления степени потребления алкоголя может повысить надежность ответов. (Day и Robles, 1989). При скрининге женщин в клиническом учреждении с большим количеством пациентов важно, чтобы процесс скрининга был легко управляемым и относительно лаконичным.

У каждого инструмента скрининга есть специфические сильные и слабые стороны, и они варьируются в процессе применения в разных клинических учреждениях. При выборе инструмента скрининга в обычном порядке специалистам-медикам следует принимать во внимание такие факторы, как цели скрининга, определенные группы населения (молоды (18-21 год), беременные женщины, этническая принадлежность, грамотность и т.д.) и несложность проведения скрининга.

А. Количество/частота, застолья, участие в обществе анонимных алкоголиков

Руководство для врачей, разработанное NIAAA⁵, рекомендует вопросы о количестве/частоте потребления алкоголя и застольях в качестве первичного теста скрининга (NIAAA, 1999). Было доказано, что эти вопросы имеют относительно высокую степень уместности и направленности. Это не сложные вопросы могут быть включены в практику здравоохранения с минимальной стоимостью и усилием.

Количественно-частотные измерения (QF) направлены на получение сведений о средних или типичных способах потребления спиртного (Sobell и Sobell, 1995). Самые простые варианты оценивают количество выпитого в среднем за несколько дней употребления алкоголя (Q) и среднее количество

⁵ NIAAA (the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) – Национальный институт по вопросам злоупотреблению алкоголем и алкоголизмом

дней, в которые алкоголь употреблялся (F). Для оценки степени застолий некоторые исследователи рекомендовали включать в процесс скрининга вопросы, касающиеся объема максимального количества потребления и максимальную частоту потребления (QVF) (Day и Robles, 1989). QF измерения могут использоваться для оценки среднего количества алкоголя, выпитого женщиной за день (счет AA). Согласно QF критериям женщины, потребляющие 7 или более доз за неделю, считаются представителями высокой степени риска. Данный критерий может меняться с получением новых результатов исследований, говорящих о том, что женщины, выпивающие даже менее 7 доз в неделю, все равно значительно увеличивают риск получения выкидыша в первом триместре и нейрокогнитивных осложнений у своего потомства (Jacobson и Jacobson, 1994; Jacobson и другие, 2002; Windham и другие, 1997). В настоящее время злоупотреблением алкоголя считается 5 и более доз для небеременных женщин и 4 и более доз для беременных женщин за одно застолье. Некоторые исследователи полагают, что злоупотреблением алкоголя следует считать 3 и более доз за одно застолье в период беременности, рассматривая это как фактор возникновения риска. Barr и Streissguth (2001) предложили использование комбинации вопросов количества/частоты и степени потребления алкоголя для вынесения оценки возможного риска нарушения эмбрионального развития, вследствие пренатального употребления алкоголя (ФАСН). Они выявили 100-процентную восприимчивость и 90-процентную специфичность к ФАСН, используя совокупный учет частоты злоупотребления (F-BAS), базирующийся на 4 вопросах, направленные на то, чтобы выяснить, употребляла ли женщина спиртное за месяц до беременности и в период беременности.

Дополнительная деталь, которая должна быть включена в любую оценочную систему – определение типов наиболее часто используемых

напитков. В исследованиях традиционно полагалось, что все напитки эквивалентны в переводе на количество абсолютного алкоголя, содержащегося в них. То есть, стандартная доза определяется как 12 граммов чистого алкоголя, который является эквивалентным 12 унциям пива или коктейлю, одному стакану вина в 5 унций или 1,5 унций 80 градусного чистого спирта. Однако, развитие новых способов маркетинга вина и пива, включая солодовые напитки с высоким содержанием алкоголя и пиво в емкостях по 22 - 45 унций, вызвало необходимость разработать более точные стандарты с целью определения количества потребляемого женщиной алкоголя. Кроме того, исследования показывают, что при проведении опроса серьезно пьющих и тех, кто потребляют напитки с более высоким процентом алкоголя, приверженность исследователей к стандартным дозам приводит к значительной недооценке количества потребления алкоголя. По этой причине перед скринингом женщине следует дать наглядное объяснение стандартной дозе спиртного и стандартного объема сосуда (Hankin и Sokol, 1995; Kaskutas и Graves, 2001). Более того, определенные вопросы о напитках оказываются более точными, чем сгруппированные вопросы о них (то есть, отдельные опросы о пиве, вине, коктейлях или ликерах; Serdula и другие, 1999).

В. Инструменты скрининга

1. ТООАС (ТWЕАК) и ТОСО (Т-АСЕ).

В настоящее время существует несколько коротких анкетных опросов, которые использовались для скрининга проблемных случаев потребления алкоголя и получили одобрение многих учреждений. Они включают MAST, S-MAST, T-ACE, TWEAK, NET, AUDIT, RAPS4, RAPS4- QF, и CAGE (Chan и другие, 1993; Cherpitel, 2002; Ewing, 1984; Midanik и другие, 1998; Rosett и другие, 1981; Russell, 1994; Russell и другие, 1996). Вообще, позитивный скрининг не ставит диагноз алкоголизма, но, скорее, предлагает возможность

обсудить с пациентом степень риска от потребления алкоголя в период беременности. Среди инструментария скрининга есть два способа его осуществления, которые в основном и использовались в работе с беременными женщинами, - ТОСО и ТООАС.

В ТОСО четыре вопроса, ответ на которые занимает меньше минуты. Вопросы:

(Т) ТОЛЕРАНТНОСТЬ (ПЕРЕНОСИМОСТЬ) «Сколько доз требуется, чтобы заставить Вас почувствовать опьянение?»

(О) ОКРУЖЕНИЕ «Раздражают ли Вас люди, критикующие употребление Вами алкоголя?»

(С) СОКРАТИТЬ «Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что Вы должны сократить потребление алкоголя?»

(О) ОПОХМЕЛЬЕ (привести себя в чувство) «Выпиваете ли Вы первым делом утром, чтобы успокоить нервы или избавиться от похмелья?»

За каждый утвердительный ответ на вопросы О, С, О дается один балл, 2 балла, когда беременная женщина сообщает о том, что ей необходимы более чем две дозы, чтобы почувствовать опьянение. Положительный показатель – 2 или более баллов.

Подобно ТОСО, ТООАС пытается выявить следующее:

(Т) ТОЛЕРАНТНОСТЬ (переносимость алкоголя),

(О) ОКРУЖЕНИЕ - тревога или беспокойство семьи или друзей в связи с Вашим употреблением алкоголя

(О) ОПОХМЕЛЬЕ (привести себя в чувство) - потребность выпить утром,

(А) "затмения" или АМНЕЗИЯ при употреблении алкоголя

(С) СОКРАТИТЬ собственное ощущение потребности дозы принятия алкоголя.

Шкала счета от 0 до 7. Каждый из вопросов о переносимости и беспокойстве дает 2 балла, другие три вопроса - по 1 баллу каждый. Любое

подтверждение вопроса о беспокойстве засчитывается как 2 балла. За вопрос о переносимости спиртного, если необходимо 3 или более доз, чтобы почувствовать действие алкоголя, дается 2 балла. Другие версии вопроса о переносимости спиртного могут иметь следующие версии: «Сколько Вам нужно выпить прежде, чем алкоголь поможет Вам заснуть или забыться?» Или: «Если Вы никогда не пили до беспамьятства, какое наибольшее количество спиртного Вы в состоянии выпить или выдержать?» Эти вопросы засчитываются как 2 балла, если женщина отвечает, 5 или более доз. Ответ на эти вопросы, однако, приводит к более низкой восприимчивости и специфичности. Общий счет 3 по ТООАС или более наводит на размышления о рискованном употреблении алкоголя (Chan и другие, 1993)

Bradley и другие (1998) резюмировали 13 опубликованных, прошедших экспертную оценку статей и заключили, что ТООАС с пятью пунктами оказывается оптимальным анкетным вариантом опроса в рамках скрининга с целью распознать употребление женщиной алкоголя. ТООАС показал себя наиболее подходящим во всех этнических группах и был предложен для дополнительного использования в работе с беременными женщинами не только из-за своей результативности на данный момент, но также и потому, что был предназначен к использованию в акушерских/гинекологических клиниках и других первичных учреждениях здравоохранения. Кроме того, точность ТООАС в прогнозировании потребления алкоголя беременными женщинами в данный момент может увеличиться благодаря использованию системы начисления 2 или более баллов (Russell, Sokol, Mudar и другие, 1994). Для целей, преследуемых скринингом, желательна его повышенная точность.

2. График обратного хода времени (TLFB)

Не удивительно, что более интенсивные методы интервьюирования показали себя эффективными в определении степени потребления алкоголя. Например, метод графика обратного хода времени (TLFB) предоставляет детальную картину потребления алкоголя человеком на протяжении обозначенного периода времени (Sobell и Sobell, 1995). Он подтвердил свою эффективность в работе с клиническими и неклиническими группами пьющего населения (Sobell и Sobell, 1992), и поставляет данные по способам, вариативности и уровню потребления алкоголя. Hankin и Sokol (1995), например, успешно использовали методы TLFB интервьюирования для определения количества алкоголя, потребленного беременными женщинами около времени зачатия, и количества, выпитого за две недели до осмотра на беременность. Хотя этот метод может быть очень эффективен для более глубокой оценки способа потребления женщиной спиртного, он может не подойти в работе с занятыми клиентами или с большими выборками женщин в целях скрининга. Тем не менее, сокращенный TLFB метод, выясняющий количество недавно потребленного алкоголя и количество, выпитое в предыдущий уик-энд, дает вполне обоснованную возможность его использования.

3. Анкетный опрос о травмах

Большое количество исследований показали неоспоримую взаимосвязь алкогольного опьянения и травм (Howland и Hingson, 1987). Анкетный опрос по травмам был разработан для ненавязчивого проведения скрининга пациентов, не затрагивая непосредственно вопроса о потреблении ими алкоголя (Israel и другие, 1996). Анкетный опрос состоит из 4 вопросов, касающихся полученных травм за последние 5 лет (переломы или вывихи костей или суставов, дорожно-транспортный травматизм, травма головы или раны во время драки или нападения). Анкетный опрос показал высокую точность и специфичность в

распознании повышенного риска потребления алкоголя и пригодность его для работы с пациентами.

4. Обзор скрининга здоровья NIAAA

Обзор скрининга здоровья NIAAA (1999) состоит из двух анкетных опросов, одного, предназначенного для небеременных женщин детородного возраста, и второго - для беременных женщин. Используя разветвленный формат решений, скрининг начинается с вопросов, связанных с общим здоровьем, затем интересуется потреблением алкоголя за последние 3 месяца и включает Т и О вопросы из ТООАС. Если женщина дает позитивный скрининг на любые вопросы, относящиеся к потреблению алкоголя, ей задают 9 вопросов о негативных последствиях, связанных с выпитым ею спиртным. На основании ответов она классифицируется как пьющая из группы высокого риска, как имеющие проблемы с алкоголем или возможно зависимая от алкоголя. Скрининг для беременных женщин использует те же самые вопросы, что и для небеременных женщин, но респонденту задают вопрос о принятии спиртного за 3 месяца до беременности и сейчас в период беременности. Толерантность при классифицировании риска для беременных женщин ниже, чем для небеременных.

5. Инструмент алкогольного скрининга Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе

Вышеупомянутые методы также успешно использовались для скрининга тех беременных, участвующих в WIC в Калифорнии, которые принимали алкоголь после зачатия, из выборки женщин, принадлежащим к социальным меньшинствам с низким финансовым доходом (Whaley и O'Connor, 2003). В опроснике скрининга женщинам задавали вопросы о количестве алкоголя, выпиваемого в обычный день (Q) и среднем количестве дней, в которые употребляется алкоголь (F). Эти вопросы касались периода после зачатия, но до

распознавания беременности, и о сегодняшнем потреблении спиртного (после установленного факта беременности). Женщины также указывали, сколько было случаев потребления 3 или более доз и выпивали ли они на предыдущей неделе и в прошлом месяце. Использовался сокращенный метод TLFB, в котором женщина могла указать принимала ли она алкоголь вчера, в прошлую пятницу, субботу или воскресенье (на уик-энде). Были также включены вопросы из ТООАС. Считалось, что у женщины позитивный скрининг на употребление алкоголя в период беременности, если они сообщали о любом потреблении алкоголя с зачатия согласно любому измерению. Использование этого метода скрининга позволило выявить 15% беременных женщин, находящихся в группе риска, в то время как стандартный метод, применяющийся в клиниках WIC, выявил 5%, при простом выяснении, принимала ли женщина алкоголь в прошлом месяце (Whaley и O'Connor, 2003).

Всем женщинам, давшим положительный ответ, проводили затем краткое вмешательство. Этот инструмент еще не утвержден на фоне других мер скрининга на распознавание женщин группы высокого риска, но может быть многообещающим для проведения скрининга в амбулаторной клинике с большим количеством пациентов, пока женщины ждут приема у своего врача.

С. Скрининг подростков и девушек студенческого возраста

Использование инструментов скрининга, разработанных для взрослых, не рекомендуется для его проведения среди подростков и девушек студенческого возраста. Следует скорее полагаться на такие измерения, как Индекс алкогольных проблем Ратджерса (White и Labouvie, 1989) и Шкала студенческих алкогольных проблем (O'Hare, 1997). Краткий метод скрининга, CRAFFT, был разработан для подростков; простой в подсчете баллов, он ориентирован на выяснение фактов потребления спиртного и наркотиков и имеет хорошие психометрические показатели преимущественно в работе с

женской молодежной выборкой в возрасте от 14 до 18 лет (Knight, Shrier и Bravender, 1999).

CRAFFT - акроним первых букв ключевых слов в шести вопросах теста:

(C) Ездили ли Вы когда-либо в АВТОМОБИЛЕ, которым управлял кто - то (включая вас), кто был под кайфом или под действием алкоголя либо наркотиков?

(R) Употребляете ли Вы когда-либо алкоголь или наркотики, чтобы РАССЛАБИТЬСЯ, повысить самооценку или чувствовать себя «своим»?

(A) Употребляете ли Вы когда-либо алкоголь или наркотики, в то время как Вы ОДИН?

(F) ЗАБЫВАЕТЕ ли Вы иногда то, что сделали под действием алкоголя или наркотиков?

(F) Говорят ли Вам ваша семья или ДРУЗЬЯ, что Вам следует сократить потребление алкоголя или наркотиков?

(T) Попадали ли Вы когда-нибудь в НЕПРИЯТНОСТИ, находясь под действием алкоголя или наркотиков?

За каждый вопрос CRAFFT дается 1 очко, и счет 2 обеспечивает среднюю точность (0.70) и высокую специфичность (0.94) в распознавании нарушений, связанных с потреблением алкоголя подростками. Авторы рекомендуют, чтобы любой положительный ответ на CRAFFT сопровождался дальнейшей оценкой количества, частоты и способа потребления спиртного с целью увеличить точность и привести к решению о необходимости вмешательства.

С. Руководство

1. Самоотчет в противовес интервью тет-а-тет

Было доказано, что метод постановки вопросов о потреблении алкоголя провоцирует правдивые ответы. Клинические интервью не могут быть достаточно эффективными в выявлении правдивых ответов женщин, потому что

практикам не всегда удобно задавать подобные вопросы в интервью тет-а-тет. Кроме того, женщина может недооценить важность факта употребления алкоголя из-за нежелания затрагивать данную, потенциально деликатную тему. Таким образом, анкеты самостоятельного заполнения могут повысить достоверность самоотчета.

2. Компьютеризированные интервью

Звуковое компьютеризированное самоотчет-интервью успешно использовалось в клиниках, работающих с беременными и обслуживающих неимущих малограмотных женщин (Thornberry и другие, 2002). Вопросы, озвучиваемые через наушники, взяты из ТООАС и затрагивают тему количества/частоты принятия спиртного за 3 месяца до беременности и в период самой беременности. Исследования по уместности данного метода показали, что пациентам он понравился.

3. Мероприятия лабораторного скрининга

Мероприятия лабораторного скрининга предлагают перспективу получения объективных данных по проблеме, относящейся к потреблению алкоголя (Allen и другие, 2000; Beager, 2001). Наиболее распространенные биологические маркёры - GGT (гамма глутамилерансфераза) и CDT (бедный углеводном трансферрин). Синтаза жирных кислот сложных эфиров этилового спирта (FAEE) может быть найдена в волосах женщин, потребляющих спиртное. Этот биомаркёр может содержать перспективу для скрининга беременных женщин на употребление алкоголя, хотя динамика экспрессии фермента оказалась сложной, а изменения происходят только при высоких дозах спиртного. Низкая чувствительность у женщин -неалкоголичек и высокая стоимость лабораторного анализа делает эти мероприятия не столь подходящими для использования в более универсальном скрининге.

IV. Проведение краткосрочных вмешательств

А. Предпосылки

Краткосрочное вмешательство (КВ) показало себя недорогим, эффективным альтернативным лечением алкогольных проблем, которое использует действия, ограниченные временными рамками, нацеленные на помощь самому себе и имеющие целью профилактику потребления алкоголя индивидуумами, не испытывающими зависимости от спиртного, а в случае зависимых от него женщин, нацеленные на упрощение процедуры направления их на специализированные курсы лечения (Fleming, 2003; Vien и другие, 1993). В целом КВ при алкогольных проблемах показало себя более эффективным, чем игнорирование вмешательства, а часто столь же эффективным как более обширное вмешательство. Эффективные превентивные программы часто используют многокомпонентный подход, объединяющий познавательноповеденческие навыки с разъяснением норм, просвещением и вмешательствами повышенной мотивации. КВ обычно ограничивается менее чем четырьмя сессиями и в типичном случае производится в лечебном учреждении, не специализирующемся на проблемах алкоголизма. Оно часто выполняется персоналом, который не специализировался в лечении заболеваний, провоцируемых потреблением и злоупотреблением алкоголем, и проводится с пациентами различной степени риска отрицательного воздействия спиртного, а не с теми, кого считают не испытывающими зависимости от алкоголя (Alcohol and Health, 1997).

1. Компоненты краткосрочного вмешательства

Шесть элементов характеризуют ключевые компоненты стандартизированного краткосрочного вмешательства, обобщенного акронимом FRAMES (Miller и Sanchez, (1993). Они включают: **Обратное воздействие**

личного риска, **Ответственность** за личный контроль, **Совет** изменить образ жизни, **Выбор** способов сократить или прекратить потребление алкоголя, **Внимательный** стиль проведения консультации, **Самодостаточность** или оптимизм по вопросу сокращения или прекращения потребления алкоголя. Вмешательство также подразумевает определение цели в отношении дальнейшего потребления алкоголя, оговариваемое подписанным контрактом, и доведение до логического завершения процесса лечения, сопровождаемого профессиональной медицинской поддержкой.

2. Характеристики интервьюера и методы интервью

Исследования показывают, что неконфракционные методы, используя которые, обученный персонал консультировал женщин, приводили к снижению потребления алкоголя в период беременности. Самые эффективные интервенционные методы избегают использования моральных или волевых предписаний, а вместо этого сосредотачиваются на сокращении потребления алкоголя без критики или провокации вины (Alcohol and Health, 1997). Было обнаружено, что у интервьюеров, достигающих положительных результатов, есть глубокие познания в интервенционных методах, оптимистическое отношение к изменению, сострадательный стиль, искренность и уважение по отношению к клиентам, способность избегать споров, которые вызывают оборонительную позицию у пациентов, и позитивный опыт обсуждения проблем, связанных с потреблением алкоголя (Miller и Rollnick, 1991; Najavits и Weiss, 1994).

В. Краткое мотивационное интервью

Мотивационное интервью – сопереживающий, ориентированный на проблемы пациента метод консультирования с целью повышения готовности к перемене образа жизни при снятии внутренней неуверенности в необходимости данных перемен (Miller и Rollinick, 1991). Этот процесс исследует причины

неуверенности клиента в атмосфере принятия, теплоты и положительного отношения. Несмотря на то, что сессия имеет прямые цели прямолинейного убеждения, и принуждения при этом избегают. Цель заключается в стимуляции необходимости перемены образа жизни пациента, вместо того, чтобы смириться с данным положением вещей. Более 24 исследований мотивационного интервьюирования послужили возникновению позитивных достижений на пути сокращения потребления алкоголя и решения других проблем в поведении, связанных с состоянием здоровья (Miller 2000).

Проект CHOICES (Изменение высокого риска потребления алкоголя и исследование роста эффективности контрацепции), который финансируется CDC, – пример выборочного вмешательства, использующего мотивационное интервьюирование, нацеленное на предотвращение подвергшихся воздействию алкоголя случаев беременности среди женщин группы высокого риска в специальных общественных учреждениях (Исследовательская группа Проекта CHOICES, 2003). Этот проект, сосредоточенный как на сокращении алкогольного риска, так и на отсрочке беременности до того момента, когда степень потребления спиртного снизится, в группе женщин детородного возраста, способных рожать, сексуально активных и использующих неэффективную контрацепцию или не использующих ее вовсе. Вмешательство состояло из четырех сессий, использующих мотивационное интервьюирование, и одной сессии по рекомендации использования противозачаточных средств, нацеленных на мотивацию женщин к перемене одного или обеих целевых форм поведения (сокращение потребления алкоголя и улучшение мер контрацепции). Результаты показали, что в течение 6-ти последующих месяцев целенаправленной работы, 68.5% женщин уже не находились в группе риска беременности, сопровождающейся воздействием алкоголя: 12.6% всего лишь

сократили потребление алкоголя; 23.1% сообщили только об использовании эффективной контрацепции; а 32.9% сообщили и о том, и о другом.

Подобно проекту CHOICES, еще одно недавно финансируемое CDC исследование нацелено на студенток колледжа, поощряя их воздержание от алкоголя или использование контрацепции, в случае употребления спиртного.

С. Структурированное краткосрочное вмешательство (КВ)

Хотя данные вышеупомянутых исследований обеспечивают основу для вмешательства и превентивных мер, применимость мотивированного интервью в клинике с большим количеством пациентов или медицинской практике может быть ограничена тем, что оно требует существенного обучения и клинического навыка. Недавно были разработаны методы стандартизированного структурированного КВ для снижения потребления алкоголя. Четыре выборочных контролируемых исследования, финансируемые NIAAA, служат примерами эффективности такого подхода. Эти исследования включали женщин различного социально-экономического и культурного происхождения и проводились в офисах врачей и общественных учреждениях. Два исследования выявили, что структурированное КВ было успешным у женщин группы высокого риска в сокращении употребления алкоголя в период последующей беременности, таким образом, предотвращая возможные негативные отклонения у плода, связанные с его развитием (Hankin, 2000; Manwell и другие, 2000). Два других исследования, первое, проводившееся в офисах врачей среди белых беременных женщин среднего класса с высоким риском воздействия алкоголя, и второе, в общественных WIC клиниках в основном с испаноязычными клиентками с низкой степенью риска и низким финансовым доходом, также обнаружили, что структурированное КВ является многообещающим методом (Chang и др., 1999; Chang и др., 2000; O'Connor, 2003). Важно, что эти два исследования установили, что условия контроля,

которые включали оценку потребления алкоголя и элементарный совет прекратить или сократить потребление алкоголя, были почти столь же эффективны в помощи женщинам в сокращении степени потребляемого ими алкоголя, как собственно и КВ. Успех этих проектов в сокращении потребления алкоголя как в экспериментальных, так и в контрольных группах обуславливался желанием беременных женщин иметь здоровую беременность, а также временем и вниманием, которые те, кто проводил вмешательство, уделяли женщинам в обеих группах. Даже при этих условиях в одном из исследований сообщалось о лучших результатах развития младенцев, включая больший рост при рождении и более низкие проценты смертности (O'Connor, 2003). Результаты исследований, на которые ссылались выше, предоставляют данные об эффективности стандартизированных кратких интервенционных методов в работе с беременными женщинами для мотивации сокращения потребления алкоголя.

D. Компьютеризованное краткосрочное вмешательство (КВ)

В настоящее время разрабатывается компьютеризированный метод КВ, который соединяет обсуждение размера сосудов и данные о нормах потребления алкоголя и позволяет женщине дать оценку собственному уровню потребления (Kaskutus, при личном общении). Сразу после того, как женщине предоставили информацию о ее уровне потребления спиртного, она участвует в стандартизированном КВ. Данный подход перспективен тем, что объединяет много рекомендованных аспектов скрининга, процедуру просвещения, помощь женщинам в признании того, что у них может быть алкогольная зависимость, а затем обеспечение краткого вмешательства. Автоматизированная компьютеризированная оценка разработана для использования в клиниках, занимающихся проблемами беременности, и в настоящее время тестируется в крупных организациях медицинской помощи (НМО) при поддержке гранта

NIAAA. Хотя эффективность этого вмешательства еще должна получить подтверждение, оно предлагает потенциально результативный метод, который может быть распространен в масштабах всей страны.

Е. Совершенствование краткосрочного вмешательства врачами

Исследование, посвященное способам поощрения врачей в использовании краткосрочных вмешательств, в еще более значительной степени служит признаком того, что обычные просветительские подходы могут быть не эффективными. Было выяснено, что эффективные стратегии включают: 1) Проведение просветительских программ отношении вмешательств; 2) Использование специальных пошаговых данных, основанных на клинических протоколах; 3) Использование ролевых проигрываний на основе профессиональных навыков; 4) Проведение обсуждений в группе, равной по составу; 5) Использование надежного квалифицированного инструктора или педагога.

Краткость, повторение и закрепление рекомендованных действий также являются ключевыми элементами программы (A Medical Education Model for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders; Fleming and Murray, 1998).

Ф. Выводы относительно использования краткосрочных вмешательств

Краткосрочные вмешательства, проводимые врачами и специалистами смежных специальностей в медицинских и немедицинских учреждениях, эффективны. Было установлено, что и мотивированное интервью, и стандартизированные структурированные стратегии краткосрочного вмешательства эффективны в работе с беременными и небеременными женщинами для мотивации сокращения потребления алкоголя. Более того, оказалось, что беременные женщины испытывают мотивацию к прекращению употребления алкоголя даже, если вмешательство включает только оценку

потребления алкоголя, сопровождаемую всего лишь советом прекратить или уменьшить потребление алкоголя. Исследование также показывает, что вмешательства эффективны как с малопьющими, так с относящимися к группе высокого риска беременными женщинами. Кроме того, консультация женщин детородного возраста, находящихся в группе риска беременности, подверженной воздействию алкоголя, и не пользующихся контрацептивами, показало себя многообещающим превентивным методом. Компьютеризированные версии стандартизированных методов также перспективны для эффективного вмешательства. Кроме описанных выше, ведется множество научно-исследовательских работ, нацеленных на предотвращение ФАС. CDC и NIAAA финансируют другие превентивные исследования по сокращению употребления алкоголя беременными женщинами. Большую информацию по названным исследованиям можно получить из Базы данных компьютерного поиска информации о научных проектах (CRISP) на <http://crips.cit.nih.gov>.

V. Более обширные интервью, используемые для оценки степени потребления алкоголя в период беременности

A. Интервью, касающиеся здоровья женщины

Подобное интервью – адаптированный вариант опроса, разработанный Day и Robles (1989), требующее от беременной женщины оценки своей степени потребления алкоголя на данный момент (O'Connor, 2003). Это интервью в настоящее время используется в исследовании Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в WIC по сокращению уровня потребления алкоголя беременными женщинами, принадлежащим меньшинствам с низким доходом. Опрос имеет задачей установить уровень потребления алкоголя женщиной до факта своей беременности и в данный момент, когда она знает, что беременна.

Интервью выявляет стандартные алкогольные меры среднего количества доз за одно застолье, максимального количества доз за одно застолье и частоту того и другого. Включается марка алкоголя, который употребляет женщина, а так же примерное количество употребленных унций. Вопросы об употреблении других тератогенов, включая курение, кофеин, употребление прописанных препаратов и незаконное употребление наркотиков, также входят в интервью, касающегося здоровья женщины, и определены количественно с помощью методов, разработанных Jacobson и другими (1994).

Согласно NIAAA и Диетическим методическим рекомендациям Министерства здравоохранения и сферы услуг США целесообразно:

- не употреблять более 1 стандартной дозы в день.
- не употреблять алкоголь вообще, если Вы беременны, кормите грудью или скоро планируете завести ребенка.
- не употреблять алкоголь, если Вы сексуально активны и не пользуетесь контрацепцией
- не употреблять алкоголь, если Вы ведете машину, принимаете определенные лекарства, имеете историю алкогольной или наркотической зависимости или если у Вас есть определенные физиологические показания против спиртного.

VI. Различные типы пьющих могут быть идентифицированы по следующим образцам употребления алкоголя

- Трезвенники: не употребляют алкоголь вообще или пьют менее 1 дозы в месяц.
- Пьющие из группы низкого риска: употребляют 1-2 стандартные дозы в день, но только 3 или менее раз в неделю. Потребления ими алкоголя не приносит вреда здоровью и не приводит к проблемам. Они не потребляют

спиртное перед тем, как вести машину, в период беременности, при кормлении грудью или в сочетании с определенными лекарствами.

- Пьющие из группы высокого риска: употребляют от 7 до 21 стандартных дозы в неделю: выпивают более 3-4 стандартных доз за одно застолье или пьют при возникновении неблагоприятных ситуаций.
- Имеющие проблемы с алкоголем: выпивают более 21 стандартной дозы в неделю и могут испытывать проблемы из-за количества выпитого (поведенческие, семейные, медицинские, психического здоровья, занятости, социальные, юридические)
- Алкогольно-зависимые: начав, не могут прекратить пить. Испытывают повторные и многократные проблемы как результат подобного потребления алкоголя (поведенческие, семейные, медицинские, психического здоровья, занятости, социальные, юридические). Тяжелое пьянство приводит к физиологической потребности в алкоголе.

VII. Критерии для направления на лечение

Пожалуйста, обратитесь к Опросу скрининга здоровья NIAAA для определения критериев (NIAAA, 1997).

A. Небеременные женщины

- Пациент – пьющий группы высокого риска: один положительный ответ на Опрос скрининга здоровья и отрицательный ответ на 9 оценочных вопросов о степени потребления, имеющих отношение к последствиям злоупотребления алкоголем (поведенческим, семейным, медицинским, психического здоровья, занятости, социальным, юридическим)

- Пациент – проблемно пьющий: положительные ответы на Опрос скрининга здоровья и 1 или 2 положительные ответа на вопросы о степени потребления
- Пациент может быть алкогольно-зависимым: положительные ответы на Опрос скрининга здоровья и 3 или более положительные ответа на вопросы о степени потребления.

Женщинам, относящимся к группе риска или имеющим проблемы с алкоголем, следует подвергаться кратким вмешательствам. Женщинам, зависимым от алкоголя, следует подвергаться кратким вмешательствам, и они должны направляться на специализированное лечение.

В. Беременные женщины

- Пациент – пьющий группы высокого риска: один положительный ответ на Опрос скрининга здоровья и отрицательный ответ на 9 оценочных вопросов о степени потребления, имеющих отношение к последствиям злоупотребления алкоголем (поведенческим, семейным, медицинским, психического здоровья, занятости, социальным, юридическим)
- Пациент – проблемно пьющий: положительные ответы на Опрос скрининга здоровья и 1 или 2 положительные ответа на оценочные вопросы
- Пациент может испытывать зависимость от алкоголя: положительные ответы на Опрос скрининга здоровья и 3 или более положительные ответа на оценочные вопросы

Женщинам, относящимся к группе риска или имеющим проблемы с алкоголем, следует подвергаться кратким вмешательствам. Женщинам, зависимым от алкоголя, следует подвергаться кратким вмешательствам, и они должны направляться на специализированное лечение.

СЫЛКИ

- Abel EL. Fetal alcohol syndrome in families, *Neurotoxicology and Teratology* 1988;10(1):1-2.
- Abel EL. Paternal exposure to alcohol, in *Perinatal Substance Research Findings and Clinical Implications*, 1992. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Abel EL. An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology* 1995;17(4):437–43.
- Alcohol and Health The Ninth Special Report to Congress from the U.S. Department of Health and Human Services, 1997. NIH Publication No. 97-4127.
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Sillanaukee P. Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000;24:492–6.
- Aronson M, Olegard R. Children of alcoholic mothers. *Pediatrician* 1987;14;57–61.
- Babor TF, Brown J, Del Boca FK. Validity and self-reports in applied research on addictive behaviors: Fact or fiction? *Behavioral Assessment* 1990;12:5–31.
- Barr HM, Steissguth AP. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001;25:283–7.
- Bearer CF. Markers to detect drinking during pregnancy. *Alcohol Research Health* 2001;25(3):210–8.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 1993;88: 315–35.

- Bingol N, Schuster C, Fuchs M, Iosub S, Turner G, Stone RK, Gromisch DS. The influence of socioeconomic factors on the occurrence of fetal alcohol syndrome. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 1987;6:105–18.
- Bogart CJ, Yeatman FR., Sirridge ST, Geer FA. Alcohol expectancies and the personal and parental drinking patterns of women. *Women Health* 1995;22(4):51–66.
- Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. *Journal of the American Medical Association* 1998;280(2):166–71.
- Brown, SA. Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *J. Cons. Clinical. Psychology* 1985;53:123–30.
- Brown J, Kranzler HR, Del Boca, FK. Self-reports by alcohol and drug abusing inpatients: Factors affecting reliability and validity. *British Journal of the Addictions* 1992;87:1013–24.
- Caetano, R. Alcohol use and depression among U.S. Hispanics. 114th Annual Meeting of the American Public Health Association. *British Journal of Addiction* 1987;82:1245–51.
- Caetano R. Drinking and alcohol-related problems among minority women. Special Focus: Women and alcohol. *Alcohol Health and Research World* 1994;18:231–41.
- Caetano R. Prevalence, incidence and stability of drinking problems among Whites, Blacks and Hispanics: 1984-1992. *Journal of Studies on Alcohol* 1997;58(6):565–72.
- Caetano R. Cultural and subgroup issues in measuring consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998;22(2):21S–28S.
- Caetano R, Clark CL. Trends in alcohol consumption patterns among Whites, Black and Hispanics: 1984 and 1995. *Journal of Studies on Alcohol* 1998;22:659–68.

- Caetano R, Clark CL, Tam T. Alcohol consumption among racial/ethnic minorities: Theory and research. *Alcohol Health and Research World* 1998;22:233–9.
- Canino G, Burnam A, Caetano, R. The prevalence of alcohol abuse and/or dependence in two Hispanic communities. In Helzer J, Canino G (Eds.). *Alcoholism in North America, Europe and Asia* (pp. 131–54). New York: Oxford University Press, 1992.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sociodemographic and behavioral characteristics associated with alcohol consumption during pregnancy — United States, 1988 *MMWR* 1995;44(13):261–4.
- Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol consumption among pregnant and childbearing-aged women — United States, 1991 and 1995. *MMWR* 1997;46(16):346–50.
- Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use among women of childbearing age — United States, 1991 and 1999. *MMWR* 2002;51(13):273–6.
- Chan AWK, Pristach EA, Welte JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1993;17:1188–92.
- Chang G, Goetz MA, Wilkins-Haug L, Berman SA. A brief intervention for prenatal alcohol use: an in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000;18(4):365–9.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. A brief intervention for alcohol use during pregnancy: Results from a randomized trial. *Addiction* 1999;94:1499–508.
- Chen, C.C., Lu, R.B., Chen, Y.C., Wang, M.F. Chang, Y.C. Li, T-K. and Yin, S.J. (1999).
- Interaction between the functional polymorphisms of the alcohol metabolism genes in protection against alcoholism. *Medical Journal of Human Genetics*, 65, 795-807.

- Cherpitel, C.J. (2002). Screening for alcohol problems in the U.S. general population: comparison of the CAGE, RAPS4, and RAPS4-QF by gender, ethnicity, and service utilization. *Rapid Alcohol Problems Screen. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.*, 26 (11),1686-91
- Chi, I., Lubben, J.E. and Kitano, H.H.L. (1989). Differences in behavior among three Asian American Groups. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 15-23.
- Connors, G. (1995). Screening for alcohol problems. In J. P. Allen and M. Columbus (Eds.) *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers* (pp. 17-30). NIH Publication No.95-3745.
- Cooper, M.L., Peirce, R.S., Huselid, RF. (1994). Substance use and sexual risk taking among black adolescents and white adolescents. *Health Psychology*, 13(3): 251-62.
- D'Avanzo, C.E., Frye, B. and Fromen, R. (1994) Culture, stress and substance use in Cambodian refugee women. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 420-426.
- Day, N. L. and Robles, N. (1989). Methodological issues in the measurement of substance abuse. *New York Academy of Sciences*, 562, 8-13.
- Dick, D.M. and Foroud, T. (2003). Candidate genes for alcohol dependence: A review of genetic evidence from human studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 868-879.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252,1905-1907.
- Finney, J. W. (1995). Assessing treatment and treatment processes. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, NIAAA Treatment Handbook Series 4, NIH Publication No. 95-3745, 123-142.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K. and London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial

- in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1039-1045.
- Gilbert, M. J. (1991). Acculturation and changes in drinking patterns among Mexican-American women. *Alcohol, Health and Research World*, 15, 234-238.
- Golding, J. M, Burnam, M. A., Benjamin, B. and Wells, K. B. (1993). Risk factors for secondary depression among Mexican Americans and non-Hispanic Whites: Alcohol use, alcohol dependence, and reasons for drinking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 166-175.
- Goldman, M.S., Greenbaum, P.E., and Darkes, J. (1997). A confirmatory test of hierarchical expectancy structure and predictive power: Discriminant validation of the Alcohol Expectancy Questionnaire. *Psychological Assessment*, 9(2), 145-157.
- Gomberg, E. L. (1993). Women and alcohol: Use and abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 211-219.
- Gomberg, E. L. (1994). Risk factors for drinking over a woman's life span. *Special Focus: Women and alcohol. Alcohol Health and Research World*, 18, 220-227.
- Goodlett, C.R., Marcussen, B.L. and West, J.R. (1990). A single day of alcohol exposure during the brain growth spurt induces brain weight restriction and cerebellar Purkinje cell loss. *Alcoholism*, 7, 107-114.
- Graham, J. W., Marks, G. and Hansen, W. B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76, 291-298.
- Graham, K., Wilsnack, R., Dawson, D. and Vogeltanz, N. (1998). Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences. *Addiction*, 93, 1137-1147.
- Grant, B. F. and Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 197-206.

- Haack, M. R., Harford, T. C. and Parker, D. A. (1988). Alcohol use and depression symptoms among female nursing students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 365-367.
- Hall, R.L., Hesselbrock, V.M, and Stabenau, J.R. (1983) Familial distribution of alcohol use: II. Assortative mating of alcoholic probands. *Behavioral Genetics*, 13(4), 373-382.
- Haller, D. L., Knisely, J. S., Dawson, K. S. and Schnoll, S.H. (1993). Perinatal substance abusers: Psychological and social characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 509-513.
- Hankin, J. R. and Sokol, R. J. (1995). Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 19 (4), 286-292.
- Hankin, J., Sokol, R., Casentrelli, J. and Shernorr, N. (2000) Protecting the next pregnancy II: Impact on birthweight. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (suppl.), 103A.
- Hanna, E. Z., Faden, V. B and Dufour, M. C. (1994). The motivational correlates of drinking, smoking and illicit drug use during pregnancy. *Journal of Substance Abuse*, 6, 155-167.
- Harlap, S. and Shiono, P. H. (1980). Alcohol, smoking and incidence of spontaneous abortions in the first and second trimester. *Lancet*, 2 (8187), 173-180.
- Helzer, J. E., and Canino, G. J. (1992). Comparative analysis of alcoholism in ten cultural regions. In J. E. Helzer and G. J. Canino (Eds.), *Alcoholism in North America, Europe and Asia* (pp.289-308). New York, NY: Oxford University Press.
- Hilton, M. E. (1991). The demographic distribution of drinking patterns in 1984. In W. B. Clark and M. E. Hilton (Eds.), *Alcohol in America: Drinking Practices and Problems* (pp. 73-86), Albany, NY: State University of New York Press.

- Howland, J. and Hingson, R. (1987). Alcohol as a risk factor for injuries or death due to fires and burns: review of the literature. *Public Health Rep.*, 102 (5), 475-83.
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V., Gingrich, R. and Rankin, J.G. (1996) Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician- nurse team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20 (8), 1443-1450.
- Jacob, T. and Bremer, D. A. (1986). Assortative mating among men and women `alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 219-222.
- Jacobson, J. L. and Jacobson, S. W. (1996). Methodological considerations in behavioral toxicology of infants and children. *Developmental Psychology*, 32, 390-403.
- Jacobson, S.W., Chiodo, L., Jester, J., Carr, L., Sokol, R., Jacobson, J. and Li, T-K. (2000). Protective effects of ADH2*3 in African American infants exposed prenatally to alcohol (abstract). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (supplement 5), 28A.
- Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J. W. and Kaplan-Estrin, M. G. (1993). Teratogenic effects of alcohol on infant development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 174-183.
- Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J.W. and Shankaran, S. (1994). Effects of alcohol use, smoking and illicit drug use on fetal growth of black infants. *Journal of Pediatrics*, 124, 757-764.
- Jacobson, J.L., Jacobson, S.W., Sokol, R.J. and Ager, J.W., Jr. (1998) Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 345-351.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. and Bachman, J.G. (2000). *The Monitoring the Future National Survey Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings*, 199. NIH Pub. No. 00-4690. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Kaskutas, L.A. and Graves, K. (2001) Pre-pregnancy drinking: How drink size affects risk assessment. *Addiction*, 96, 1199-1209.
- Knight, J.R., Shrier, L.A., and Bravender, T.D. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 591-596.
- Kolonel, L. N. and Lee, J. (1981). Husband-wife correspondence in smoking, drinking, and dietary habits. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 99-104.
- Leigh, B.C. and Stacy, A.W. (1991). On the scope of alcohol expectancy research: remaining issues of measurement and meaning. *Psychological Bulletin*, 110 (1):147-54.
- Little, R.E. (1990) Maternal use of alcohol and breast-fed infants. *New England Journal of Medicine* 322, 339.
- Lohr, M. J., Gillmore, M. R., Gilchrist, L. D. and Butler, S. S. (1992). Factors related to substance use by pregnant, school-age adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 13, 475-482.
- MacKinnon, D. P., Warsi, G. and Dwyer, J. H. (1995). A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate Behavioral Research*, 30, 41-62.
- Maier, S.E. and West J.R. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research and Health*. 25 (3):168-74.
- Mail, P.D. and Johnson, S. (1993) Boozing, sniffing, and toking: An overview of the past, present and future of substance use by American Indians. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 5, 1-33.
- Maisto, S. A., McKay, J. R. and Connors, G. J. (1990). Self-report issues in substance abuse: State of the art and future directions. Special Issue: Self-reports across addictive behaviors: Issues and future directions in clinical and research settings. *Behavioral Assessment*, 12, 117-134.

- Manwell, L.B., Fleming, M.F., Mundt, M.P., Stauffacher, E.A. and Barry, K.L. (2000). Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research Exp Res*, 24 (10):1517-24.
- Mattson, S. N. and Riley, E. P. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 279-294.
- McCarver, D.G., Thomason, H.R., Martier, S.S., Sokol, R.J., and Li, T-K. (1997). Alcohol dehydrogenase-2*3 allele protects against alcohol-related birth defects among African Americans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapy*, 283, 1095-1101.
- McCarver, D.G. (2001). ADH2 and CYP2E1 genetic polymorphisms: risk factors for alcohol-related birth defects. *Drug Metabolism Dispos*, 29, 562-565.
- Mennella, J. (2001). Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Research and Health*, 25 (3), 231-234.
- Mennella, J. and Beauchamp, G.K., (1993). Beer, breast-feeding and folklore. *Developmental Psychobiology*, 26, 459-466.
- Midanik, L. T., Zahnd, E. G. and Klein, D. (1998). Alcohol and drug CAGE screeners for pregnant, low-income women: The California perinatal needs assessment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 121-125.
- Miller, L. (1998). Depression among pregnant adolescents. *Psychiatric Services*, 49, 970.
- Miller, W.R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (1), 6-18.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press. Miller, W.R. and Sanchez,

- V.C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). *Identification of At-Risk Drinking and Intervention with Women of Childbearing Age: A Guide for Primary Caregivers*. NIH Pub. No. 99-4368
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1998). *Report of the Working Group on Prevention of Risk Drinking in Pregnancy*. Bethesda, MD: Author.
- Najavits, L. M. and Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89, 679-688.
- O'Connor, M.J. (2003). Project CARE: Helping women have healthier babies, Invited presentation at the annual meeting of the Interagency Council on Fetal Alcohol Syndrome, Rockville, MD, December 12, 2003.
- O'Connor, M.J. and Whaley, S.E. (2003a). Alcohol use in pregnant low-income women in WIC, *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 772-783.
- O'Connor, M.J. and Whaley, S.E. (2003b). Brief Interventions for High Risk Women, Invited presentation to the 30th Anniversary of the first FAS publication in the U.S, sponsored by the New Jersey FAS Task Force, Atlantic City, NJ, October 28, 2003.
- O'Connor, M. J., Brill, N. and Sigman, M. (1986). Alcohol use in elderly primips: Relation to infant development. *Pediatrics*, 78, 444-450.
- O'Hare, T. (1997). Measuring problem drinking in first time offenders. Development and validation of the College Alcohol Problem Scale (CAPS). *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 14 (4):383-7.

- Project CHOICES Research Group (2002). Alcohol-exposed pregnancy—Characteristics associated with risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 23:166-173.
- Project CHOICES Research Group (2003). Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: A study of a motivational intervention in community settings, *Pediatrics*, 111 (5), 1131- 1135.
- Raskin, V. D. (1993). Psychiatric aspects of substance use disorders in childbearing populations. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 157-165.
- Rhodes, J. E., Gingiss, P. L. and Smith, P. B. (1994). Risk and protective factors for alcohol use among pregnant African-American, Hispanic, and White adolescents: The influence of peers, sexual partners, family members, and mentors. *Addictive Behaviors*, 19, 555-564.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. and Hall, W. (1992) Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87 (5), 743-754.
- Rosett, J. L., Weiner, L. and Edelin, K. C. (1981). Strategies for prevention of fetal alcohol effects. *Obstetrics and Gynecology*, 47, 1-7.
- Russell, M. (1990) Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. From M. Windle and J.S. Searles (Eds.), *Children of Alcoholics: Critical Perspectives*. The Guilford Substance Abuse Series, (pp. 244). New York: Guilford Press.
- Russell, M. (1994). New assessment tools for drinking in pregnancy, T-ACE, TWEAK, and Others. *Alcohol Health and Research World*, 18, 55-61.
- Russell, M., Martier, S., Sokol, R., Mudar, P., et al.(1994). Screening for pregnancy riskdrinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18 (5),1156-1161.

- Russell, M., Martier, S.S., Sokol, R. J., Mudar, P., Jacobson, S. and Jacobson, J. (1996). Detecting risk drinking during pregnancy: A comparison of four screening questionnaires. *American Journal of Public Health*, 86, 1435-1439.
- Serdula, M.K., Mokad, A.H., Byers, T., and Siegel, P.Z. (1999) Assessing alcohol consumption: Beverage-Specific versus Grouped-Beverage Questions. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (1), 99-102.
- Sidhu, J.S. and Floyd, R.L. (2002). Trends in alcohol consumption among Hispanic pregnant and non-pregnant women in the United States, 1995-2000. Proceedings of the 2002 Scientific meeting of the Research Society on Alcoholism, San Francisco, Ca., June 28 — July 3, 2002.
- Smith, I. E. and Coles, C. D. (1991). Multilevel intervention for prevention of fetal alcohol syndrome and effects of prenatal alcohol exposure. *Recent Developments in Alcoholism*, 9, 165-180.
- Smith, I. E., Lancaster, J. S., Moss-Wells, S., Coles, C. D. and Falek, A. (1987). Identifying high risk pregnant drinkers: Biological and behavioral correlates of continuous heavy drinking during pregnancy. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 304-309.
- Sobell, L. C. and Sobell, M. B. (1990). Self-report issues in alcohol abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 91-106.
- Sobell, L.C. and Sobell, M. B. (1992) Timeline Follow-back: A technique for assessing self reported alcohol consumption. In R. Z. Litten and J. Allen (Eds.), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*, (pp. 41-72). New Jersey:Humana Press.
- Sobell, L. C. and Sobell, M. B. (1995). Alcohol consumption measures. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, NIAAA Treatment Handbook Series 4, NIH Publication No. 95-3745, 55-73.

- Sood, B., Delancey-Black, V., Covington, et al. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. Dose-response effect. *Pediatrics*, 108 (2), 1-9.
- Stratton, K., Howe, C. and Battaglia, F. (Eds.). (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press
- Streissguth, A. P. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Company.
- Streissguth, A. P., Barr, H.M., Sampson, P. D. and Bookstein, F. L. (1994). Prenatal alcohol and offspring development: The first fourteen years. *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 89-99.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2001). *Summary of findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Thornberry, J., Bhaskar, B., Krulewitch, C.J., Wesley, B., Hubbard, M.L., Das, A., Foudin, L. and Adamson, M. (2002). Audio computerized self-report interview use in prenatal clinics. *CIN: Computers, Information, Nursing*, 20 (2), 46-52.
- Vega, W. A., Kolody, B., Hwang, J., Noble, A. et al. (1997). Perinatal drug use among immigrant and native-born Latinas. *Substance Use and Misuse*, 32, 43-62.
- Wall, T.L., Carr, L.G. and Ehlers, C.L. (2003). Protective association of genetic variation in alcohol dehydrogenase with alcohol dependence in Native American Mission Indians. *American Journal of Psychiatry*, 160 (1), 41-46.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdell, G., Moeykens, B. and Castillo, S. (1994). Health and behavior consequences of binge drinking in college: A national survey of students in 140 campuses. *Journal of American Medical Association*, 272, 1672-1677.

- Wechsler, H., Dowdall, G., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. and Lee, H. (1998). Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: Results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47, 57-68.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M. and Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 college alcohol study. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Whaley, S.E. and O'Connor, M.J. (2003). Increasing the Report of alcohol use among low-income pregnant women, *American Journal of Health Promotion*, 17, 369-372.
- White, H.R. and Labouvie, E.W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (1):30-7.
- Williams, C., Epstein, J. A., Botvin, G. J., Schinke, S. P. and Diaz, T. (1998). Psychosocial determinants of alcohol use among minority youth living in public housing developments. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 145-154.
- Wilsnack S.C. and Wilsnack, R. W. (1993). Epidemiological research on women's drinking: Recent progress and directions for the 1990s. In E. S. L. Gomberg and T. D. Nirenberg (Eds.), *Women and Substance Abuse*, (pp. 62-99). Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Wilsnack S.C, Wilsnack, R. W. and Hiller-Sturmhofel, S. (1994). How women drink: Epidemiology of women's drinking and problem drinking. *Alcohol Health and Research World*, 18, 173-181.
- Windham, G.C., Von Behren, J., Fenster, L., Schaeffer, C. and Swan, S.H. (1997). Moderate maternal alcohol consumption and the risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8, 509-514.

Windle, M., Windle, R.C., Scheidt, D.M., and Miller G.B. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9),1322-1328.

Zane, N.W. and Kim, J.C. (1994). Substance use and abuse. In N.W. Zane, D.T. Takeuchi and K.N.J. Young (Eds.), *Confronting Critical Health Issues of Asian and Pacific Islander Americans* (pp. 316-346). Thousand Oaks, CA: Sage Publicati.

Компетентность в области ФАС III: модели зависимости

Студент-медик/ медицинский работник применит концепции и модели зависимости к женщинам детородного возраста и беременным женщинам для проведения соответствующих превентивных мер, направления к специалистам и ведения случая.

Учебные цели

ША: обучающийся сможет объяснить прошлые и современные теории употребления алкоголя.

ШВ: обучающийся сможет описать категории степени потребления алкоголя женщинами.

ШС: обучающийся сможет описать стадии употребления/зависимости/склонности к алкоголю.

ШД: обучающийся сможет объяснить стадии изменения в отношении потребления алкоголя.

ШЕ: обучающийся сможет рассмотреть сопутствующие психические заболевания, связанные с потреблением алкоголя,.

ШФ: обучающийся сможет распознать признаки, свойственные семьям с алкогольной зависимостью.

Учебные цели и связанные с ними задачи

Цель IIIA: Обучающийся будет в состоянии объяснить прошлые и современные модели употребления алкоголя

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • отдавать себе отчет в том, что исторически алкогольная зависимость рассматривалась по-разному (А) • описать исторически некоторые из моделей потребления алкоголя (К) • дать оценку степени потребления алкоголя, основанную на различных моделях (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать историческую оценку различным моделям потребления алкоголя (А) • дать оценку культуральным установкам в использовании моделей (А) • дать оценку развитию определенных моделей, связанных с полом (А) • идентифицировать различные модели, использовавшиеся в истории (мораль, социальное обучение, сухой закон, характерологические, биологические, создание условий) (К) • идентифицировать культуральные установки в использовании различных моделей (К) • применять знание моделей в текущей практике (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • доверять перспективе и степени важности различных моделей алкогольной зависимости при историческом рассмотрении (А) • дать описание ограничений исторических моделей (К) • дать объяснение принятой сейчас модели лечения алкоголизма/склонности как основного заболевания (К) • дать описание специфическим, связанным с полом проблем лечения женщин (К) • расширить собственные знания о моделях для того, чтобы оставаться в курсе социальных изменений (К) • применить знание моделей в текущей практике (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IIIВ: Обучающийся будет в состоянии описать категории степени потребления алкоголя женщинами.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • проявить сочувствие к беременным женщинам, потребляющим спиртное (А) • не испытывать неудобства, задавая вопросы, связанные с алкоголем, из-за специфически культурных и половых различий (А) • дать описание различным типам пьющих (трезвенники, пьющие с низким уровнем риска, серьезно пьющие, те, кого есть проблемы с алкоголем, зависимые от алкоголя) (К) • объяснить, как оценить принадлежность женщин к различным категориям потребления алкоголя (К) • точно идентифицировать категории степени потребления алкоголя (S) • Задавать соответствующие вопросы, имеющие отношение к употреблению алкоголя беременными женщинами, чтобы отнести их к определенному типу употребления алкоголя (S) • эффективно классифицировать женщин согласно образцам потребления ими алкоголя (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • полагать, что все женщины детородного возраста должны пройти скрининг на употребление алкоголя (А) • давать оценку собственным идеям и убеждениям о беременных женщинах, потребляющих спиртное (А) • понимать, что женщины всех культурных и экономических групп могут принимать алкоголь во период беременности (А) • понять, что категории склонности к алкоголю могут измениться в любой момент беременности (А) • продемонстрировать глубокое знание пяти образцов потребления алкоголя беременными женщинами (от полного отказа от потребления алкоголя до неспособности прекратить начатое когда-то потребление) (К) • дать объяснение концепции занижения сведений об употреблении и в какой степени это зависит от пациента (К) • провести всестороннее интервью с целью классифицировать тип потребления алкоголя/образцов употребления алкоголя (S) • использовать деликатные с точки зрения культуры и пола вопросы, чтобы классифицировать тип образца потребления алкоголя беременными женщинами (S) • дать информацию о пользе уменьшения/прекращения потребления алкоголя для матери и ребенка (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • полагать существование барьеров для выявления моделей потребления алкоголя среди беременных женщин (А) • отдавать себе отчет в том, что информация, полученная во время интервью, субъективна, испытываемого интервьюером и интервьюируемой (А) • не чувствовать неудобства, демонстрируя сопереживание и готовность помочь женщинам, которые борются с проблемами зависимости (А) • анализировать новые исследования и данные, представляющие дальнейшее развитие способности обеспечивать необходимую информацию о моделях потребления алкоголя (К) • объяснять с глубоким пониманием самые современные теории склонности (К) • обучать других практиков работе с соответствующими вопросами, идентифицирующими типы образцов потребления алкоголя (S) • продемонстрировать, как задавать вопросы в обыденной манере, не осуждая и с сопереживанием (S) • консультировать других специалистов здравоохранения относительно того, как преодолеть возможные барьеры во время интервью (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель III: Обучающийся будет в состоянии дать описание стадии потребления/зависимости/склонности к алкоголю.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • полагать, что повышенное потребление алкоголя может привести к физическим, психологическим отклонениям и перемене образа жизни (А) • идентифицировать особенности физических, психологических отклонений и перемены образа жизни, свидетельствующие об повышенном потреблении спиртного (К) • дать описание самым современным медицинским критериям расстройств, спровоцированным потреблением алкоголя (К) • использовать самую современную терминологию для определения стадий злоупотребления алкоголем (S) • при необходимости направить пациентку к специалистам по лечению отклонений, связанных с потреблением алкоголя (S) • проконтролировать процесс направления (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • полагать, что такие проблемы как устойчивость и зависимость - часть прогрессирующего алкоголизма (А) • сообщить наблюдаемым пациенткам, что рост потребления алкоголя ведет к физическим, психологическим отклонениям и перемене образа жизни (А) • принять во внимание, что индивидуумы разных культурных и экономических слоев могут рассматривать потребление спиртного по-разному, относясь к этому с разной долей терпимости (А) • дать описание специфически физиологическим, психологическим отклонениям и перемене образа жизни, свидетельствующим об алкоголизме (К) • дать объяснение методам выявления информации и критериям расстройств, спровоцированных потреблением алкоголя (К) • использовать существующие, зависящие от половой принадлежности инструменты оценки, которые являются успешными в определении проблем, связанных с потреблением алкоголя и необходимостью дальнейшего вмешательства (S) • использовать современные медицинские критерии при оценке пациентов (S) • направлять женщин на лечение в период диагностики (S) • довести до конца процесс определения пациентки на курс рекомендованного лечения (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать оценку сложной взаимосвязи между потреблением алкоголя и положительной стороной личной, семейной, культурной, экономической и общественной жизни (А) • дать объяснение процессу развития алкоголизма (К) • проанализировать современные исследования и данные о специфических стадиях алкоголизма (переносимость, физическая зависимость, изменение важных органов) (К) • обучать методам вмешательства, имеющим свою половую и культурную специфику и методам консультирования женщин на различных стадиях алкогольной зависимости (S) • дать оценку новым исследованиям с целью классификации и описания стадий алкоголизма в период беременности (S) • просвещать пациентов о симптомах процесса болезнетворной зависимости (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IIIД: Обучающийся будет в состоянии объяснить стадии изменения в потреблении алкоголя.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • почувствовать уверенность, что женщина может изменить свои привычки потребления алкоголя в результате лечения, специфического для женщин-алкоголиков (А) • полагать, что изменение степени потребления алкоголя может оказать положительное влияние на беременность (А) • полагать, что женщине-алкоголику необходим курс лечения с целью прекращения потребления спиртного в процессе беременности (А) • дать описание процесса изменения степени потребления алкоголя (предварительное намерение, намерение, подготовка, действие, поддержание) (К) • индивидуализировать краткие вмешательства, которые помогут изменить степень потребления (К), • провести опрос женщины, не показывая никакого осуждения, способствуя самооценке пациентки с целью проведения изменений (S) • предоставить данные о положительных воздействиях уменьшения/прекращения потребления алкоголя для себя и ребенка (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • осуществлять помощь женщинам в уменьшении или прекращении потребления алкоголя (А) • противостоять собственным предубеждениям и безоговорочно женщинам, независимо от факта их зависимости от алкоголя (А) • полагать что, если женщина является алкоголиком или у нее есть проблемы с алкоголем, она уменьшит потребление спиртного и не сообщит точно о ее типе потребления алкоголя (А) • не испытывать неудобства, понимая, что занижение сведений - часть протеста, проявляемого алкоголиком (А) • выявлять специфические данные, связанные с каждой стадией изменения (К) • дать описание потенциальных барьеров в изменении потребления алкоголя среди женщин, включая культурные убеждения (К) • поддерживать концепцию, что женщина-алкоголик не получит доступ к лечению самостоятельно; практик должен будет использовать интервенционные навыки (К) • использовать гибкие методы интервью для определения стадии изменения (S) • мотивировать и поддерживать желание женщины уменьшить/прекратить потребление алкоголя (S) • направлять беременных женщин, которые пьют в соответствующее лечебное учреждение и проследить прогресс лечения (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • работать с практиками с целью помочь в понимании проблем, связанных с потребления алкоголя беременными женщинами и в том, как осуществлять изменения (А) • служить наставником, помогая практикам в трудных ситуациях, способных ослабить оптимизм в работе с пациентами, требующих напряженного внимания (А) • объяснить другим практикам концепцию и методы использования стадий изменения при работе с беременными женщинами (К) • идентифицировать ресурсы сообщества, способные помочь в реализации изменений, понимая, что беременным женщинам и их детям должны предоставляться больничные места (К) • дать оценку эффективности лечения в сообществе (S) • помочь практикам в сотрудничестве с общественными ресурсами (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IIIЕ: Обучающийся будет в состоянии распознать группу психических отклонений, провоцируемых потреблением алкоголя.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • полагать, что течение определенного заболевания может повлиять на степень потребления алкоголя (А) • полагать, что психологические нарушения связаны со степенью проблемного потребления алкоголя (А) • при оценке сопутствующих отклонений стараться постоянно испытывать моральный комфорт (А) • идентифицировать специфические психологические отклонения, которые связаны с повышенным потреблением алкоголя (депрессия, синдром дефицита внимания и гиперактивности, резкая смена настроений, PTSD, проблемы контроля реакций возбуждения, ФАС, и т.д.) (К) • продемонстрировать ясное понимание развития болезненной зависимости и способность разглядеть в ней черты психического отклонения (S) • дать объяснение взаимосвязи между воздействием алкоголя и некоторых неспецифических сопутствующих заболеваний (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • принять ту мысль, что многие психические расстройства связаны с повышенным потреблением алкоголя /алкогольной зависимостью (синдромом дефицита внимания и гиперактивности, депрессией, биполярными расстройствами, ПТСР, проблемами контроля возбуждений, беспокойством, пищевыми расстройствами, ФАС и т.д.) (А) • полагать, что уровень собственного морального комфорта помогает получить необходимые данные по сопутствующим отклонениям (А) • дать описание тому факту, что пациенты-алкоголики часто неправильно диагностируются как больные психическими расстройствами вне связи с диагностикой алкоголизма (К) • признать, что для клинической картины может быть необходимо провести точную оценку развития алкоголической зависимости с или без сопутствующих болезненных отклонений (К) • ставить во время интервью такие вопросы, чтобы добиться данных по сопутствующим заболеваниям и степени потребления алкоголя (S) • выявить специфические варианты лечения, нацеленные на проблемы сопутствующих заболеваний и потребления алкоголя соответственно их серьезности (S) • направить пациента, нуждающегося в специфическом психиатрическом вмешательстве, к соответствующему специалисту (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать оценку факторам, мешающим пониманию клинической картины сопутствующих заболеваний и зависящим от уровня морального комфорта и сочувствия (А) • резюмировать современные исследования относительно идентификации и лечения проявлений сопутствующих заболеваний (К) • объяснить другим практикам возможные проявления сопутствующих алкоголизму заболеваний (S) • использовать и оценить новые методы и доступные ресурсы лечения сопутствующих психических расстройств (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IIIF: Обучающийся будет в состоянии распознать характеристики

подверженных алкоголизму семей.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • полагать, что генетическая предрасположенность играет определенную роль в том, будет ли человек подвержен риску возникновения алкоголизма (А) • предположить, что некоторые семейные черты могут способствовать потреблению алкоголя либо возникновению зависимости (А) • противостоять собственным предубеждениям относительно семей, оказывающим препятствие вмешательству (А) • идентифицировать некоторые факторы особенностей конкретной семьи, способствующие потреблению алкоголя (генетический, неумение противостоять стрессовым ситуациям, низкое чувство собственного достоинства, алкоголизм в семье, и т.д.) (К) • признавать взаимовоздействие между индивидуумом и его семьей (то есть, индивидуум, как воздействующий на семейные фактор/процессы, так и сам подвергающийся их воздействию) (К) • задавать вопросы, не требующие однозначного ответа, способствующие обсуждению проблем конкретной семьи (S) • идентифицировать семьи, находящиеся в зоне риска возможной алкогольной зависимости (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • желать разобраться в том, как по-разному могут воздействовать на степень потребления алкоголя и зависимости от него психологические особенности конкретной семьи (А) • понять, что необходимо сопереживать и оставаться объективным в работе с семьями, подверженных алкогольной зависимости (А) • идентифицировать специфические и тонкие факторы, свойственные конкретной семье, которые способствуют возникновению женского алкоголизма (К) • дать описание роли протеста в семьях, испытывающих зависимость от алкоголя (К) • предвидеть, что вмешательства, направленные на индивидуума, будут также потенциально воздействовать на его семью, а вмешательства, направленные на семью, будут оказывать воздействие на индивидуума (К) • дать оценку факторам риска возникновения алкогольной зависимости в семье (S) • дать оценку семье с точки зрения динамики возможного развития алкогольной зависимости (S) • дать женщине ясное представление динамики воздействия семьи на потребление ею (женщиной) алкоголя (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • признать семейные/культурные факторы, влияющие на возникновение и степень потребления алкоголя и зависимости от него(А) • способным принять новые методы определения воздействия семейных проблем на степень потребления алкоголя и зависимости от него(А) • уметь резюмировать литературу, обосновывающую соответствующие модели поддержки семей, испытывающих алкогольную зависимость (К) • демонстрировать практикам успешные случаи семейных вмешательств (S) • способствовать продвижению важных систем поддержки сообщества семей (такие как рекомендации, лечения алкоголизма и т.д.) (S) • оценить новые способы семейной терапии в работе с семьями, испытывающих алкогольную зависимость (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Содержательная Схема Компетентности III

I Модели потребления алкоголя в прошлом и настоящем

A. Исторические модели

1. повреждающего потребления алкоголя
2. моральная
3. психоаналитическая/характерологическая
4. выработки условного рефлекса
5. биологическая
6. болезни/медицинская/биологическая

B. Предубеждения в теориях и моделях

C. Ограничения теорий и моделей

II. Категории потребления алкоголя женщинами

A. Категории

1. трезвенники
2. пьющие группы пониженного риска
3. пьющие группы повышенного риска
4. проблемные алкоголики
5. алкоголическая зависимость

B. Оценка определения категорий

C. Половая и культурная восприимчивость

D. Просвещение пациента

III. Стадии потребления/зависимости/склонности к алкоголю

A. Медицинские критерии расстройств, спровоцированных потреблением алкоголя

B. Стадии по степени потребления

1. переносимость
2. физическая зависимость
3. серьезное органическое изменение
4. лечение

С. Просвещение пациента

IV. Стадии изменения степени потребления алкоголя

А. Стадии

1. предварительное намерение
2. намерение
3. подготовка
4. действие
5. поддержание/рецидив

В. Методы интервьюирования с целью определения стадии

С. Краткие вмешательства, способствующие изменениям

Д. Время, подходящее для интервью

V. Сопутствующие психические заболевания

А. Расстройства, связанные с повышенным потреблением алкоголя

1. депрессия
2. синдром дефицита внимания и гиперактивности
3. перемена настроений
4. ПТСР
5. проблемы контроля возбуждения
6. расстройства пищевого поведения
7. беспокойство

В. Отношения между степенью зависимости и психологическими расстройствами

- C. Варианты лечения, направленные на сопутствующие заболевания и алкогольную зависимость
- D. Современные исследования в идентификации и лечении проявлений сопутствующих заболеваний

VI. Характеристики семей, испытывающих алкогольную зависимость

- A. Роль генетических факторов
- B. Факторы конкретной семьи, способствующие потреблению алкоголя

Содержательные Ресурсы Компетентности III

Susan Adubato, Kathleen Mitchell, Marielle Pratts, Tara Rupp

I Модели потребления алкоголя в прошлом и настоящем

A. Исторические модели

Исторически проблемы, связанные с алкоголем, определялись по-разному, в зависимости от политического и социального момента. То, как мы осмысливаем проблему, будет сильно влиять то, как мы будем ее решать. Нынешняя, принимающая в расчет генетические факторы и предрасположенность индивидуума к потреблению спиртного, общепринятая модель, является биологической. Для оценки принятой сейчас модели и пользования ею нужно, по крайней мере, иметь представление о развитии других моделей и о том, как изменились наши взгляды на индивидуума, испытывающего зависимость от спиртного. Следует отметить, что все эти модели все еще могут использоваться некоторыми профессионалами и сегодня.

1. Модель повреждающего потребления алкоголя

Она представляет собой одну из долгоживущих моделей. Согласно ей считается, что по своей «природе» данный конкретный человек должен пить, и не в состоянии перебороть себя. Если он все-таки прекращает пить, то возобновление привычки всего лишь вопрос времени. Таких индивидуумов следует избегать любой ценой и содержать вне контакта с основной частью общества. Исторически их определяют как «городских пьяниц». Модель, вероятно, берет начало от тех случаев с алкоголиками в последней стадии, которые не могут самостоятельно обеспечивать свою жизнедеятельность или позаботиться о себе. Эта модель - неверное истолкование факторов, касающихся стадий алкоголизма и рецидива.

2. Моральная модель

Данная модель была одной из первых моделей алкоголизма. Она подчеркивает личный выбор в качестве источника проблемы. Согласно ей, алкоголик «выбирает» пить или воздерживаться. Эта «сухая» модель рассматривает индивидуума как неспособного или несклонного «поступить правильно». Алкоголики представляются как нуждающиеся в наставлении того, как действовать правильно. Врачи и семья полагают, что человек не имеет моральной силы, чтобы сопротивляться своему искушению. Лечение проводилось, когда алкоголик признавал «греховность» своего состояния, просил о помощи, принимал наказание от добродетельных цензоров и, однажды прощенный, получал позволение вернуться в общество. В действительности же, ни о каком лечении здесь речи не идет. Существенно именно вынесение наказания человеку, испытывающему алкогольную зависимость. Обвинение в алкоголизме возлагается непосредственно на самого алкоголика.

«Сырая» моральная модель, или модель умеренности, является родственной социальному потреблению алкоголя. Она выступает за контролируемое его потребление. Алкоголик представляется человеком, который не пьет в рамках существующих правил, установленных обществом. Его недопустимое поведение должно быть исправлено. Алкоголь - вещество, которое должно принимать со всей ответственностью. Согласно данной модели, алкоголик не берет на себя ответственность за тот факт, что он пьет. Оказавшись перед выбором правильного и неправильного, он совершает неправильный выбор. Вся терапия нацелена на то, чтобы помочь алкоголику сделать правильный выбор - то есть, пить меньше, пить в соответствующих местах и в рамках закона. Эта модель используется в школах «за рулем в нетрезвом виде». Она не эффективна, потому что делает особое ударение на силу воли, отрицая физиологическую зависимость, токсичность алкоголя, постепенную потерю самоконтроля, повышенную переносимость и сопутствующие физические заболевания.

3. Психологическая или характерологическая модель

Здесь алкоголизм представляется симптомом лежащего в основе скрытого психологического расстройства. Некоторые клиницисты описывают склонную к нему личность. Необходимо реструктурировать личность. Для этой модели необходимо самосознание, которое не является сильной стороной алкоголиков. К тому же, лечение лежащих в основе причин - очень медленное, и тяжелое, больные алкоголики могут не достичь положительных результатов. Основываясь на данной модели, трудно идентифицировать личные характеристики, типичные склонной к алкоголю личности. И еще, по причине того, что человек продолжает пить, его представление о самом себе часто деформировано. Модель все еще нередко используется психологами и клиницистами-психиатрами.

4. Модель выработки условного рефлекса

Здесь считается, что потребление алкоголя – приобретенная привычка. Люди учатся пить, потому что потребление алкоголя поощряется. Лечение базируется на выработке условного рефлекса по методу Павлова (обычно терапии, создающие отвращение), в котором потребление наказывается, а воздержание вознаграждается. Ограниченность данной модели в том, что, если тип поведения, связанный с потреблением алкоголя, является приобретенным, то ему можно разучиться или научиться ему заново (следовательно, переделать в вариант поведения социального пьяницы). Модель до сих пор находит применение в клиниках при осуществлении группового психотерапевтического лечения в неформальной обстановке.

5. Модель болезни, медицинская или биологическая

Эта модель - одна из широко принятых сегодня. Здесь алкоголизм рассматривается как результат генетических и физиологических процессов. Внутри модели можно выделить наследственные факторы риска и уникальные биологические предпосылки, которые предрасполагают к возникновению алкоголизма. Большая часть существующих исследований показала наследственный или генетический компонент в алкоголизме.

Старая медицинская модель рассматривала алкоголизм как вызванное самим больным недомогание/болезнь, но исследования свидетельствуют о другом. К тому же модель применяли с целью «отпугнуть» людей от алкоголя, повествуя об ужасных осложнениях, которые неизбежны, если продолжать чрезмерное потребление спиртного, вплоть до смертельного исхода. Новая медицинская модель рассматривает алкоголизм как хроническое заболевание, с развитием и предупреждающими признаками на каждой последующей стадии. Согласно модели, алкоголизм – постоянное состояние организма, которое излечимо. Если его не лечить, человек может умереть от прямых биологических

последствий (цирроз печени, инсульт, передозировка) или косвенных (ВИЧ/СПИД, гепатит, плохое питание), провоцируемых алкогольной зависимостью. Полный отказ от потребления алкоголя – первый необходимый шаг на пути к выздоровлению. Форма лечения в рамках общества «Анонимных алкоголиков» важная составная часть данной модели. Другие варианты включают амбулаторную детоксификацию и детоксификацию по месту жительства.

Пример 1: Определение

The National Council on Alcoholism (NCA) – Национальный совет по вопросам алкоголизма дает определение алкоголизму... Болезнь

Нью-Йорк - Новое определение алкоголизма, которое упрощает характеристики, являющиеся существенными для алкоголизма, разработанное объединенным национальным Советом по алкоголизму/ Комитетом по алкоголизму американского медицинского общества по определениям.

“Это определение”, согласно доктору Франку Сеиксасу, медицинскому директору национального совета по алкоголизму, “может привести к значительному прогрессу как в лечении алкоголизма, так и в оценке успеха самого лечения, спасая от фармакологического воздействия алкоголя тех, чья зависимость изменила реакцию мозга на вещество, подвергая потенциально фатальному заболеванию, которое требует активного лечения”.

Опубликованное в «*Annals of Internal Medicine*» (декабрьский выпуск), определение гласит Алкоголизм - хроническое, прогрессирующее и потенциально фатальное заболевание. Она характеризуется переносимостью и физической зависимостью, патологическими органическими изменениями или и тем, и другим, которые являются прямыми либо косвенными последствиями потребления алкоголя внутрь.

1. “Хроническое и прогрессирующее” означает, что проявляющиеся физические, эмоциональные и социальные отклонения развиваются в совокупности до тех пор, пока продолжается потребление алкоголя.
2. “Переносимость” означает адаптацию мозга к присутствию высокой концентрации алкоголя.
3. “Физическая зависимость” означает, что симптомы абстиненции проявляются вследствие уменьшения или прекращения потребления алкоголя.
4. Человек с алкогольным синдромом равным образом не может последовательно прогнозировать продолжительность эпизода любого случая потребления алкоголя или количество, которое будет выпито.
5. Патологические изменения могут обнаружиться почти в любом органе, но наиболее часто страдают печень, мозг, периферическая нервная система и желудочно-кишечный трактат.
6. Образец потребления алкоголя обычно непрерывен, но может быть неустойчив, с периодами воздержания между эпизодами пьянства.
7. Социальные, эмоциональные и поведенческие следствия алкоголизма формируются в процессе воздействия алкоголя на функции головного мозга. В какой степени эти симптомы и признаки считаются девиантными, будет зависеть от культурных норм общества или группы, в которой человек живет.

Наркомания - хроническое, первичное прогрессирующее заболевание, характеризующееся:

А. тягой

В. потерей контроля

С. продолжающимся потреблением, несмотря на неблагоприятные последствия

А. Тяга

· Самая умеренная форма тяги - мечты, в которых наркоман ярко представляет удовольствия потребления дозы

· Более четкая тяга - размышление о том, насколько хорош был наркотик

· Озабоченность планированием следующей возможности потребления наркотика (неспособность оставаться в настоящем)

· Реально существующая сильная физическая зависимость от наркотика (абстиненция)

В. Потеря контроля

· Количество: Становится все менее и менее возможным предсказать количество наркотика, который будет употреблять тот, кто уже начал. Появляется трудность в "сохранении" части наркотика для более позднего употребления. С прогрессом болезни необходимы все большие количества наркотика, чтобы удовлетворить растущее желание.

· Время и место: Оказывается трудным ограничить употребление временем и местом.

· Длительность эпизода: наркотик принимается, тем самым порождая социальные отклонения, то есть, пропуски рабочего времени, пренебрежение обязательствами, семейными и/или финансовыми, до того момента, пока не закончится.

С. Дальнейшее потребление, несмотря на отрицательные последствия

· Может затронуть следующие стороны жизни: юридическую, семейную, здоровье, профессиональную, сексуальную, социальную

· Образцы потребления наркотиков:

1. Разнообразии наркотических средств

2. Возможность выбора наркотических средств

3. В продолжение всей жизни все увеличивающаяся тяга

Наркомания: описанные симптомы установлены как одно из проявлений наркотической зависимости. Поскольку данное заболевание является и хроническим, и прогрессирующим, мы предполагаем, что степень его будет неуклонно расти, если не принять меры с тем, чтобы остановить его.

Ссылки: Модели потребления алкоголя в прошлом и настоящем

Center for Substance Abuse Treatment (2002). Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment. TIP Series #35. SAMHSA, MD.

Chaudron, CD. And Wilkinson, DA.(ed.) (1988). Theories in Alcoholism. Addictive Research Foundation.

Leonard, D., and Blaine, H. (1999). Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. Gilford Press: New York, NY.

Pita, DD (1996). Addictions Counseling. Crossroad Publishing, NY, NY.

Rogers, RL and McMillin, CS. Don't Help: A Guide To Working With the Alcoholic. (1988). Madrona Publishers, Seattle, WA.

II. Категории потребления алкоголя женщинами

Национальный опрос по беременности и здоровью (National Institute on Drug Abuse (NIDA)) за 1992-1993гг. выявил, что из 4 миллионов опрошенных женщин на предмет потребления ими соответствующих веществ в период беременности, 757000 принимали алкогольные напитки. 588000 белых женщин, 105000 афроамериканок и 54000 латиноамериканок признавались в потреблении алкоголя в период беременности.

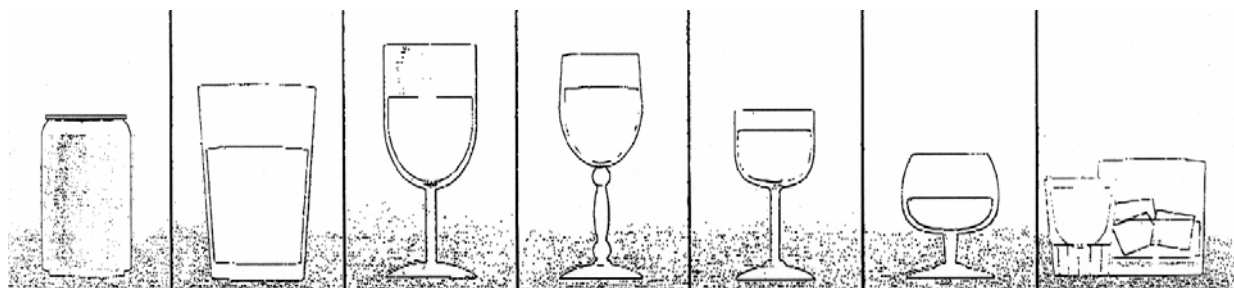
Обычно женщина, принимающая спиртное в период беременности - не состоящая в браке, студентка или безработная, имеющая доход меньше 10000 \$ или чуть больше 50000 \$ в год, с университетским образованием, курящая, не проявляющая никакой заботы о ребенке до его рождения и состоящая в отношениях с мужчиной, злоупотребляющим наркотическими веществами либо непосредственно являющимся наркоманом.

Многие люди даже не знают, чем является стандартная доза.

Что такое стандартная доза?

Стандартная доза содержит около 14 грамм (около 0,6 жидкой унции) чистого алкоголя. Ниже приведены относительные эквиваленты стандартной дозы.

12 унций пива или коктейля	8-9 унций солодового ликера	5 унций белого пива	3-4 унции крепленого вина (портвейн, шерри)	2-3 унции любого крепкого напитка (ликер)	15 унций бренди	15 унций спиртного (единичный прием джина, водки, виски и т.д.), наливаемого в соответствии с объемом посуды
----------------------------	-----------------------------	---------------------	---	---	-----------------	--



Примечание: Люди покупают эти напитки в емкостях, которые вмещают множество стандартных доз. Например, пиво часто продается в емкостях по 16, 22 или 40 унций, которые вмещают от двух до пяти стандартных доз, а столовое вино обычно продается в бутылках по 25 унций (750 мл.), которые вмещают пять стандартных доз.

А. Примеры категорий и частоты потребления спиртного.

1. Трезвенники

Группа, в которой следует быть всем беременным женщинам.

Большинство специалистов в области хронического алкоголизма соглашается, что НИКАКОЕ количество алкоголя не должно потребляться беременными, или даже теми, кто планирует беременность, что не существует никакой допустимой степени потребления.

2. Пьющие из группы низкого риска

Исследование показывает, что, если беременные женщины умеренно выпивают, они относятся к группе низкого риска последствий от потребления спиртного. «Умеренно» означает менее 3 раз в неделю при отсутствии больших застолий (4/5 или более доз за один раз).

3. Пьющие группы высокого риска

Женщины, относящиеся к группе высокого риска, с большей вероятностью будут принимать спиртное в период беременности. Данная категория потребления спиртного обосновывается реакцией зависимости от дозы алкоголя и негативными последствиями, такими как аварии, раны, депрессии и ФАС.

4. Проблемы с алкоголем

Проводя опрос женщин этой категории, проверьте ее историю болезни с целью подтвердить наличие проблем, связанных с алкоголем, таких как депрессия, потемнения в глазах, гипертония, травма, хронические боли в животе, дисфункция печени, сексуальная дисфункция и нарушения сна. Также включите вопросы по межличностным проблемам или проблемам, связанным с работой, которые могли возникнуть в связи с употреблением ею алкоголя.

5.Алкоголизм

Женщина, достигшая данной категории, начав, больше не способна бросить пить. В связи с потреблением спиртного у нее огромное количество проблем, обусловленных физической тягой к алкоголю. Она может проявлять повышенную переносимость алкоголя, у нее могут быть физические симптомы абстиненции, такие как тремор, тошнота, повышенное потоотделение и переменчивость настроения; возможно, она пьет, чтобы избежать симптомов абстиненции, и полностью поглощена мыслями о спиртном.

Таковы типовые вопросы, которые необходимы для проведения оценки степени алкогольной зависимости (больше информации вы найдете в следующем разделе, где приводятся критерии DSM IV).

Ссылки: Категории употребления алкоголя женщинами

Dawson, DA. (1994). Consumption Indicators of Alcohol Dependence. *Addiction*, 89(3):345-350.

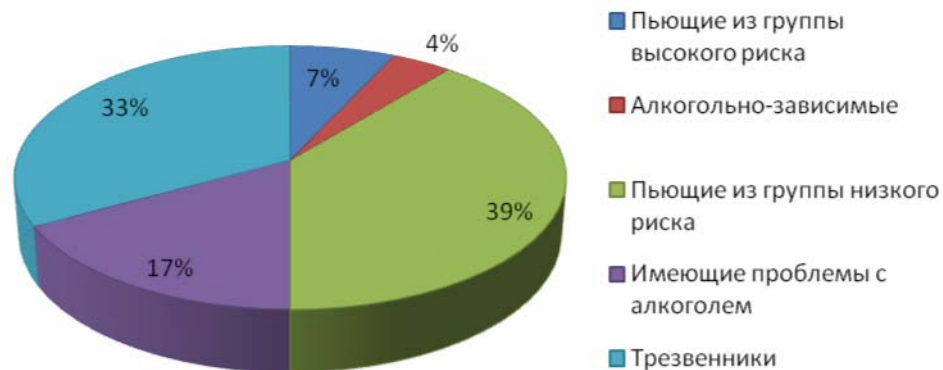
Mair, SE and West, JR. (2001). Drinking Patterns and Alcohol-related Birth Defects. *Alcohol Research and Health*, 25(3): 160-174.

NIAAA. (1995). *The Physicians Guide to Helping Patients with Alcohol Problems*. US Dept of HHS. Rockville, MD.

NIAAA (1999). *Identification and Care of Fetal Alcohol-Exposed Children: A Guide for Primary Care Providers*. US Dept. HHS. Rockville, MD.

NIAAA (1999). *Identification of At-Risk Drinking and Intervention with Women of Childbearing Age: A Guide for Primary Care Providers*. Rockville, MD.

Частота потребления алкоголя женщинами в возрасте 18–40 лет в 22 практиках первичного медобслуживания



Типы пьющих и образцы потребления ими алкоголя:

Трезвенники

- -Совсем не потребляют спиртного или менее 12 доз в год

Пьющие группы низкого риска

- -7 или менее доз в неделю
- -не более 1 стандартной* дозы в день
- -потребление алкоголя не влияет на здоровье или не ведет к негативным последствиям
- -не употребляют алкоголь за рулем, в период беременности, в период кормления грудью или в сочетании с определенными препаратами

Пьющие группы высокого риска

- -8–21 стандартных доз в неделю
- -более 3 стандартных доз за один раз
- -потребление алкоголя в период беременности

Проблемнопьющие

- -более 21 стандартной дозы в неделю
- -могут испытывать негативные последствия от потребления алкоголя (поведенческие, семейные, медицинские, психического здоровья, занятости, социальные, юридические)
- -более 3 стандартных доз за один раз
- -потребление алкоголя в период беременности

Алкоголики

- -когда-то начав, не могут прекратить пить
- -повторяющиеся негативные последствия от потребления алкоголя (поведенческие, семейные, медицинские, психического здоровья, занятости, социальные, юридические)
- -тяжелое пьянство провоцирует физическую тягу к спиртному

*определение стандартной дозы см. с. 46.

(Источник: Manwell LB, Fleming MF, Johnson K, Barry KL. Tobacco, alcohol, and drug use in a primary-care sample: 90-day prevalence and associated factors. *J Addict Dis* 1998;17:67–81.)

Злоупотребление алкоголем: диагностические критерии* с типовыми вопросами оценки

- Одно или более из перечисляемых проявлений, имеющих место в любой момент времени в течение 12-месячного периода (все вопросы стандартно начинаются «За последние 12 месяцев...»)

Неспособность исполнять основные ролевые обязанности на работе, в школе или дома из-за периодического пьянства:

- Был ли у Вас период, когда Ваше пьянство (или его болезненные последствия) становилось помехой в семейной жизни? Провоцировало неприятности на работе? Школьные проблемы?

Периодическое пьянство в рискованных ситуациях:

- Водили ли Вы, хотя бы раз или более, автомобиль или другое транспортное средство в момент, когда выпивали? Или после того, как слишком много выпили?
- Попадали ли Вы в ситуации, в момент приема алкоголя или после того, которые могли привести к травме (во время плавания, работы с какими-то механизмами, прогулки в опасных местах или среди интенсивного движения?)

Периодические проблемы с законом, связанные с алкоголем:

- Попадали ли Вы под арест, задерживали ли Вас в полицейском участке или, возможно, у Вас были другие проблемы с законом в результате пьянства?

Продолжающееся потребление спиртного, несмотря на периодические межличностные или социальные проблемы:

- Продолжали ли Вы пить, прекрасно осознавая, что Ваш алкоголизм порождает неприятности с семьей и друзьями?
- Вяizzlyвались ли Вы в драки, когда принимали спиртное или сразу после того?

- Не соответствует критериям алкоголизма

*Адаптировано с разрешения Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

Алкоголизм: диагностические критерии* с типовыми вопросами оценки

Три или более из перечисляемых проявлений, имеющих место в любой момент времени в течение 12-месячного периода (все вопросы стандартно начинаются «За последние 12 месяцев...»)

Переносимость:

- Обнаруживали ли Вы, что для того, чтобы добиться эффекта, которого Вы хотите, Вам надо выпить гораздо больше чем раньше? Или что обычное для Вас количество доз дает гораздо меньший эффект нежели раньше?

Похмельный синдром или потребление алкоголя с целью уменьшить похмельный синдром:

- Были ли у Вас проблемы со сном, когда проходит воздействие алкоголя? Чувствовали, что Вас трясет? Были раздражительны? Ощущали тошноту? Тревогу? Усиленное потоотделение или учащенное сердцебиение? Переживали то, чего на самом деле не происходило? Были ли у Вас судороги?
- Употребляли ли Вы алкоголь, какой-либо наркотическое вещество или лекарство (кроме анальгетиков, продающихся без рецепта в аптеке), желая избежать неприятных последствий от потребления алкоголя? Или чтобы преодолеть их?

Ослабленный контроль:

- Намеревались ли Вы неоднократно прекратить либо сократить потребление алкоголя? Либо несколько раз пытались это сделать, но поняли, что не можете?

Выпивали больше или дольше, чем собирались:

- Случалось ли Вам выпивать больше, чем Вы намеривались? Или продолжали пить дольше, чем собирались?

Пренебрежение деятельностью:

- Прекращали ли Вы в угоду спиртному или сокращали деятельность, которая была важна или интересна для Вас или доставляла Вам удовольствие?

Время, потраченное на распитие спиртного или дальнейшее восстановление сил:

- Был ли у Вас период, когда Вы теряли много времени, потраченное на распитие алкоголя? Либо испытывая длительное недомогание, или преодолевая неприятные последствия питья?

Продолжающееся потребление, не взирая на психологические и физические проблемы:

- Продолжали ли Вы пить, зная, что это заставит чувствовать себя подавленным и раздражительным? Или станет причиной проблем со здоровьем или его ухудшения? Или после того, как у Вас бывало потемнение в глазах?

* Адаптировано с разрешения Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

Стадии изменения с начала периода потребления

Самое начало/переносимость Стадия 1	Средняя фаза/физическая зависимость Стадия 2	Поздняя фаза/основные органические изменения Стадия 3
редкое потребление	потребление в первой половине дня/ежедневное потребление	постоянное потребление
один вид наркотика/ два доступных наркотика (никотин, алкоголь, марихуана)	достаточный выбор наркотиков	зависимость от многих наркотиков
переносимость	повышенная переносимость	изменение степени переносимости
редкое похмелье	абстиненция: головные боли/тошнота	мигрень/рвота
тревожность	раздражительность/перепады настроения/паранойя	сильные перепады настроения/ синдром усиленной перистальтики либо иные отклонения здоровья/параноидальные расстройства
некрепкий сон	бессонница	инсомния
несильная депрессия	депрессия, возбуждение, психиатрический диагноз, гх	суицидальные настроения/попытки
простуда, инфекции	развитие болезненной патологии	серьезные органические отклонения
повышенная сексуальная возбудимость (пониженное торможение)	сексуальные проблемы	импотенция/сексуальная дисфункция
слабый тремор/дрожание	тремор (интенсивный)	делириумный тремор
яркие сновидения	ночные кошмары	ночная потливость
воспоминание о том, как приятно было принимать вещество	зацикленность/тяга	принуждение/потребление, не взирая на последствия
редкие провалы памяти (потеря памяти)	развитие типичных провалов памяти	более длительная/ более частая продолжительность потери памяти (недели/месяцы)

Вне среды потребления

Семейные проблемы	Школьные/рабочие проблемы	Потеря работы/семьи/школы
неприятности с законом (постоянные вызовы представителей органов порядка)	вождение в нетрезвом состоянии	лишение свободы

III. Стадии потребления/зависимости/хронического алкоголизма

A. Медицинские критерии нарушений, связанных с потреблением алкоголя

Американская медицинская ассоциация признала алкоголизм болезнью в 1956 году. Согласно DSM IV 90% взрослого населения Соединенных Штатов имеет опыт потребления алкоголя. 60% мужчин и 30% женщин, относящихся к данной цифре, испытали в своей жизни хотя бы однажды «неблагоприятные последствия, спровоцированные спиртным»: пропущенный день работы в связи с похмельем или вождение транспорта в нетрезвом виде. Далее рассматриваются критерии DSM IV, связанные с пагубным воздействием алкоголя. Следует отметить, что в дополнение к критериям, описываемым ниже, основные аспекты зависимости/злоупотребления можно найти в списке критериев DSM IV (см ниже таблицу).

303.90 - *Алкоголизм*: индивидуумы с алкогольной зависимостью продолжают потребление спиртного независимо от негативных последствий, обычно, чтобы избежать или уменьшить абстинентный синдром. Приблизительно 5% испытают настоящую абстиненцию, сопровождающуюся осложнениями. О первичном психическом расстройстве говорят тогда, когда Синдром надолго сохраняет свое действие.

305.00 - *Злоупотребление алкоголем*: индивидуум злоупотребляет алкоголем, при этом затрагиваются многие аспекты его жизни. Могут возникнуть проблемы в школе или с выполнением работы; человек может перестать заниматься семьей; он может провоцировать опасные действия, такие как вождение или использование устройств в нетрезвом виде; и из-за длительного потребления спиртного возможно возникновение юридических проблем. Если одновременно у человека возникает переносимость, похмелье или навязчивое состояние, ставить диагноз «алкоголизм».

303.00 – *Состояние алкогольного опьянения*: Здесь определяющая черта - присутствие 2значительных неадекватных поведенческих или психологических отклонений ...» (DSM IV, с.196), которые проявляются во время или вскоре после потребления алкоголя. В том числе возникают примеры неадекватного сексуального поведения, непредсказуемых суждений или социальных действий. Полные критерии диагностики (см. ниже таблице). Свидетельство потребления обычно подтверждается запахом паров дыхания, забором крови и мочи на токсикологические анализы и историей потребления алкоголя.

291.8 – *Алкогольная абстиненция*: здесь основополагающей чертой является абстинентный синдром, который развиваются после того, как человек прекращает обильное и длительное потребление спиртного. Таблица 3 представляет полные критерии. Если одновременно наблюдаются галлюцинации или бред, может быть поставлен диагноз «перцепционные расстройства». Симптомы обычно ослабевают с приемом алкоголя или любого другого «мозгового депрессанта». Симптомы обычно проявляются в течение 4-12 часов после прекращения принятия спиртного, но могут длиться в течение многих дней. Из-за короткого периода полувыведения алкоголя абстиненция обычно достигает пика ко 2-му дню и заметно убывает на четвертый или пятый день. Однако после первоначальной абстиненции некоторые физиологические симптомы, такие как бессонница и тревожность, могут продолжаться в течение многих месяцев. Крайние симптомы, такие как бред, обычно проявляются только у 5 % индивидуумов с алкогольной абстиненцией.

В. Стадии употребления

Существует определенная совокупность симптомов и эволюции процесса злоупотребления алкоголем/хронического алкоголизма, выражающихся увеличивающейся дисфункцией. Далее показаны три первичных стадии потребления/зависимости/хронического алкоголизма.

1. Переносимость

Переносимость - способность выпивать, не пьянея. Переносимость алкоголя обычно указывает на присутствие алкоголизма или на то, что человек со временем станет алкоголиком, хотя не каждый человек с высокой степенью переносимости превратится в алкоголика. Она означает физическую адаптацию к одуряющим свойствам алкоголя. Рост переносимости алкоголя не имеет ничего общего с весом человека. Существует постепенный рост переносимости, приводящий ко все большим количествам алкоголя для достижения облегчения абстинентного синдрома. «Преимущество» переносимости позволяет алкоголику скрывать степень потребления спиртного после проявления второй стадии. На этой стадии потребление спиртного обычно социально мотивируемо, и в нем ищут психологического расслабления.

2. Физическая зависимость

Физическая зависимость служит причиной большинства случаев употреблений алкоголя. Как только начинается абстиненция, алкоголик пьет больше, чтобы облегчить или устранить ее симптомы. Когда пьют непрерывно без особой причины, это - физическая зависимость, и последний глоток «смягчает» ее. На этой стадии у женщины могут возникать провалы памяти, когда она ворует спиртное, быстро поглощая его и одновременно чувствуя вину.

3. Основные ограничения изменения

Основные органические изменения наблюдаются, когда алкоголь соответствующим образом меняет физиологию органов. Увеличенная печень, поражение почек, поражение поджелудочной железы, а также целый диапазон отклонений, провоцируемых воздействием алкоголя, характеризуют его проявления. В алкоголе следует видеть наиболее вредный для здоровья токсин из всех существующих субстанций с подобными характеристиками.

Физический ущерб играет ключевую роль в поведении, связанном с потреблением спиртного, и в развитии самого алкоголизма.

4. Лечение

Существуют многие виды лечения, которые применяются в зависимости от стадии потребления алкоголя. Алкоголизм обычно лечится двумя способами: абстиненцией и детоксификацией, сопровождаемые дальнейшими вмешательствами, чтобы поддержать процесс воздержания. Тяжесть симптомов абстиненции нарастает с каждым абстинентным эпизодом. Тяжелая абстиненция возникает у 2-5 % всех сильно пьющих и хронических алкоголиков. Она может длиться в течение 3-7 дней. Смерть, которая наступает в менее чем 1 % случаев, происходит при сердечнососудистой недостаточности или сопутствующей инфекции. Применение бензодиазепинов снижает риск судорог и абстинентных симптомов. Пациентов обычно помещают в больницу или лечебный центр для детоксификации. Продолжительные нейробиологические проявления провоцируют сильную степень зависимости. Рецидив может быть вызван внутренними или внешними факторами на любой стадии лечения. Таким образом, нужно помочь пациенту понять возможность рецидива, предчувствовать его и тем самым предотвратить. Другие виды используемых вмешательств:

- общество анонимных алкоголиков и 12-шаговая облегчающая терапия - 12 этапов, применяемых в процессе лечения;
- познавательно-поведенческая терапия - с помощью ролевой игры и намеренного повторения обучает пациентов распознавать ситуации рецидива и справляться как с ними, так и с самой тягой;
- терапия повышения мотивации (МЕТ) - эта терапия побуждает пациентов использовать собственные ресурсы для изменения своего поведения.

Считается кратким вмешательством и лучше всего работает с социальными алкоголиками;

· медикаментозное лечение - в пределах данной терапии существуют препараты, подавляющие тягу к спиртному (такие как revia, acamprosate и налтрексон), препараты, создающие отвращение к алкоголю (такие как дисульфирам) и препараты для лечения сопутствующих заболеваний (например, prozac).

Ссылки: Стадии потребления/зависимости/хронического алкоголизма

Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders — DSM IV (1994). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Doyle Pita, D. (1996). Addictions Counseling. Crossroads Publishing Co., NY, NY.

Enoch, M, and Goldman, D. (2002). Problem drinking and alcoholism: Diagnosis and treatment. American Family Physician, 65(3): 441-448.

Mersey, D. (2003). Recognition of Alcohol and Substance Abuse. American Family Physician. 67,(7): 1529 -1532.

Rogers, RL and McMillin, CS. (1988). Don't Help: A Guide to working with the alcoholic. Madrona Publishers, Seattle, WA.

IV. Стадии изменения

Очень много было написано об успехах и неудачах в желании помочь пациентам изменить степень зависимости, преодолеть трудности в процессе изменений и о том, как добиться положительных результатов в этой работе. Стадии модели изменения базируются на данных исследований, посвященных борьбе с курением.

Изменение поведения - не одноразовое обдуманное событие. У немногих людей происходит в жизни какой-либо случай, сразу меняющий их отношение к алкоголю. Процесс изменения видится как таковой с идентифицируемыми стадиями. Меры помощи могут быть оказаны в любой его момент. Данная модель показывает, что отношение меняется постепенно и индивидуально - от состояния незаинтересованности/отсутствия осознания до решения измениться, планирования необходимых действий, поддерживающих новое поведение. Рецидивы неизбежны и являются частью самого процесса.

А. Стадии:

1. Предварительное намерение

На этой стадии женщина даже не думает об изменении. Она все еще отвергает наличие у нее проблем, связанных с потреблением алкоголя, и, скорее всего, не станет обращаться за советом. Обычно кто-то другой видит ее проблему, но не она сама. Здесь будет оказываться сопротивление.

Цель: женщина начнет думать об изменении. В данном случае, вмешательство должно концентрироваться только на попытке заинтересовать пациента, на утверждении ее веры в то, что изменение возможно, затрагивать только не вызывающие отторжения темы, оказывать необходимую медицинскую помощь, помочь женщине найти в себе силы и способность предпринять изменение и довести до ее сознания степень проблемы. Другие модели, которые могли быть полезными в этой стадии - мотивационное интервью, модель ключевой точки контроля и здорового образа жизни.

2. Намерение

В данном случае, у женщины есть некоторое понимание своей проблемы, но отношение к изменению может быть двойственным. Она может отказаться от изменения, потому что ей придется прекратить привычку, доставляющую удовольствие. Она способна в большей степени ощущать потерю, нежели

реальную выгоду. Ей предстоит пройти через трудности, ведущие к изменению (время, цену, активное невосприятие другими, страх, установка «я знаю, что мне следует бросить пить, но ...»), при достижении положительных результатов.

Цель: женщина оценит выгоду и сложности. На этой стадии вмешательство должно склонить чашу весов в пользу изменения, приводя доводы к изменению, обосновать риск, связанный с отсутствием самого изменения, и усилить чувство самодостаточности усилий женщины, направленных на изменение. Ей самой необходимо оценить преимущества, силы и необходимые действия. Иногда может потребоваться принудительное действие. Результативные модели данной стадии включают метод мотивационного интервью, метод концентрации на конкретной личности, позитивную поддержку, неоднозначные вопросы для выявления самомотивационных установок и положения цели.

a. и b. – в случае, когда процесс выздоровления пациента только начинается.

3. Подготовка

Здесь женщина готова принять изменение и готова его совершить. Сами изменения могут быть незначительными, как только пациентка пришла к выводу о необходимости изменения. Это - удобный момент, когда человек в достаточной степени преодолел собственную неуверенность в неизбежности изменения.

Цель: на этой стадии вмешательство должно помочь женщине соотнести соответствие и результативность направленных действий. Необходимо рассмотреть различные варианты, в том числе их позитивные стороны и последствия. Постановку определенных целей, шаги к их достижению и необходимые ресурсы. Другие методы лечения могут включать когнитивно-поведенческую терапию.

Эти последние две стадии относятся к периоду, когда пациент находится в процессе выздоровления.

4. Действие

Имеет смысл именно теперь, когда женщина готова принять новое поведение, связанное с алкоголем, которое исключает его потребление. Любое предпринимаемое действие следует поощрять, потому что оно демонстрирует желание изменения.

На данной стадии вмешательство должно помочь женщине дать оценку своему пристрастию и стратегическим методам, способствующим изменению, заместить или избегать провоцирующие ситуации, ведущие к потреблению алкоголя.

Можно помочь женщине попробовать некоторые методы и оценить их эффективность. Предпринимаемые действия не должны носить крупный характер и должны быть постепенно интенсивными. Поощряйте любое незначительное продвижение на пути к изменению и давайте оценку достигнутому успеху. Другие виды лечения включают: когнитивно-поведенческую терапию и 12-этапную программу.

5. Поддержание/рецидив

На этой стадии женщина пытается перебороть сложности, связанные с изменением, которые она начала на предыдущей стадии вмешательства. Данный период, очевидно, наиболее тяжелый, потому что включает весь объем изменений во время «длинного рейса». Разочарование, вызванное случайными промахами, может все испортить, и женщина захочет вернуться к прежнему. Это нормальное положение дела. Построение графиков рецидивов, кризисные планы рецидивов, предупреждающие признаки возможного рецидива и взаимодействие с системами поддержки являются решающими на этой стадии изменения. Надо понимать, что поддержка нового поведения дает результаты

через какое-то время.

На этой стадии еще пересматриваются цели, стратегии, способствующие изменению, возможный прогресс, подвергается оценке здоровья и благосостояния в целом. Членам семьи необходимо стать неотъемлемой частью данного процесса. Другие модели лечения включают: мотивационное интервью, 12-этапную программу и когнитивно-поведенческие терапии.

Ссылки: Стадии изменения

Miller, WR, Benefield, RG, and Tonigan, JS. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapeutic styles. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61: 455-461.

Miller, WR and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Press, NY.

SAMHSA (2002). *Enhancing motivation For Change in Substance Abuse Treatment*. TIP #35. US Dept. of HHS, Rockville, MD.

Zimmerman, GL, Olsen, CG, and Bosworth, MF. (2000). A "Stages of Change" Approach to Helping Patients Change Behavior. *American Family Physician*. 61: 1409-1416.

V. Сопутствующие психические формы отклонений

Существует неослабевающий интерес к одновременному наличию психиатрических расстройств и потребления алкоголя. Вопрос сопутствующих заболеваний относится к проявлению двух подобных отклонений, тогда как термин «двойной диагноз» становится специфическим для одновременного присутствия расстройств, связанных с потреблением каких-либо наркотических или других веществ. Сопутствующие формы отклонений с двойным диагнозом часто характеризуются более значительной функциональной недостаточностью

и саморазрушением, а клиническое лечение затрудняется в результате обширной гаммы расстройств.

- Алкоголизм – одно из самых распространенных психиатрических отклонений, 8-14% от общего числа заболеваний. Наиболее часто встречающиеся проявления сопутствующих недугов у женщин - перепады настроения и беспокойство.

- Проявление беспокойства, возбуждения и паранойи может быть следствием либо потребления спиртного, либо отказа от него.

- Депрессия, беспокойство и бессонница обычно либо предшествуют алкоголизму, либо сопровождают его.

- Торможение и чувство печали, раздражительности провоцируют попытки самоубийства и порой становятся причиной совершенного суицида.

- Алкоголизм может быть связан с перепадами настроения, проявлениями беспокойства и шизофренией.

- Антисоциальный тип поведения может также провоцироваться психиатрическими отклонениями, связанными с воздействием алкоголя. Это повышает вероятность преступного поведения. DSM IV сообщает, что более половины убийств, как полагают, совершаются под действием алкоголя.

- Среди подростков можно обнаружить примеры отклонения в поведении и проявление повторяющихся антиобщественных действий, а также случаи депрессии, самоубийств, пищевые расстройства и гормональных несоответствий.

Диагностические критерии отказа от алкоголя (291.8)

А. Прекращение (или сокращение) потребления алкоголя, бывшее интенсивным и длительным.

В. Два (или более) из ниже следующих проявлений, которые могут развиваться в период от нескольких часов до нескольких дней, согласно критерию

1. вегетативная гиперактивность (например, потение или ускоренный пульс – более 100 ударов/мин.)
2. повышенный тремор рук
3. бессонница
4. тошнота или рвота
5. транзиторные визуальные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии
6. психомоторное возбуждение
7. тревога
8. крупные судороги

С. Симптомы по критерию В являются причиной клинически серьезного заболевания либо ухудшения в социальной, профессиональной или других важных сторонах жизни пациента.

Д. Симптомы не являются результатом общего медицинского состояния и не объясняются воздействием других физиологических отклонений.

Определите, имеют ли место: перцепционные расстройства

Ссылки: Сопутствующие психические заболевания

DSM IV (1994). American Psychiatric Association. Washington DC.

Pregnant and Substance Abusing Women — TIP # 2. (2002). US Dept of Health and Human Services –SAMSHA. Rockville, MD.

VI. Характеристики семей, члены которой имеют алкогольную зависимость

Роль семьи в развитии зависимости, в особенности алкоголической, у индивидуума, кажется наглядной. Продемонстрировано, что многие факторы, связанные с семейной жизнью, влияют на формирование привычки потребления наркотических веществ. Факторы могут включать (но не сводятся только к перечисляемым проявлениям) напряжение, регулярное проявление домашнего насилия между членами семьи, опыт злоупотребления веществами родителем, родным братом (или сестрой) или другим родственником, изоляция, генетика, алкоголизм, уже существующий в семье. Данные факторы могут быть конкретными и очевидными или едва различимыми. Во многих случаях трудно идентифицировать проблему и оказать помощь нуждающемуся в ней вследствие отрицания самой проблемы семьей.

Диагностические критерии степени алкогольного опьянения (303.00)

- | |
|--|
| <p>A. Недавний прием алкоголя.</p> <p>B. Клинически серьезные неадекватные поведенческие или психологические отклонения (например, неприемлемое сексуальное или агрессивное поведение, неустойчивость настроения, необъективные суждения, нарушение социальной или профессиональной деятельности), которые проявляются во время или вскоре после приема алкоголя.</p> <p>. Один (или более) из следующих признаков, развивающихся во время или вскоре после потребления спиртного:</p> <ol style="list-style-type: none">1. нечленораздельная речь2. нарушение координации3. неустойчивая походка4. нистагм5. ухудшение внимания или памяти6. ступор или кома <p>D. Симптомы не являются результатом общего медицинского состояния и не объясняются воздействием других физиологических отклонений.</p> |
|--|

Расстройства, спровоцированные действием алкоголем

291.0 алкогольный делирий

291.0 делирий алкогольной абстиненции

291.2 устойчивое слабоумие из-за поражения алкоголем

291.1 устойчивое амнестическое расстройство из-за поражения алкоголем

291.5 психотическое расстройство с бредовой идеей из-за поражения алкоголем

Определите, имеют ли место: приступ во время опьянения, приступ во время абстиненции

291.3 - психотическое расстройство с галлюцинациями из-за поражения алкоголем

Определите, имеют ли место: приступ во время опьянения, приступ во время абстиненции

291.8 - нестабильность настроения из-за поражения алкоголем

Определите, имеют ли место: приступ во время опьянения, приступ во время абстиненции

291.8 - сексуальная дисфункция из-за поражения алкоголем

Определите, имеют ли место: приступ во время опьянения, приступ во время абстиненции

291.8 - расстройство сна из-за поражения алкоголем

Определите, имеют ли место: приступ во время опьянения, приступ во время абстиненции

291.9 связанное с алкоголем нарушение, не имеющее иных дефиниций

А. Роль генетики

Существуют некоторые факторы, которые являются неизменными, и поэтому на них не сосредотачиваются при попытке разработать меры либо образовательные программы о хроническом алкоголизме. Однако чтобы в процессе работы дать всестороннюю оценку вероятным компонентам развития зависимости, важно признавать и понимать роль данных факторов.

Гены человека могут определить возможные проявления от алкоголя, и в дальнейшем, возможность развития хронического алкоголизма. Гены могут отвечать за процесс метаболизма в организме данного индивидуума. Чем медленнее усваивается алкоголь, тем быстрее может проявиться действие алкоголя и наоборот. В зависимости от генетической конструкции человека,

действие алкоголя проявляется у всех по-разному. Кроме того, гены могут оказывать влияние на переносимость алкоголя индивидуумом, способность/неспособность переработать алкоголь, а также на степень риска оказаться склонным к алкоголизму или стать алкоголиком.

Ферменты, называемые алкогольдегидрогеназа (ADH) и альдегиддегидрогеназа (ALDH), обнаруженные в печени, помогающие преобразовывать алкоголь в углекислый газ и воду, отсутствуют у некоторых людей, что зависит от их генотипа (например, в генотипах некоторых представителей наций Азии) Другими словами, люди с дефицитом ADH и ALDH могут быть более восприимчивы к воздействию алкоголя.

Эти гены, главным образом, могут быть унаследованы от предыдущих поколений. Одно из исследований показывает, что «приблизительно у 5-10% родственников алкоголиков по женской линии и у 25% родственников по мужской сама по себе проявляется алкогольная зависимость». Это исследование предполагает, что алкоголизм может передаваться от поколения к поколению. Оно также предполагает, что (в зависимости от генов индивидуума) мужчины и женщины могут по-разному испытывать воздействия алкоголя.

Важно, однако, обратить внимание на то, что, хотя генетика, возможно, объясняет в какой-то степени риск возникновения алкоголизма, многие другие факторы участвуют в его развитии.

В. Семейные факторы, которые могут определять приверженность к потреблению алкоголя

1. Как сказано раньше, генетика играет определенную роль в развитии алкоголизма. Кроме того, исследование наследственности и алкоголизма показало, что «ранее потребление алкоголя матерью... было связано с существенным риском потребления алкоголя детьми обоих полов к 14 годам».

Потребление алкоголя матерью и характер ее поведения могут повысить риск потребления алкоголя ее детьми.

2. Стресс, изоляция и низкое чувство собственного достоинства в семье среди ее членов могут также привести индивидуума к алкоголизму. Было обнаружено, что алкоголики крепче, чем неалкоголики, когнитивно связывают стрессовые воздействия с потребностью в алкоголе. Одно из исследований установило, что смерть одного из супругов, развод, а также уход из семьи одного из ее членов или появление нового, могут рассматриваться в качестве существенных среди многих других стрессовых ситуаций, которые алкоголики связывают с потребностью в алкоголе.

Одно исследование показывает, что жестокое эмоциональное обращение, родительский алкоголизм, постоянные конфликты между родителями и ощущение себя нежеланным или нелюбимым (самоуважение) могут привести к хроническому алкоголизму. Женщины в исследовании (алкоголики, проходящие курс лечения) в детстве пережили большее число неприятных событий, нежели остальная часть населения.

Недостаток родительского/опекунского участия или негативное участие в жизни их детей (особенно в годы формирования) также может привести к алкоголизму. Что включает «недостаток поддержки, контроля и общения», а отрицательное участие включает «жесткую, непоследовательную дисциплину и враждебность или отторжение». Важно отметить, что сюда включается не только прямое и очевидно жестокое обращение, такое как физическое и сексуальное насилие. У ребенка, чувствующего пренебрежение со стороны родителей (недостаток внимания), повышается фактор риска возникновения алкоголизма.

Считается, что потребление родителями алкоголя связано с инициированием подобного у их ребенка и его дальнейшей привязанностью к

алкоголю. В дополнение к этому отношение родителей к собственной привычке связано также с тем, начнет ли либо продолжит их ребенок делать то же самое. «Дети, с которыми их родители говорили об алкоголе (об отрицательных последствиях его действия) и дети, сообщающие о том, что были близки с родителями, с меньшей вероятностью начнут пить».

Семейная атмосфера может определить период возраста, в котором индивидуум начинает потребление алкоголя. Чем раньше он приобщится к потреблению спиртного, тем более вероятно развитие у индивидуума привычки злоупотреблять алкоголем.

Следующие четыре таблицы выдвигают на первый план проблемы, связанные с семьями, в которых наблюдается алкогольная зависимость.

Ссылки: Характеристики семей, зависимых от алкоголя

International Center for Alcohol Policies. (2001, Nov). Alcohol and “Special Populations”: Biological Vulnerability. ICAP Reports 10.

McGue, M., Iacono, W.G., Legrand, L.N. and Elkins, I. (2001, Aug.) Origins and Consequences of Age of First Drink II. Familial Risk and Heritability. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Volume 25 (8): pp1166-1173.

E. Fouquereau, A. Fernandez, E. Mullet and P.C. (2003). Sorum, Stress and the Urge to Drink. *Addictive Behaviors*. Volume 28 Issue 4 pp. 669–689.

Harmer, A.L.M., Sanderson, J. and Mertin, P. (1999). Influence of Negative Childhood Experiences on Psychological Functioning, Social Support and Parenting for Mothers Recovering from Addiction. *Child Abuse and Neglect*. Volume 23 (5): pp 421-433.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1997, July) Youth Drinking: Risk Factors and Consequences. NIAAA Alcohol Alert. Number 37.

Kosterman, R. PhD, Hawkins, J.D. PhD, Guo, J. PhD, Catalano, R F. PhD, and Abbott, R D. PhD. (2000, March). The Dynamics of Alcohol and Marijuana Initiation: Patterns and Predictors of First Use in Adolescence. American Journal of Public Health. Volume 90 (3): pp 360-366.

Характеристики семей, с зависимостью от наркотических веществ

- Представители семьи имеют низкую самооценку
- Семейные требования жестки или отсутствуют вовсе, часто кажутся непоследовательными, случайными и иррациональными
- Формы обвинения и обороны выступают как средства примирения или способ избежать боль и обиду
- Изоляция. Члены семьи живут как случайные попутчики, почти не оказывая друг другу любви или поддержки. Несмотря на видимость родственных связей, между ними нет эмоциональных взаимоотношений. Возможно, они говорят о любви, но никто не чувствует себя любимым.
- Чувства не выражаются открыто или естественным образом. Проявление каких-то чувств может быть дозволено, каких-то - нет. Боль, гнев, печаль или несчастье могут игнорироваться.
- Семейные роли могут поменяться местами так, что дети поступают как родители, а родители ведут себя как зависимые дети. От детей могут ожидать принятия на себя взрослых обязанностей и ожидать от них советов, к примеру, в решении брачных вопросов их родителей и т.д.
- Заболевания, провоцируемые стрессом, довольно распространены. Дети часто испытывают повышенную степень аллергии, астмы, ночного недержания мочи и гиперактивности. У супруга (супруги) алкоголика может быть столько же и даже больше проблем со здоровьем, чем у самого алкоголика, например, раличие колита, язвы, мигренивых головных болей и т.д.
- Отрицание проявляется на каждом уровне. Алкоголик и другие члены семьи либо минимизируют, либо дают, на их взгляд, разумное объяснение моральной опустошенности, порождаемой наркотической зависимостью. Девизом является: «Со мной все в порядке».
- Навязчивое поведение проявляется в попытках защититься от стресса, вызываемого зависимостью от наркотических веществ. Они обнаруживаются в виде обжорства, переутомления, мотовства, уборки, сна, усиленных достижений, противостояния (противодействия?), стремления прятать вещи и т.д.
- Образцы поведения в семье будут сохраняться. В то время как дети вырастают и покидают дом, родители умирают, семьи распадаются, правила и ценности продолжают в индивидууме с тем, чтобы повториться в новой семейной среде.

Десять задач для семьи

1. Узнать о болезни, значит, включиться в процесс лечения.
2. Идентифицировать вседозволенность и провокационное поведение.
3. Прекратить вседозволенность действий и провокационное поведение.
4. Исследовать ваши взгляды на механизмы обиды и защиты.
5. Начать процесс устранения ваших собственных проблем со здоровьем.
6. Возлагать разумные надежды на ближайшее будущее.
7. Пересмотреть свое отношение к близкому человеку, подверженному алкоголической или наркотической зависимости.
8. Иметь в виду возможность рецидива.
9. Учиться управлять своими собственными эмоциями.
10. Учиться достигать прогресса, но не совершенства.

Психологическая западня в семье

Роль	Варианты поведения	Самоощущение	Стремления
наркотически зависимый человек	перфекционистское, претенциозное, агрессивное, добродетельное, без ошибок, очаровательное, обвинительное	стыд, неадекватность, чувство вины	сопоставление, поддержка, ответственность, быть принятым, быть любимым
главный законодатель	сверхответственное, страдальца за других, первый, хрупкий, беспомощный, уступчивый, позволяющий управлять собой	гнев, чувство вины, усталый	поддержка, самостоятельность, сопоставление, выражение чувств
семейный герой	успешный, ведет себя хорошо, независимый, добивается одобрения, проницательный, готовый помочь	чувство вины, неадекватность	допустимость ошибок, рисковать, ранимость, выражает чувства
козел отпущения	мрачный, непокорный, претворяющийся, употребляет наркотические вещества, осуждающий	обижается, если его не слышат, одиночество	одобрение проявления чувств, сопоставление, признание, вызов, быть выслушанным
потерянное дитя	творческий одиночка, одинокий, замкнутый	одиночество, ярость	приглашение, твердость, одобрение, вознаграждение усилий
талисман	гиперактивный, обладающий чувством юмора, нескладный, центр внимания	страх непричастности, страх неудачи	физический контакт, принятая всерьез запрашиваемой информации

Характеристика АСОАс

Существуют некие обобщения, которые в той или другой форме повторяются практически на каждом групповом собрании взрослых, чьи родители были алкоголиками (АСОАс). Эти ощущения заслуживают тщательного изучения и обсуждения.

1. Взрослые дети алкоголиков не всегда имеют четкое представление о том, что такое нормальное поведение.
2. Им трудно следовать намеченному от начала до конца.
3. Они лгут, когда было бы намного легче сказать правду.
4. Судят себя безоговорочно.
5. Практически не умеют веселиться.
6. Воспринимают себя крайне серьезно.
7. Им тяжело даются личные взаимоотношения.
8. Слишком усердствуют, добиваясь перемен, с которыми совладать не в состоянии.
9. Постоянно ищут одобрения и поддержки.
10. Обычно чувствуют свою несхожесть с другими.
11. Могут быть сверх ответственными и, наоборот, сверх безответственными.
12. Проявляют чрезвычайную лояльность даже перед лицом очевидного факта, что их лояльность незаслуженна.
13. Импульсивны. Склонны безоговорочно следовать собственным действиям, всерьез не рассматривая иных форм поведения или возможных последствий. Эта импульсивность приводит к запутанности, способности ненавидеть самого себя и потере контроля над окружающей их действительностью. В дополнение, тратят огромное количество времени, пытаясь разобраться в неадекватном положении вещей.

Данный список может быть использован в следующем:

- при необходимости получить больший объем данных и добиться понимания того, что значит быть ребенком алкоголика и как постепенно развивается этот процесс
- при необходимости использовать его в качестве руководства для себя или в клинической деятельности с конкретным пациентом
- для обсуждения показателей и данных групп пациентов, чьи родители были алкоголиками

Woititz, J. Adult Children of Alcoholics. Health Communications, Inc, 1983.

Компетентность в области ФАС IV: воздействие алкоголя на физиологию плода

Учебные цели

IVA: обучающийся сможет дать объяснение стандартной дозе.

IVB: обучающийся сможет дать описание метаболизма этанола, ферментов и их регуляцию, включая плацентарный перенос алкоголя и фармакокинетику плода.

IVC: обучающийся сможет дать описание врожденным нейроморфологическим дефектам, связанным с потреблением алкоголя.

IVD: обучающийся сможет дать объяснение вызванным алкоголем отклонениям развивающихся систем органов.

IVE: обучающийся сможет дать объяснение клеточным реакциям на воздействие алкоголя.

IVF: сможет объяснить предполагаемые биомедицинские механизмы, связанные с ФАС.

IVG: - обучающийся сможет дать объяснение последствиям действия этанола на психические и моторные реакции, в особенности познавательные и поведенческие.

IVH: обучающийся сможет дать объяснение генетическим вариантам метаболизма ферментов этанола

Учебные цели и связанные с ними задачи

Цель IVA: Определить количество алкоголя в напитке.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none">• определить, что составляет «дозу» на основе анализа алкогольного напитка и объема (К)• четко объяснить пациенту или другому работнику здравоохранения эквивалентность дозы на основе количества алкоголя и объеме напитка (S)	<ul style="list-style-type: none">• то же, что на <i>Уровне 1</i>	<ul style="list-style-type: none">• то же, что на <i>Уровне 1</i>

Цель IV B: Объяснить метаболизм и фармакологию алкоголя

(поглощение, распределение, метаболизм и выведение).

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Напомнить пациенту, что алкоголь проникает через плаценту • описать пациенту процесс поглощения этанола, его распределения в органах и тканях, его метаболическую кинетику и процесс выведения из организма (К) • дать описание различиям полов в фармакокинетике этанола (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать описание процесса фармакокинетики этанола (К) • дать описание процесса метаболизма алкоголя в организме плода • дать объяснение процесса поглощения этанола, его распределения в органах и тканях, его метаболическую кинетику и процесс выведения из организма (К) • констатировать фармакокинетические различия между полами (К) • дать описание тому, как заболевания могут влиять на фармакокинетику (К), • дать пациенту краткое описание и обоснование процесса фармакокинетики этанола и процесса поглощения этанола, распределения его среди органов и тканей • дать краткое описание пациенту фармакокинетических различий полов и то, как заболевания могут влиять на фармакокинетику (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • проанализировать процесс фармакокинетики этанола (К) • дать объяснение процессу поглощения этанола, распределения среди органов и тканей, его метаболическую кинетику и процесс выведения (К) • дать оценку фармакокинетическим различиям полов и различных метаболических отклонений и заболеваний (К) • объяснить пациенту или специалисту здравоохранения по необходимости детально процесс фармакокинетики этанола, включая поглощение этанола, распределение среди органов и тканей (S) • описать пациенту или специалисту здравоохранения метаболическую кинетику и процесс выведения (S) • дать подробное объяснение пациенту или специалисту здравоохранения фармакокинетическим различиям полов и различиям, проявляющимся в ходе метаболизма и во время заболеваний (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IVС: Описать врожденные отклонения, связанные с воздействием алкоголя.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • обрисовать пациенту типы врожденных отклонений, спровоцированных потреблением алкоголя, которые являются частью ФАС, ФАСН и других пренатальных расстройств, связанных с алкоголем (К) • описать пациенту, его семье и/или опекуну совокупность признаков, составляющих ФАС, ФАСН и другие пренатальные расстройства, связанные с потреблением алкоголя (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать объяснение причинам врожденных отклонений, спровоцированных потреблением алкоголя, и приводящих к нейроморфологическим изменениям (К) • дать пациенту объяснение известных причин отклонений, связанных с ФАС, ФАСН и другими пренатальными расстройствами, спровоцированными потреблением алкоголя, и нейроморфологических изменений (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • проанализировать, оценить и свести воедино информацию о наличии нейроморфологических изменений, которые связаны с ФАС, ФАСН и другими пренатальными расстройствами, спровоцированными потреблением алкоголя (К). • провести различия между проявлениями ФАС и другими отклонениями, спровоцированными пренатальным потреблением алкоголя (К) • дать подробное описание пациенту, члену семьи, опекуну и специалистам здравоохранения известных причин, приводящих к нейроморфологическим изменениям, связанным с ФАС, ФАСН и другими пренатальными расстройствами, спровоцированными потреблением алкоголя (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IVD: Описать вызванные алкоголем повреждения развивающихся систем органов.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • обрисовать влияние процесса распределения алкоголя, принимаемого матерью, на развивающиеся системы органов в течение каждого триместра (К) • дать описание постнатальным проявлениям алкоголя на новорожденного в период кормления грудью (К) • дать в общих чертах описание воздействия алкоголя на клеточный рост и дифференциацию клеток (К) • объяснить постнатальное проявление алкоголя в период кормления грудью (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • предупредить о влиянии алкоголя на клеточное развитие и формирование органов в период каждого триместра (К) • объяснить пациенту воздействие алкоголя на развитие органов в период каждого триместра • рассказать пациенту о связи постнатального воздействия алкоголя и периода кормления грудью (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • предупредить и проанализировать вызванные алкоголем нарушения формирования органов, которые происходят в течение 1-ого, 2-ого, 3-его триместров (К) • дать оценку литературе, представляющей данные о влиянии алкоголя на рост и дифференциацию клеток в процессе органогенеза (К) • дать оценку влиянию постнатального воздействия алкоголя на новорожденного в период кормления грудью (К) • при необходимости дать пациенту или специалисту здравоохранения детальное объяснение ожидаемых отклонений, происходящих под действием приема спиртного в период каждого триместра (К) • дать объяснение, основанное на известных процессах влияния этанола на рост и дифференциацию клетки, тому, какие органы наиболее подвержены воздействию алкоголя в определенный период их особой чувствительности к нему (К) • объяснить процесс, в результате которого алкоголь может затронуть процесс развития новорожденного в период кормления его грудью (К)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IVE: Описать клеточные реакции на воздействие алкоголя.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • обрисовать способность алкоголя нанести вред «зарождению», росту и дифференциации клетки (К) • обрисовать способность алкоголя изменять миграцию и апоптоз клеток в период формирования органов (К) • обрисовать то, как алкоголь в период формирования мозга способен повлиять на развитие нервной системы (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • объяснить, каким образом алкоголь наносит вред процессу «рождения» клетки • дать объяснение тому, как воздействие этанола может повредить нормальному росту, дифференциации и миграции клеток в формирующихся органах плода (К) • дать описание тому, как воздействие этанола может влиять на апоптоз клеток в период развития плода(К) • описать воздействие этанола на пластичность развивающихся нейронов, их способность формировать мозговые центры (ядра), пути и способы формирования соответствующих взаимосвязей их друг с другом (К) • кратко объяснить пациенту влияние этанола на рождение, рост, дифференцировку и миграцию клеток (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • объяснить другим специалистам здравоохранения клеточные реакции на воздействие алкоголя (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IVF: Объяснить предполагаемый биомедицинский механизм.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • кратко изложить нейроморфологические и нейротропные воздействия алкоголя (К) • кратко изложить влияние алкоголя на рецепторы нейромедиатора • кратко изложить влияние алкоголя на сигнальную трансдукцию 	<ul style="list-style-type: none"> • дать описание нейроморфологическим и нейротропным влияниям алкоголя (К) • дать описание воздействия алкоголя на рецепторы нейромедиатора • дать описание влияния алкоголя на сигнальную трансдукцию • дать краткое обоснование ориентиры, имеющим отношение к исследованиям биомедицинского механизма, связанного с ФАС и другими пренатальными алкогольными расстройствами 	<ul style="list-style-type: none"> • дать истолкование другим специалистам здравоохранения литературных источников прошлого и настоящего, касающуюся предполагаемых биомедицинских механизмов (К)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IVG: Объяснить влияния этанола на нейроповеденческие реакции, в особенности, познавательные и психиатрические/поведенческие.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • описать влияние алкоголя на познавательную функцию (К) • описать влияние алкоголя на поведение (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • проанализировать то, как алкоголь негативно сказывается на познавательной функции и может привести к поведенческим и психиатрическим отклонениям (К) • объяснить пациенту, как воздействие алкоголя приводит к изменению познавательной функции (К) • определять различия во влияниях алкоголя на познавательную функцию(К) • описать пациенту, как структурные и функциональные изменения, вызванные алкоголем, приводят к поведенческим и психиатрическим изменениям (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать описание пациенту или другому специалисту здравоохранения влияния этанола на познавательную функцию (S) • объяснить пациенту или другому специалисту здравоохранения то, как определяются различия во влиянии этанола на сферу познания (S) • описать пациенту или другому специалисту здравоохранения результаты нейropsychологических тестов и интерпретировать данные настолько, насколько это касается возможных поведенческих или психиатрических форм состояния (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель IV Н: Описать генетические варианты и маркеры чувствительности к ФАС.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • кратко резюмировать различия в метаболизме этанола в результате генетического варьирования (К) • определить различные генетические маркеры, имеющие отношение к возникновению возможной высокой степени восприимчивости к ФАС (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • резюмировать пациенту в общих чертах, насколько важно действие генетических маркеров в формировании степени риска и восприимчивости к ФАС (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • определить относительный риск и характеристики индивидуума с определенными генетическими маркерами и его восприимчивость к ФАС (К) • привести пациенту или другому специалисту здравоохранения примеры того, как генетические маркеры могут дать определение степени будущей восприимчивости индивидуума к ФАС (S) • дать оценку различий в метаболической кинетике, основанных на генетических вариантах действий фермента (К) • определить относительный риск и характеристики индивидуумов с различными генетическими вариантами метаболизма алкоголя (К) • дать пациенту или другому специалисту здравоохранения соответствующее объяснение различий в метаболизме алкоголя в результате генетических вариаций (S) • объяснить пациенту или другому специалисту здравоохранения, как данные различия могут воздействовать на присутствие алкоголя в организме, его концентрации и, в конечном счете, влияние на развивающийся плод (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Содержательная схема уровня компетентности IV

I. Определение количества алкоголя в напитке

- A. Объем
- B. Количество алкоголя

II. Метаболизм алкоголя и фармакология

- A. Поглощение
- B. Распределение
 - 1. Компартиментализация (распределение по органам)
 - 2. Плацентарные эффекты и эмбриональное распределение
- C. Метаболизм и выведение

III. Врожденные нейроморфологические дефекты, связанные с потреблением алкоголя

- A. ФАС
- B. ФАСН

IV. Вызванные алкоголем повреждения развивающихся систем органов

- A. Восприимчивость в течение триместров
 - 1. Особенно восприимчивые области
 - 2. Привычные формы потребления алкоголя (в виде пьянок, от случая к случаю, хронически)
- B. Постнатальные проявления воздействия алкоголя

V. Клеточные реакции на воздействие алкоголя

- A. Нейрогенез
- B. Рост и дифференциация нейронов
- C. Миграция
- D. Синаптогенез
- E. Апоптоз

Ф. Пластичность

VI. Предполагаемые биомедицинские механизмы

А. Нейроморфологические и нейротропические последствия

В. Влияние на рецепторы нейромедиатора

С. Влияние на сигнальную трансдукцию

VII. Результаты эмбрионального воздействия алкоголя на психику

А. Познавательное

В. Психиатрическое

VIII. Генетические варианты и маркеры

Содержательные ресурсы уровня компетентности IV

I. Определение количества алкоголя в напитке

Трудностью, возникающей при оценке степени воздействия алкоголя, является неточность определяемого количества принятого спиртного или количества доз. Проблема в культурных и социальных различиях в определении того, что такое «напиток». Четкое понимание количества потребленного алкоголя важно для оценки степени риска, и ответы на общий вопрос о «потребленном спиртном» могут привести к ошибке в оценке общего количества алкоголя, выпитого во время застолья или человеком, находящимся в группе алкоголического риска. Молекулярная природа алкоголя (этилового спирта) делает возможным легкое разведение его в водных растворах различной концентрациях и объемов.

A. Объем

Чтобы провести приблизительную оценку эквивалентности алкогольных напитков, важно учитывать концентрацию алкоголя, находящегося в них, а так

же его объем. Например, методические рекомендации NIAAA используют следующие объемы и виды напитков в качестве приблизительных эквивалентов:

1. одна банка или бутылка в 12 унций. (355 мл) пива
2. один бокал в 5 унций вина
3. один винный охлажденный коктейль в 12 унций
4. один бокал хереса, ликера или аперитива в 4 унции
5. одна «рюмка» алкоголя (дистиллированный алкоголь - 1-½ унция.).

В. Количество алкоголя

Количество алкоголя в каждом из вышеупомянутых «напитков» приблизительно одинаково. Оно легко определяется при оценке процента алкоголя, содержащегося в напитке (например, пиво = 3-5% объема). Простые расчеты показывают, что одна банка пива содержит приблизительно 11 мл алкоголя (355 мл x 0.03), а в 11 мл приблизительно 8 ½ граммов алкоголя (11 мл x 0.798 граммов/мл). Каждый из вышеупомянутых «напитков» содержит 8-10 граммов алкоголя (по грубым расчетам). Исключение – «рюмка» алкоголя. В то время как 1-1-½ унция обычно используется в «смешанном напитке», процент алкоголя, содержащийся в одной рюмке, меняется в зависимости от напитка – от 30-процентного до 80 -процентного и более. В любом случае, 10 граммов алкоголя в одном смешанном напитке вполне обоснованная цифра, но надо иметь в виду, оно может превышать данное количество в зависимости от крепости алкоголя, входящего в состав напитка.

Источник:

NIAAA: Identification of At-Risk Drinking and Intervention with Women of Child-bearing Age, pg 2-4, 10/2002.

II. Метаболизм и фармакология алкоголя

Чтобы дать оценку последствиям алкоголя на плод, важно понять основные принципы фармакокинетики и метаболизма алкоголя. Рассмотрим то,

что случается при потреблении напитка (как беременной женщиной, так и небеременной).

А. Поглощение

Когда человек принимает спиртное (в любой форме, описанной выше), этанол попадает в желудок, где сначала происходит процесс поглощения (и метаболизма). Впитывание молекулы (C_2H_5OH) в желудке происходит быстро. Однако на степень поглощения может влиять любое другое содержимое желудка. Быстрее всего поглощение происходит в пустом желудке. Пиковые концентрации этанола в крови достигаются спустя приблизительно час после потребления напитка, однако варьируются под действием множества факторов, включая количество спиртосодержащего напитка, одновременный прием пищи или других веществ, скорость опорожнения желудка и телосложение (масса тела и т.д.).

Было доказано, что концентрация этанола в крови женщины постепенно достигает большего количества, нежели в крови мужчины после потребления эквивалентных доз этанола. Было установлено, что этот феномен определяется некоторыми факторами, к примеру, тем, что в женском теле содержание воды (компармент, в котором распределяется этанол) значительно меньше, чем в мужском. Установлен и другой фактор, повышающий норму поглощения алкоголя желудком женщины в сравнение с таковой мужчин. Независимо от причин, учитывая то же самое количество алкоголя при стандартизированных условиях потребления, уровень алкоголя в крови женщины достигает более высокой отметки, чем у мужчин, а в результате схожести процессов метаболизма алкоголя у обоих полов уровень алкоголя в крови женщины остается выше, чем у мужчины. И это важно, ибо в случае беременности имело бы значение для эмбриона или плода, если женщина беременна.

В. Распределение

1. Компартиментализация – из-за быстрой растворимости алкоголя в воде и его способности проникать через клеточные мембраны (клетка почти на 98% состоит из воды), тело можно представлять состоящим из водных либо безводных компонентов. После поглощения алкоголь быстро распределяется по всему телу и перемещается в водосодержащие части, такие как плазма крови, внеклеточная жидкость и внутриклеточная жидкость. Алкоголь хуже растворяется в липидной фракции и фракциях, содержащих твердые липиды (жир); эти отделы поглощают алкоголь медленнее.

Алкоголь, следовательно, быстро распределяется среди тканей, поддерживаемых кровеносной системой. Процесс перехода из желудка и желудочно-кишечной системы в кровеносную систему совершается быстро, и оттуда алкоголь распределяется по большинству органов, включая скелетно-мышечную систему, печень, почки, сердце, молочную железу и, безусловно, нервную систему (мозг, спинной мозг и периферические нервы).

2. Влияние на плаценту и проникновение в эмбрион

При нормальном положении вещей кровь матери и эмбриона не смешивается. Однако, капилляры, содержащие материнскую кровь и таковые эмбриона, для осуществления циркуляции кислорода (от матери к плоду) и углекислого газа (от плода к матери), питательных веществ и удаления отходов, разделены только мельчайшей перегородкой плаценты. Та, следовательно, действует как селективный барьер. К сожалению, она остается проницаемой для некоторых вещества, как примеру, наркотиков, а также вирусов. Алкоголь, благодаря своим физическим свойствам, как раз то вещество, которое легко передается посредством диффузии от материнской крови в эмбриональную. Конечно, метаболизм алкоголя осуществляется и эмбрионом, но лишь в незначительной степени.

Как только алкоголь попал в кровеносную систему плода, он распределяется по всем его тканям почти так же, как в организме матери. Распределение алкоголя и его концентрация в органах плода подобны таковым организма матери.

Как будет показано ниже, у плода способность к метаболизму алкоголя ограничена, главным образом по причине неразвитого состояния печени и ферментов, ответственных за метаболизм этанола. Большая часть этанола, который передается от матери к плоду, выводится из плода диффузией обратно в организм матери для окончательного метаболизма и выделения.

С. Метаболизм и выведение

Как обсуждалось выше, этанол быстро поглощается из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта кровеносной системой, которая затем распределяет алкоголь по всем тканям тела. Большая часть этанола усваивается в печени, в то время как меньше 10 % выводятся с мочой или легкими процессе дыхания.

Гепатоциты печени тремя путями осуществляют метаболизм этанола:

- от алкогольдегидрогеназы (ADH) в цитозоли (первичный путь)
- окисление этанола микросомальной системой (MEOS); ферментами, находящимися в агранулярной [гладкой] эндоплазматической сети гепатоцита (и других клеток)
- каталазой (перкиссомальный способ), находящейся в гепатоцитах и других клетках.

Метаболизм происходит главным образом ADH способом, но может стимулироваться или усиливаться другими путями, особенно MEOS системой при хроническом воздействии алкоголя. Хроническое действие этанола может усилить функционирование MEOS системы настолько, что вплоть до 10% окисления этанола будет производить ею.

Метаболизм этанола логически вытекает из принципа, известного как «кинетика нулевого порядка», означающего, что нет ограничения нормы наличия фермента. Алкоголь перерабатывается ферментами в доступной концентрации. В кинетике нулевого порядка исчезновение алкоголя в крови (или тканях) может быть математически вычислено и предсказано, что видно на диаграмме посредством прямой линии.

В то время как бóльшая часть алкоголя перерабатывается АДН путем, результатом всех способов метаболизма является ацетальдегид, в дальнейшем перерабатываемый ферментом, называемым ацетальдегиддегидрогеназой (ALDH). ALDH перерабатывает ацетальдегид в ацетат, который затем превращается в углекислый газ и воду.

Ацетальдегид и ALDH показательны при потреблении алкоголя, так как было показано, что ацетальдегид становится причиной отклонений в функционировании систем органов, вызывая общую вазодилатацию (процесс вымывания) и общее недомогание. Генетические или полиморфные варианты ALDH гена могут влиять на степень потребления этанола некоторыми группами населения. У индивидуумов, несущих «мутантную» форму гена (аллель), заметно снижена способность к метаболизму ацетальдегида, что приводит в некоторых случаях к снижению темпов потребления спиртного некоторыми индивидуумами.

Эмбриональный метаболизм: чтобы попытаться определить количество алкоголя, усвоенного либо плацентой, либо плодом, были проведены многочисленные научные исследования на животных и людях. Наиболее достоверные выкладки показывают, что у плаценты низкая способность усваивать этанол. Компиляция исследований также показывает, что метаболизм этанола эмбрионом или плодом меняется в зависимости от стадии развития эмбриона или плода; на более поздних сроках беременности плод обладает

повышенной способностью к усвоению алкоголя, что не свойственно эмбрион и плоду раннего гестационного периода. Поскольку гепатоцит выполняет большую часть метаболизма алкоголя АДН путем, эти ферменты должны быть в наличии и быть активными для того, чтобы плод мог эффективно перерабатывать алкоголь.

Из-за ограниченной способности плода эффективно перерабатывать этанол, само собой разумеется, что большую часть алкоголя должен метаболизировать организм матери. Алкоголь из организма плода должен диффундировать обратно в организм матери для окисления и выделения, в особенности это касается эмбриона или плода на ранних стадиях беременности, поскольку внутриутробная концентрация алкоголя в случае неэффективного метаболизма этанола достигает, как замечено, уровней подобных таковым материнского организма. В результате того, что выделение алкоголя плодом происходит элементарной диффузией в организм матери в процессе метаболизма, эмбриональные уровни алкоголя могут быть выше, чем у беременной, и оставаться такими длительное время, но всякий раз по-разному. Пролонгация концентрации алкоголя и время его воздействия могут стать серьезными факторами, влияющими на развитие эмбриона или плода.

Источник

http://www.medicouncilalcol.demon.co.uk/handbook/hb_meta.htm

Ссылки

Alcohol Metabolism, Alcohol Alert, NIAAA, 35:1997.

Akesson, C. Autoradiographic studies on the distribution of ¹⁴C-2 ethanol and its non-volatile metabolites in the pregnant mouse. Arch. Int. Pharmacodyn. Ther. 209:296-304, 1974.

Little BB. Vanbeveren TT. Placental transfer of selected substances of abuse. Seminars in Perinatology. 20:147-153, 1996.

Marshall at al, Hepatology 3:701-706, 1983.

Pikkarainen PH and Raiha, NCR. Development of alcohol dehydrogenase activity in the human liver, Pediatr Res 1: 165-168, 1967.

III. Врожденные нейроморфологические дефекты, связанные с потреблением алкоголя.

A. ФАС

Целью описания врожденных нейроморфологических дефектов, связанных с потреблением алкоголя при фетальном алкогольном синдроме, становятся отклонения, спровоцированные влиянием алкоголя на развитие нервной системы и познавательной функции организма, тем самым способствуя пониманию того, насколько серьезными могут быть морфологические и функциональные последствия под воздействием молекулярных и клеточных изменений.

Более ранние исследования были по своей природе наглядными, пытаюсь определить, какую часть или части нервной системы затрагивало эмбриональное потребление алкоголя, обогащавшее совокупность признаков, связанных с ФАС. Действительно, многочисленные исследования обнаружили, что в мозге пациентов с ФАС, присутствовали явственные морфологические изменения. Они включали существенные отклонения развития коры головного мозга, такие как микроцефалию, гипопластические или атрофические извилины и борозды, плохо сформированные или смещенные извилины, поронцефалию и другие пороки развития. Подобные пороки развития были описаны в мозжечке и коре мозжечка и гипокампе. Действительно, кажется, что нет ни одной области мозга, которая является устойчивой к влияниям эмбрионального

воздействия алкоголя. Подобные пороки развития наблюдались на животных моделях, испытывавших эмбриональное воздействие алкоголя.

Более поздние исследования морфологических изменений, которые происходят из-за эмбрионального воздействия алкоголя, показывают присутствие существенных изменений в мозолистом теле, главной связывающей траектории между двумя половинами коры головного мозга. Эмбриональное воздействие алкоголя может быть причиной прогнозируемых изменений в структуре мозолистого тела, которые выявляются с помощью ЯМР-томографии или сонографии.

В исследовании на животных было показано, что черепно-лицевые уродства, связанные с ФАС, можно объяснить эмбриологическими изменениями, которые происходят в процессе развития мозга и лица. Действительно, исследование действия алкоголя на мышах во время беременности привело к появлению признаков, подобным ФАС у людей, таким как микроцефалия и уменьшенная окружность головы, суженные глазные щели, а также сокращение губного желобка и структур верхней губы.

В. ФАСН

Эмбриональные нарушения алкогольного спектра – термин, относящийся к индивидуумам, у которых может быть больше одного из признаков, связанных с ФАС, но не демонстрирующим всех признаков, согласно которым может быть поставлен четкий диагноз. В рамки данной терминологии включаются отклонения, имеющие обозначение ARND (неврологические дефекты, спровоцированные алкоголем).

IV. Повреждения в развивающихся системах органов, вызванные алкоголем

Данное описание будет ограничиваться воздействием этанола на нервную систему.

А. Восприимчивость в течение триместров: развитие нервной системы начинается приблизительно на 3-ей неделе беременности и продолжается в течение всего периода беременности, а также приблизительно на протяжении всего первого года жизни. Легко предположить, что непрерывное развитие происходит уже в течение беременности. Учитывая, что, согласно подсчетам, в зрелой коре головного мозга существует 1010 нейронов и 1011 нейронов в зрелой коре мозжечка, скорость генерации должна превышать 45000 новых нейронов в каждую минуту 9-месячного периода беременности. Однако это предполагало бы непрерывную скорость генерации в 40-недельный период, а было доказано, что развитие нервной системы происходит прерывистым способом, когда некоторые области формируются ранее других, а некоторые в определенный период времени, сопровождающийся менее интенсивным развитием. Логика предполагает, что присутствие этанола может иметь различные последствия, попадая в организм в период относительно быстрого роста по сравнению с периодами относительно медленного роста, если рассматривать ТОЛЬКО нейрогенез (рождение новых нейронов). Однако в результате разнообразных процессов, происходящих в период развития нейронов, таких как миграция, формирование синапса, миелинизация и т.д., даже тогда, когда налицо естественный процесс медленного нейрогенеза, наблюдается существенная активность развития, ход которого может быть затронут воздействием алкоголя.

В результате длительного периода развития нервной системы, восприимчивой к алкоголю, действие спиртного в это время может повлечь за собой ФАС или ФАСН в зависимости от степени его воздействия. У

индивидуума могут быть затронуты познавательная и/или поведенческая сторона личности, присутствовать проблемы с речью и/или памятью, трудность с визуально-пространственным ориентированием, нарушение внимания, сниженное время реакции (основанное на том, с какой скоростью мозг способен обрабатывать информацию) и некоторые дисфункции жизненной активности, скажем, в форме планирования и организации.

Что касается каждого триместра беременности, несомненно, присутствие алкоголя в первые несколько недель может привести к самым пагубным последствиям, например, к самопроизвольному аборту. Это происходит вследствие отсутствия у эмбриона достаточного количества клеток и тотипотентности каждой клетки. Потеря или повреждение даже нескольких клеток в этот решающий период времени может привести к всеобъемлющим изменениям органов на более поздней стадии, что может быть не совместимо с жизнью.

1) Особенно восприимчивые области: в более поздние сроки беременности, а именно, во второй или третий триместры, ткани и органы могут быть уже сформированы, но в результате воздействия этанола могут быть значительно затронуты либо изменены. Чем дольше период развития рассматриваемого органа, тем уязвимее он к тератогенному воздействию наркотиков, в том числе алкоголя. Данному примеру соответствуют нервная система, имеющая долгий период внутриутробного формирования, а также глаза и уши. Действие алкоголя в период особой чувствительности формирующихся органов может привести к значительными структурным или функциональным отклонениями любого конкретного органа.

2) Привычки потребления алкоголя (разгульного, случайного, хронического): привычка потребления алкоголя может играть существенную роль в предсказании последствий от воздействия этанола на развивающуюся

нервную систему. Логика диктует, что потребление спиртного в период медленного развития нервной системы, может нанести незначительный ущерб, и если это верно, тогда случайное принятие алкоголя или даже потребление большого количества спиртного может и не повлечь негативного воздействия на нервную систему. Однако по причине сложной природы формирования нервной системы (то есть, нейргенеза, миграции, формирования синапса, и т.д.), в самом деле, не существует абсолютного периода покоя. Фактически, разгульное или случайное коллективное принятие спиртного может иметь такие же негативные последствия, как и хроническое его потребление.

Несомненно, интенсивное, хроническое злоупотребление алкоголем более всего затрагивает развитие нервной системы. К сожалению, не существует периода, определяемого как «безопасный», и поэтому любое потребление спиртного может оказать неблагоприятное воздействие на формирование нервной системы независимо от частоты, количества или триместра беременности.

В. Постнатальные воздействия злоупотребления алкоголем: в то время как большая часть нервной системы формируется пренатально, существенная часть процесса заканчивается в постнатальный период. В самом деле, принимая во внимание то, что мозг регулирует репродуктивные гормоны, окончательное формирование нервной системы, управляющей данными нейрогормонами, завершается не ранее 12-15 и более лет после момента рождения. Однако в первый год постнатального развития происходит быстрый рост и созревание нервной системы, и прежде всего, формирование синапса и миелинизация. Было продемонстрировано, что воздействие алкоголя в этот период затрагивает процесс миелинизации и приводит к отклонениям в крупной моторике.

Поскольку алкоголь является депрессантом для нервной системы, воздействие алкоголя в период грудного кормления может отрицательно

сказаться на приеме пищи младенцем. Активность сосания и питания снижена у младенцев, получающих алкоголь с грудным молоком. Их сосательный рефлекс менее проявлен, а результате действия этанола младенец часто засыпает во время кормления. Это, конечно, может привести не только к воздействию алкоголя на процесс созревания нейронов (миелинизацию), но также и на питание младенца в целом, поскольку он не дополучает необходимых веществ с молоком матери.

V. Клеточные реакции на воздействие алкоголя

Вслед за демонстрацией нейроморфологического действия алкоголя на нервную систему было произведено важное исследование, дающее представление о клеточных реакциях и молекулярных механизмах, связанных с эмбриональным воздействием алкоголя. Данное исследование имеет отношение к любому из перечисляемых ниже процессов формирования нервной системы.

A. Нейрогенез

Генерация нейрона (рождение) у развивающегося эмбриона и плода происходит очень быстро (о чем говорилось выше). Что связано с митотическим делением клеток в соответствующих областях мозга и первичной «дифференциации» только что сформировавшегося нейрона.

B. Рост и дифференциация нейрона

После формирования нейрона (или нейробласта) первичные нейроны проходят стадию созревания и дифференциации, превращаясь в зрелый нейрон. С дифференциацией связана генетическая экспрессия соответствующих нейромедиаторов (химических агентов связи) для синаптического функционирования, роста и миграции отростков (дендритов) необходимое местоположение и миграция клеток в predeterminedенные им области (мозговые ядра).

С. Миграция

Клеточная миграция подобна миграции клеточных отростков с целью формирования нервного пути. Миграция нейрона происходит в подложке глиальной клетки с намерением достигнуть своего окончательного местонахождения, обычно среди клеток с подобной же функцией в ядерном или клеточном слое.

Миграция отростков совершается посредством мембранных молекул, следующими за подложками в ткани и поддерживаемые химическим агентами, называемыми факторами роста нервов. Невриты направляются к соответствующим им местам, следуя за химическими субстратами, к которым у невритов есть тяготение. Последующие невриты проходят за первыми благодаря молекулам, называемым молекулами прилипания клетки, направляясь к соответствующему пункту назначения, формируя «нерв».

Д. Синаптогенез

Достигнув предопределенного назначения, неврит для выполнения своей обычной функции сразу должен сформировать синапс. Эта взаимосвязь двух нервов или между нерва и другой клетки (такой, как мышечная или железистая) есть химическая связь, делающая возможным контакт между нервом и клеткой отличной природы. Это – основополагающее объединение, в котором, чтобы оно действовало, должны быть представлены различные компоненты. И опять, соединение обуславливается определенными молекулами, действующими в качестве подложки, указывающей положение синапса.

Е. Апоптоз

Существует некоторая избыточность формирования нервных клеток в мозгу. Возможно, подобное связано с процессом нормального формирования синапса. По сути, это формирование и функционирование таких синаптических

соединений, диктующих стабильность самого соединения. От других клеток, в которых «нет необходимости», организм избавляется посредством запрограммированной смерти клетки, называемой апоптозом. К примеру, нейроны могут сформироваться и приступить к своей деятельности. Однако клеток данной формации может быть вдвое больше необходимого. Только клетки, формирующие функционирующий синапс, поддерживаются факторами роста нервов; другие нейроны, достигающие необходимой клетки, не поддерживаются и обречены на апоптоз.

Тем самым, апоптоз является способом, с помощью которого происходит избавление от лишних клеток. Апоптоз, или смерть клетки, возможен и в тех клетках, которые потенциально необходимы, но «запрограммированы» на клеточную смерть.

Е. Пластичность

Когда нервная клетка или ее отросток повреждены (например, в результате травмы), способность «снова вырасти» и возобновить необходимые химические связи как раз и является пластичностью. Большинство нейронов – «пластичны» во время развития, но когда происходит созревание, они расцениваются как пост-миотически статические и становятся менее способными к восстановлению своей функции.

VI. Предполагаемые биомедицинские механизмы

Многочисленные научные исследования стремились определить биомедицинский механизм, связанный с ФАС и ФАСН. Эти исследования относятся к клеточной и молекулярной тематике, которая, главным образом, связана с механизмами развития нервной системы.

А. Нейроморфологические и нейротрофические последствия

Это та часть исследований, которая помогла выявить самые наглядные примеры воздействия алкоголя на процесс развития клетки и миграцию самих клеток и их отростков, способных дать объяснение многим из проявлений ФАС и/или ФАСН. Они включают исследования, затрагивающие проявления алкоголя в следующем:

1. изменяет нейрогенез и миграцию нейронов, запуская различные механизмы, но, не сводясь лишь к нарушению процесса митоза, изменению глиальных белков, служащих направляющими факторами, и подавлению трофических факторов, служащим основой процессов миграции;

2. повышает смертность нейронных клеток и/или апоптоз либо посредством вредоносного токсического действия непосредственно на клетку, либо посредством запрограммированной смерти клетки;

3. изменяет рост дендритов, приводящий к потере функциональности;

4. изменить экспрессию глиальных волоконцевых кислых белков;

5. изменяет микрососудистое развитие, приводящее к локализованной потере клеток;

6. сокращает синтеза белка, что приводит к ослабленной активности клетки;

7. увеличивает токсичность свободных радикалов, становясь причиной преждевременной смерти клетки;

8. изменяет уровень простагландина;

9. наносит ущерб процессу метилирования ДНК, что влечет за собой искажение процесса считывания генетического кода, осуществляемого РНК;

10. изменяет трансляция и РНК синтеза белка;

11. нарушает проницаемость и структуру двойного фосфолипидного слоя мембраны;

12. вызывает гипоксию и/или ишемию.

В. Воздействие на рецепторы нейромедиатора

Научные исследования другого направления попытались определить влияние алкоголя на клеточное/молекулярное функционирование эмбрионального организма в ходе его развития. Примеры негативного воздействия алкоголя следующие:

1. позитивная регуляция (повышенная восприимчивость) NMDA рецепторов;
2. измененная ГАМК-опосредованная нейротрансмиссия;
3. усиленное образование окиси азота (NO), ведущее к глутамат опосредованной смерти клетки;
4. специфический апоптоз клеток в системах NMDA- и ГАМК-рецепторов;
5. аномальное развитие серотонергической и/или катехоламинэргетической систем.

С. Влияние на сигнальную трансдукцию

Некоторые исследования сосредоточились на изучении результатов трансдукции, происходящей в клетке, в ответ на возбуждение, вызванное действием алкоголя. Они следующие:

1. измененные системы трансдукции G-протеина;
2. сокращение активности аденилатциклазы;
3. повышенное фосфорилирование протеинкиназы C;
4. увеличенный выброс кальция в цитозоль;
5. повышенная регуляция потенциалозависимых кальциевых каналов.

Фармакологически этанол является «грязным» продуктом, то есть, будучи классифицируемым как депрессант, он может оказывать различное влияние на молекулярном уровне. Что объясняет тот факт, что фетальный алкогольный

синдром есть следствие проявления множественного воздействия этанола. Вот почему не существует одной единственной причины действия алкоголя, влекущее за собой только ФАС или ФАСН. В сущности, из-за того, что алкоголь обладает широким спектром негативных последствий, ФАС может быть результатом аддитивных или синергичных влияний алкоголя на формирующуюся систему.

Литература

Предполагаемые механизмы

Gleason CA. Fetal alcohol exposure: effects on the developing brain. *Neoreviews* 2:231-237, 2001.

Анонотос

Cartwright MM, Tessmer LL and Smith SM. Ethanol-induced neural crest apoptosis is coincident with their endogenous death, but is mechanistically distinct. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22:142-9, 1998.

Dunty WC Jr, Zucker RM and Sulik KK. Hindbrain and cranial nerve dysmorphogenesis result from acute maternal ethanol administration. *Developmental Neuroscience*. 24:328-42, 2002.

Gohlke JM, Griffith WC, Bartell SM, Lewandowski TA and Faustman EM. A computational model for neocortical neuronogenesis predicts ethanol-induced neocortical neuron number deficits. *Developmental Neuroscience* 24:467-477, 2002.

Olney JW, Wozniak DF, Jevtovic-Todorovic V and Ikonomidou C. Glutamate signaling and the fetal alcohol syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 7:267-75, 2001.

Olney JW, Wozniak DF, Jevtovic-Todorovic V, Farber NB, Bittigau P and Ikonomidou C. Drug-induced apoptotic neurodegeneration in the developing brain. *Brain Pathology* 12:488-98, 2002

Факторы роста и молекулы прилипания

Случайная работа Я, Safran КОМНАТА и Perides Г. Этанол запрещает нервное прилипание ячейки Charness ME, Safran RM and Perides G. Ethanol inhibits neural cell-cell adhesion. *Journal of Biological Chemistry*. 269:9304-9, 1994.

Heaton MB, Mitchell JJ, Paiva M and Walker DW. Ethanol-induced alterations in the expression of neurotrophic factors in the developing rat central nervous system. *Developmental Brain Research*. 121:97-107, 2000.

Luo J and Miller MW. Differential sensitivity of human neuroblastoma cell lines to ethanol: correlations with their proliferative responses to mitogenic growth factors and expression of growth factor receptors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 21:1186-94, 1997.

McAlhany RE Jr, West JR and Miranda RC. Glial-derived neurotrophic factor (GDNF) prevents ethanol-induced apoptosis and JUN kinase phosphorylation. *Brain Research. Developmental Brain Research*. 119:209-16, 2000.

Ozer E, Sarioglu S and Gure A. Effects of prenatal ethanol exposure on neuronal migration, neuronogenesis and brain myelination in the mice brain. *Clinical Neuropathology*. 19(1):21-5, 2000.

Свободные радикалы

Abel EL and Hannigan JH. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. *Neurotoxicology and Teratology*. 17:445-62, 1995.

Guerri C, Montoliu C and Renau-Piqueras J. Involvement of free radical mechanism in the toxic effects of alcohol: implications for fetal alcohol syndrome. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 366:291-305, 1994.

Rudeen PK. Melatonin effects on ethanol-induced growth retardation and death in chick embryos. *Alcoholism: Clinical Experimental Medicine* 20:71A, 1996.

Простагландины и метаболитические молекулы

Deltour L, Ang HL and Duester G. Ethanol inhibition of retinoic acid synthesis as a potential mechanism for fetal alcohol syndrome. *FASEB Journal*. 10:1050-7, 1996.

Grummer MA, Salih ZN and Zachman RD. Effect of retinoic acid and ethanol on retinoic acid receptor beta and glial fibrillary acidic protein mRNA expression in human astrocytoma cells. *Neuroscience Letters*. 294:73-6, 2000.

Pennington SN, Boyd JW, Kalmus GW and Wilson RW. The molecular mechanism of fetal alcohol syndrome (FAS). I. Ethanol-induced growth suppression. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*. 5:259-62, 1983.

Экспрессия ДНК или РНК

Acquaah-Mensah GK, Kehrer JP and Leslie SW. In utero ethanol suppresses cerebellar activator protein-1 and nuclear factor-kappa B transcriptional activation in a rat fetal alcohol syndrome model. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 301:277-83, 2002.

Kelce WR, Ganjam VK and Rudeen PK. Effects of fetal alcohol exposure on brain 5 alpha-reductase/aromatase activity. *Journal of Steroid Biochemistry*. 35:103-6, 1990.

Poggi SH, Goodwin KM, Hill JM, Brenneman DE, Tendi E, Schninelli S and Spong CY. Differential expression of c-fos in a mouse model of fetal alcohol syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 189:786-9, 2003.

Scott HC, Sun GY and Zoeller RT. Prenatal ethanol exposure selectively reduces the mRNA encoding alpha-1 thyroid hormone receptor in fetal rat brain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22:2111-7, 1998.

Scott HC, Zoeller RT and Rudeen PK. Acute prenatal ethanol exposure and luteinizing hormone-releasing hormone messenger RNA expression in the fetal mouse brain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 19:153-9, 1995.

VII. Эмбриональное воздействие алкоголя на поведение, психическую деятельность и моторику

A. Когнитивное: ясно, что развивающаяся нервная система, подвергаясь алкоголю, претерпевает целый спектр воздействий (нервные клетки и поддерживающие их глиальные клетки). Возможные последствия - от гибели клеток, изменения миграционного процесса, изменения в синаптогенезе, регуляции процесса считывания генетического кода ДНК и трансляции РНК в белки, стабильности мембран и до целого ряда других потенциальных структурных и функциональных отклонений. Любое из этих изменений затрагивает способность клетки функционировать надлежащим образом и правильно передавать или обрабатывать информацию, важную для нервной системы. Ослабление функции или даже просто активности нервных клеток приводит к изменениям, которые могут проявляться в когнитивной

деятельности или деятельности, связанной с переработкой информации или неадекватностью физических движений. Серьезного ли они характера или едва существенны, последствия действия алкоголя могут способствовать задержке умственного развития или нарушению движения как части органического нарушения формирования и функций мозга и его клеточных компонентов. В широко цитируемом исследовании средний IQ 178, тогда как у индивидуумов с диагностированным ФАС 79 (диапазон 20-120).

В. Психиатрическое/поведенческое: многие из отклонений, связываемые с органической дисфункцией мозга, включают различные неадекватные виды поведения и симптомы людей с ФАС, характерных обычно для ФАСН. Проявления недостаточности поведенческой сферы могут характеризоваться дефицитом внимания, проблемами памяти, гиперактивностью и суждений, едва ли кажущимися здоровыми. В меньшей степени свойственны виды поведения, указывающие на непонимание происходящего вокруг, специфические странности или привычки, озабоченность либо поступки, наносящие физический вред самому индивидууму.

Данные виды поведения могут выражаться вторичными признаками отклонений, шесть из которых были изучены и проанализированы. Это: 1) проблемы психического здоровья, 2) прерванный процесс обучения в школе, 3) неприятности с законом, 4) временное заключение и/или лишение свободы, 5) неадекватное сексуальное поведение и 6) проблемы с алкоголем или наркотиками.

Источники:

Ladue RA, Streissguth AP and Randels SP. Clinical considerations pertaining to adolescents and adults with fetal alcohol syndrome. In: TB Sonderegger (Ed), Perinatal substance abuse: Research findings and clinical implications (pp. 104-131). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, and Bookstein FL. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report to the Centers for Disease Control and Prevention on Grant No. R05/CCR008515 (Tech Report No. 96-06). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit, 1996.

VIII. Генетические варианты и маркеры

A. Аллели АДН фермента

Было продемонстрировано, что у альтернативных форм АДН гена различные способности перерабатывать алкоголь. Было показано, что у одной аллели гена дегидрогеназы алкоголя, АДН2*3 аллели, есть «защитный» механизм против негативных пренатальных проявлений алкоголя среди афроамериканцев. Защитный механизм АДН2*3 аллели, как полагают, связан с быстрым метаболизмом алкоголя в ацетилдегид, который способен влиять на количество или частоту потребления алкоголя. Повышенный метаболизм алкоголя может, в том числе, уменьшать количество спиртного в организме и период времени его воздействия. Поддерживающие исследования обнаружили, что женщины, имеющих недостаток АДН2*3 аллели, как правило, сообщают о большем количестве выпитого алкоголя во время зачатия, примерно в два раза превышающего данные, полученные от женщин, являющихся носителями этой аллели.

Этот результат может быть неубедительным, так как другие исследования его не подтверждают. Неизвестно также, действительно ли этот полиморфизм поможет предсказывать, какой именно алкоголь, потребляемый женщиной, дает более высокий риск рождения ребенка с отклонениями.

Источники:

Chambers CD and Jones KL. Is genotype important in predicting the fetal alcohol syndrome? J Pediatr 141:751-752, 2002.

McCarver DG, Thomasson HR, Martier SS, Sokol RJ and Li T-K. Alcohol dehydrogenase 2*3 allele protects against alcohol-related birth defects among African Americans. J Pharmacol. Exper Therap 283: 1095-1101, 1997.

Stoler JM, Ryan LM, Holmes LB. Alcohol dehydrogenase 2 genotypes, maternal alcohol use and infant outcome. J Pediatr 141:780-785, 2002.

Viljoen DL, Carr LG, Faroud TM, Brooke L, Ramsay M and Li T-K. Alcohol dehydrogenase 2*2 is associated with decreased prevalence of fetal alcohol syndrome in the mixed-ancestry population of the Western Cape Province, South Africa. Alcohol Clin Exp Res 25: 1719-1722, 2001.

Компетентность в области ФАС V: скрининг, диагностика, оценка

Студент-медик/медицинский работник будет в состоянии провести скрининг, диагностику и обследование младенцев, детей, подростков и взрослых на ФАС и другие пренатальные нарушения, спровоцированные алкоголем

Учебные цели

VA: обучающийся будет в состоянии дать описание характерным чертам ФАС на протяжении всей жизни человека, включая лицевые особенности, пре-

и постнатальный дефицит роста, дисфункцию ЦНС и проявление воздействия алкоголя.

VB: обучающийся будет в состоянии дать объяснение стойким последствиям, спровоцированным воздействием алкоголя (потенциальные последствия действия алкоголя у индивидуумов и семей на протяжении жизни; осознание других факторов, которые могут оказать положительное либо отрицательное влияние).

VC: обучающийся будет в состоянии воспользоваться соответствующими критериями для направления пациента к специалисту (когда обращаться в специализированные клиники, где они расположены, а также соответствующие методические рекомендации для направления к специалистам).

VD: обучающийся будет в состоянии должным образом использовать диагностические инструменты (компоненты мультидисциплинарной, всесторонней оценки для диагностики ФАС; диагностический процесс включает: оценку дисморфизма, психосоциальную оценку и оценку степени воздействия алкоголя).

VE: обучающийся будет в состоянии провести функциональную оценку индивидуума для предоставления соответствующих медицинских услуг.

Учебные цели и связанные с ними задачи

Цель VA: обучающийся будет в состоянии дать описание характерным чертам ФАС на протяжении всей жизни человека, включая лицевые особенности, до- и послеродовую нехватку роста, дисфункцию ЦНС и действие алкоголя.

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • дать описание лицевых особенностей, присутствующие у ребенка с ФАС (К) • дать объяснение тому, как лицевые особенности человека с ФАС могут варьироваться в зависимости от возраста и этнической принадлежности (К) • дать описание отклонениям в росте, которые существуют у человека с ФАС, в зависимости от возраста, пола, срока беременности и этнической принадлежности (К) • дать описание диагностических критериев степени повреждения ЦНС, наблюдаемых у человека с ФАС, согласно трем категориям (структурному, неврологическому и функциональному) (К) • дать описание роли алкоголя, выступающего причиной возникновения ФАС (К) • дать описание тому, как характерные черты ФАС меняются на протяжении жизни (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • то же, что на Уровне 1 	<ul style="list-style-type: none"> • обучить других специалистов здравоохранения описывать характерные признаки ФАС (S) • провести исследовательскую работу с целью расширить свои знания в отношении диагностических критериев ФАС (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VB: обучающийся будет в состоянии дать объяснение отклонениям, сопровождающим пациента в течение жизни и непосредственно связанным с воздействием алкоголя (потенциальные пожизненные отклонения в физиологии отдельных индивидуумов и целых семей; понимание других факторов, приводящих к положительным или негативным последствиям).

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • дать описание вторичных проявлений основного заболевания и отклонений, сопровождающих пациента с ФАС в течение жизни и связанных с воздействием алкоголя (К) • дать объяснение вторичным проявлениям основного заболевания и отклонениям, сопровождающих человека в течение жизни и связанных с воздействием алкоголя, опекунам пациента и его семье (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • дать объяснение пожизненным отклонениям, связанным с воздействием алкоголя, пациентам с ФАС, опекунам и общественности (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • внести свой вклад в исследования, посвященные изучению пожизненных отклонений, связанных воздействием алкоголя (S) • преподнести другим специалистам здравоохранения информацию, касающуюся пожизненных отклонений в физиологии человека под воздействием алкоголя (S) • обучить других специалистов здравоохранения проводить вмешательства с целью ослабить вторичные проявления основного заболевания (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VC: обучающийся будет в состоянии использовать соответствующие критерии для направления пациента (когда обращаться в специализированные клиники, где они расположены и специальные методические рекомендации для направления к специалистам).

Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...
<ul style="list-style-type: none"> • определить наличие структурных проблем, которые служат поводом для обращения к конкретному специалисту с целью дифференциальной диагностики (К) • определить наличие аномалии роста, которая служит поводом для обращения к конкретному специалисту с целью дифференциальной диагностики (К) • определить наличие неврологических проблем, которые служат поводом для обращения к конкретному специалисту с целью дифференциальной диагностики (К) • определить наличие функциональных дефицитов, которые служат поводом для обращения к конкретному специалисту с целью дифференциальной диагностики (К) • дать наглядное объяснение связи факта потребления матерью алкоголя и возможного проявления ФАС (К) • провести скрининг на наличие ФАС, используя Методические рекомендации по скринингу CDC (S) • дополнить перечень критериев, позволяющих направить пациента к необходимому специалисту на вопрос возможного диагноза ФАС (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • то же, что на <i>Уровне 1</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • разъяснить другим специалистам здравоохранения процедуру направления к специалистам (S) • обучить других специалистов здравоохранения пользоваться Методическими рекомендациями по скринингу CDC (S) • определять пациентам меры помощи, обусловленные категориями оценки и/или вмешательства (К)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VD: обучающийся будет в состоянии соответствующим образом использовать диагностические инструменты (компоненты мультидисциплинарной, всесторонней оценки для диагностики ФАС; диагностический процесс включает: оценку дисморфологии, психосоциологическую оценку и оценку степени воздействия алкоголя).

Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>	Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ничего на этом уровне 	<ul style="list-style-type: none"> • оценивать пациента на возможный ФАС, используя диагностические критерии из Диагностических методических рекомендаций CDC (S) • провести дифференциальную диагностику (S) • дополнить диагностический перечень (S) • разработать план вмешательства для пациентов с ФАС (S) • определить пациентам с ФАС соответствующую медицинскую помощь дополнительное обследование согласно плану вмешательства (S) • определить пациентам без ФАС соответствующую медицинскую помощь и в случае необходимости направить на дальнейшее обследование (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • обучать других специалистов здравоохранения правильному использованию диагностических инструментов как часть всестороннего обследования (S) • обучить других специалистов здравоохранения использованию дифференциальной диагностики для определения наличия у пациента ФАС (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VE: обучающийся будет в состоянии провести функциональную оценку пациента для оказания соответствующих услуг.

Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...
<ul style="list-style-type: none"> • сделать вывод, что степень физического состояния индивидуума определит необходимые дополнительные медицинские меры (A) • на основании культурных запросов выяснить жизненный уровень индивидуума и определить, какие медицинские услуги общего плана будут наиболее соответствующими (K) • прибегнуть к необходимым вопросам и привлечь к участию родителей с целью выявить существенные аспекты жизнедеятельности индивидуума в приемлемой для него форме, определяя наиболее подходящие медицинские меры (S) • придерживаться того мнения, что родители обладают юридическим правом в отношении образовательных способов вмешательства, и уметь получить необходимые данные (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • обоснованно принять мысль, что мультидисциплинарное обследование укажет, какая медицинская помощь необходима пациенту (A) • определить запросы человека и сделать вывод о том, какие меры соответствуют данным запросам (K) • пользоваться специфическими инструментами скрининга либо выяснить напрямую у пациента, обслуживание какого уровня подходит ему в большей степени (S) • убедительно сообщать о запросах пациента его опекуну в форме, соответствующей уровню понимания опекуна (язык, образование и т.д) (S) • объяснить законы штата и федеральные законы и провести беседу с опекуном, в случае необходимости, относительно последующих и необходимых медицинских мер (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • принять, что мультидисциплинарное обследование необходимо для осуществления качественной опеки, и полагать, что рассмотрение результатов повлечет за собой направление к специалистам конкретных областей (A) • определить местные ресурсы и ресурсы штата для направления пациента к специалистам, включая предусмотренные меры, такие как двуязычное обслуживание, а также препятствия при осуществлении данных мер (K) • рассмотреть со специалистами форму оценки информации, данной пациентом, с целью выяснить, были ли запланированы меры дополнительного лечения (S) • дать объяснение самым последним данным и изменениям в законах штата и федеральных законах, которые могут касаться стандартных мер оказания медицинских услуг (S)

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VF: обучающийся будет в состоянии довести до конца процедуру определения пациента к соответствующему специалисту.

Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...	Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...
<ul style="list-style-type: none"> • сознано пользоваться данными карты пациента для необходимой дополнительной информации (А) • сообщать родителям необходимую информацию о их ребенке (А) • определить, какая часть курса лечения завершена, а какая требует продолжения (К) • распознать момент, когда пациента срочно необходимо направить к специалисту (К) • в ненавязчивой форме получить от родителей информацию, позволяющую выяснить, был ли курс лечения успешным (S) • отмечать для себя важным всё, представляющее важность для пациента, родителей и клинициста (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • считать, что данные карты пациента будут достаточными для проведения соответствующих медицинских мер (К) • полагать, что положительные изменения возможны только при соответствующем вмешательстве (К) • полагают, что опекун может предоставить существенную информацию для определения успешности оказанных мер (К) • определить, какой курс необходим и с какой частотой он должен проводиться • объяснить, каким образом проводить срочный курс лечения пациента (К) • признать, что превентивные стратегии поддерживают нормальное состояние здоровья индивидуума и семьи (К) • в ненавязчивой форме ставить соответствующие вопросы с целью выяснить необходимый курс лечения и последующие медицинские меры (К) • рассмотреть необходимость дальнейшего обследования пациента, в том числе, и на сопутствующие заболевания (К) 	<ul style="list-style-type: none"> • определить препятствия к успешному проведению курса, включая культурные, социально-экономические, семейные и организационные проблемы (А) • понять, что успешный курс требует прямой связи между врачом, определяющим необходимые меры, и специалистами, проводящими эти меры (А) • выявить специфические различия, к примеру, культурного плана, которые могут препятствовать оказанию соответствующих мер (К) • определить препятствия в оказании соответствующих стандартизированных мер (К) • определить необходимые дальнейшие меры, исходя из индивидуальных потребностей состояния пациента(К) • в соответствии с необходимостью определить дальнейшие меры для каждого пациента индивидуально, включая элементы культурного окружения (S) • поддерживать современный уровень знаний и информированности в отношении лучших методов работы с заболеваниями и изменений в программах по осуществлению мер региона/штата/федерального округа (S) • осуществлять и контролировать превентивные программы (S) • проводить исследовательские программы, контролирующие эффективность методов лечения (S)

А=задача, базирующаяся на личном мнении; К= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Содержательная схема уровня компетентности V

I. Структура диагностики ФАС и медицинских мер

- A. Первая встреча
- B. Направление к специалистам
- C. Диагностика

II. Заключение для проведения диагностического обследования на ФАС

III. Диагностические критерии ФАС

- A. Лицевая дисморфия
- B. Проблема роста
- C. Отклонения в развитии центральной нервной системы
 - 1. Структурное
 - a. окружность головы
 - b. клиническая оценка уровня развития мозга
 - 2. Неврологическое
 - 3. Функциональные характеристики
 - a. Общие отклонения в познавательной или интеллектуальной сферах
 - b. Функциональные отклонения
 - 1) познавательной сферы или связанной с развитием
 - 2) организационной сферы
 - 3) задержки моторной активности
 - 4) другие, к примеру, сенсорные отклонения
- D. Последствия приема алкоголя матерью
 - 1. Подтверждение факта пренатального воздействия алкоголя
 - 2. Недостоверность факта пренатального воздействия алкоголя
- E. Критерии для диагностики ФАС
 - 1. Данные по всем трем лицевым аномалиям
 - 2. Данные о недостаточности роста

3. Данные об аномалии ЦНС

III. Психологическая оценка ФАС и сопутствующих нарушений

A. Характеристики фетального алкогольного синдрома и сопутствующих нарушений

B. Краткий обзор процесса обследования

1. Мультидисциплинарный объединенный метод

2. Контекстный метод

3. Эволюционно сензитивный метод

4. Цели оценки

C. Элементы оценки

1. Всесторонняя история данного случая

a. Обзор записей

b. Клиническое интервью с родителями/опекунами или другими специалистами

c. Клиническое интервью с алкоголезависимым пациентом

2. Поведенческие наблюдения

3. Стандартизированный психологический тест или тест на развитие

D. Обратная связь

1. Цели обратной связи

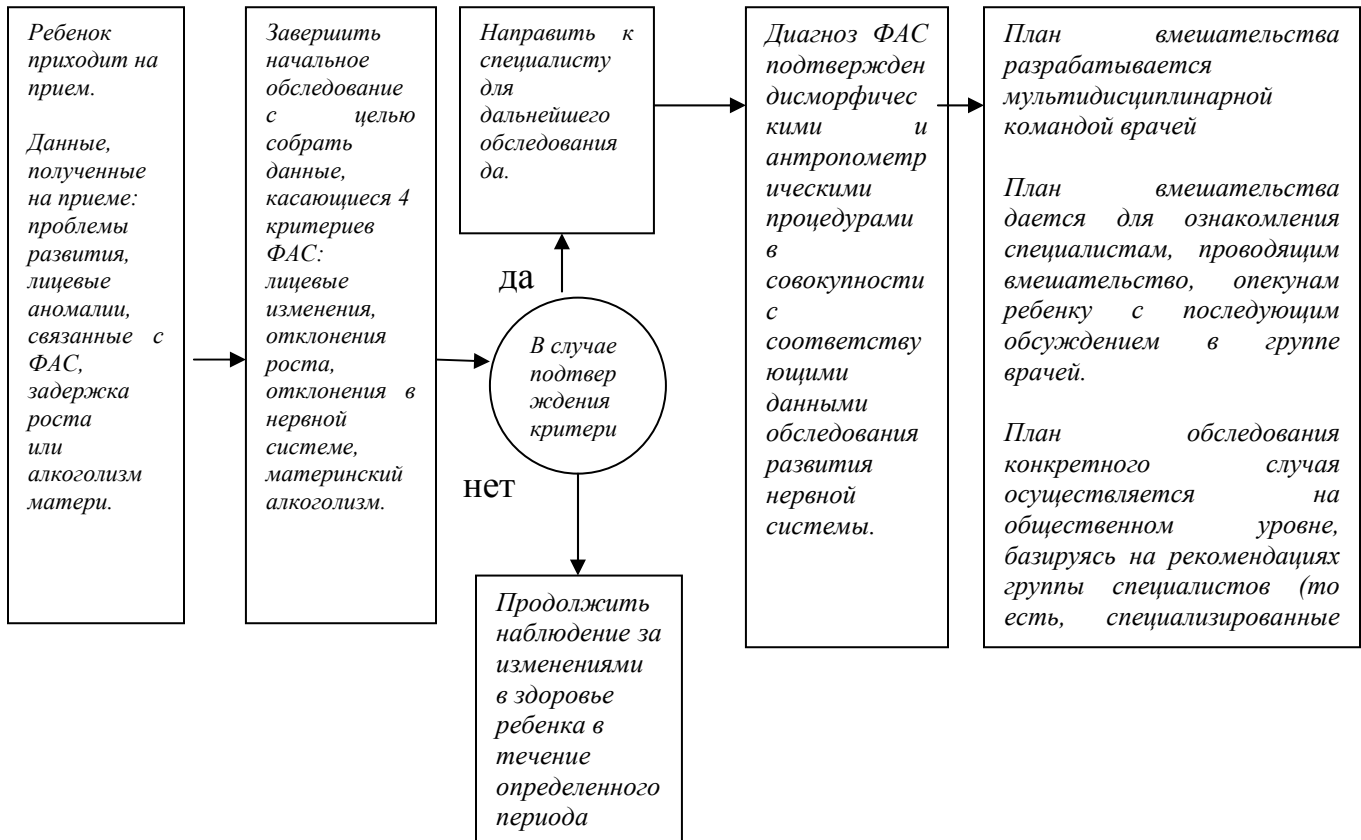
2. Структура и формат обратной связи

3. Групповое обсуждение специалистов

Содержательные ресурсы компетентности V

Контакт с врачом, инициированный заинтересованным лицом

Рис.1



I. Диагностическая структура ФАС и мер

Структура на Рис.1 была разработана в помощь обсуждения научной рабочей группе по изучению ФАС (SWG), когда совместно рассматривались методические рекомендации по направлению к специалистам и диагностики ФАС. Структура была разработана для создания краткого обзора полной идентификации, направления к специалистам, диагностики и процесса лечения. Данный обзор определил место SWG среди определяющих ориентиров, использование которых необходимо при разработке специфических методических рекомендаций. Структура отражает рекомендации CDC по осуществлению скрининга, направленного на улучшение мер по поддержанию здоровья детей и его укрепления. Далее следует рассмотрение главных показателей структуры.

A. Начальный этап определения

Различными способами может произойти первичное обнаружение потенциальной проблемы со здоровьем у ребенка или взрослого. Часто родители замечают различия между ребенком и его братьями и сестрами. Школьные системы, включая «Хед старт⁶» и персонал дневной медицинской помощи общаются с большим количеством детей и нередко замечают, что у конкретного ребенка появляются трудности. Специалисты социальных служб, такие как персонал WIC клиники, работники патронажа и агентств по размещению детей в семьях часто выявляют детей и взрослых с определенными проблемами и нуждающихся в обследовании. И, наконец, специалисты здравоохранения (особенно педиатры), как правило, первыми проводят скрининг и обнаруживают источник проблемы; либо акушеры, которые, узнав о случаях материнской токсикомании, могут определить новорожденного к соответствующему специалисту. Обнаружение отклонений, связанных с ФАС,

⁶ «Хед старт» (Head Start) - программа по раннему развитию детей из малоимущих семей

является именно следствием того, что в офис доктора приводят «здоровых детей» с целью их определить. Предполагается, что во время визита к врачу будут обнаружены отклонения, такие как лицевые аномалии, задержка роста, материнский алкоголизм. Определение потенциальной проблемы должно помочь специалисту независимо от его конкретной специализации убедить пациента или его семью в необходимости предпринять следующие шаги.

В. Направление к специалистам

Процесс направления к специалистам инициируется в тот момент, когда у врача появляются подозрения, что у ребенка есть нарушения, связанные с алкоголем. Данный процесс упрощается, если специалист имеет точное представление о тех органах и тех областях нервной системы, которые поражены у пациентов с ФАС, а так же знание характеристик, которые могут послужить поводом для направления к другим специалистам. Примеры таких ситуаций приводятся дальше, в разделе «Направление к специалистам данных методических рекомендаций». При разработке направления для полноценной диагностики ФАС специалисту полезно собрать и документировать необходимые данные, соответствующие критериям ФАС. Эти данные способствуют ему в решении, диагностировать ли ребенка самому либо направить его к мультидисциплинарной группе врачей для получения положительного диагноза. Кроме того, подобная информация может передаваться мультидисциплинарной группе для руководства диагностическим процессом. Наиболее продуктивным было бы полное обследование систем, учитывая особенности, соответствующие ФАС.

С. Диагностика

На этой стадии ребенок должен быть показан мультидисциплинарной команде, которая проводит более тщательное обследование ребенка, используя диагностические процедуры по ФАС с целью установить степень дисморфии и

параметров роста, а так же получения необходимой информации, касающейся развития нервной системы. Как только диагноз поставлен, должен быть разработан план вмешательства, проводимый мультидисциплинарной командой. Осуществлению обследования способствует широко представленный спектр специальностей, включающий дисморфологов, неонатологов, психиатров, психологов, работников патронажа и специалистов образования. Другие врачи, такие как педиатры и семейные врачи, также могли бы ставить диагноз ФАС при соответствующем обучении с использованием данных методических рекомендаций. Во многих сельских и мало населенных районах врачи должны диагностировать многие виды врожденных дефектов и отклонений развития. Большое число подобных мер может осуществляться в общественных учреждениях, скажем, школьные могли бы проводить нейрокогнитивные оценки.

Вышеупомянутые разделы А-С входят также в главу *«Фетальный алкогольный синдром: методические рекомендации по направлению к специалистам и диагностике»* (с. 7-8).

II. Заключение для направления на диагностическое обследование по ФАС

Очень часто специалисты начального уровня (медицинского, образовательного или социального) сталкиваются с принятием решения о том, направлять ли ребенка, взрослого или семью к специалистам для всестороннего диагностического обследования на ФАС. SWG признает, что это может быть трудным решением. Какая-либо констатация факта пренатального воздействия алкоголя для семьи может означать социальное клеймо. В отношении иных семей прямые данные о потреблении алкоголя в период беременности могут быть не доступными или только предполагаемыми. Таким образом, нижеследующие методические рекомендации были разработаны с целью обеспечить помощь в принятии решения о направлении к специалистам, хотя

очевидно, что каждый случай должен оцениваться индивидуально. Более того, данные методические рекомендации создавались с учетом того, что в случае сомнения предпочтительнее направлять пациента на всестороннее обследование, проводимое мультидисциплинарной группой, имеющей опыт в подобной работе, касающейся пренатального воздействия алкоголя.

- Ситуация, когда пренатальное потребление алкоголя установлено: ребенок или взрослый должны пройти всестороннее обследование по ФАС в случае значительного пренатального потребления спиртного (то есть, 7 и более доз в неделю или 3 и более доз при различных обстоятельствах, иногда и то и другое). В случае если установлена высокая степень риска пренатального потребления алкоголя и при этом иные положительные критерии скрининга отсутствуют, специалисту первичного здравоохранения следует задокументировать данный факт и внимательно контролировать дальнейшие рост и развитие ребенка.

- Ситуация, когда пренатальное потребление алкоголя не установлено: ребенок или взрослый должны пройти всестороннее обследование по ФАС, в случае, если:

- имеется любое проявление беспокойности родителей или опекуна (воспитывающего или приемного родителя) в отношении возможного ФАС у ребенка;

- присутствуют все три лицевых признака (сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа и короткие глазные щели);

- в дополнение к недостаточности роста или веса, или того и другого, имеются один или более лицевых признаков ФАС;

- имеются один или более лицевых признаков наряду с одной или более аномалией ЦНС;

- имеются один или более лицевых признаков наряду с недостаточностью роста и одной или более аномалией ЦНС.

Основная цель данных методических рекомендаций состоит в том, чтобы обеспечить стандартные диагностические критерии для ФАС с целью добиться последовательности в диагностике для клиницистов, ученых и служб, предоставляющих медицинскую помощь. Методические рекомендации базируются на современных научных исследованиях, клинической экспертизе и информации, получаемой от семей касательно физических и нейропсихологических особенностей ФАС. SWG стремилась согласовать данные методические рекомендации с другими диагностическими системами, используемыми в настоящее время в разных странах (например, в Канаде). SWG стремилась добиться баланса между консервативными и чрезмерно содержательными диагностическими системами. Особо подчеркивалось отличие от других генетических, тератологических и поведенческих нарушений в диагностике.

В дополнение к диагностическим методическим рекомендациям пересматривается также свод рекомендаций по медицинским, образовательным, социальным и семейным мерам помощи для пациентов с ФАС и их семьям. Включены меры, применимые ко всем пациентам с ФАС и их семьям, в том числе, специализированные по возрастам. Их цель - повышение осведомленности родителей и специалистов в области ФАС, знаний характерных проявлений расстройств, отличие ФАС и других отклонений и обучение необходимым методам воспитания или обучения пациентов с ФАС. Предотвращение ФАС и родственных заболеваний вопрос невероятно важный для здравоохранения. Большое число исследований в последние годы позволило ученым и медикам разработать эффективные программы, предотвращающие ФАС и ориентированные на определенные группы населения, с целью

сокращения риска возникновения беременностей, сопровождавшихся воздействием алкоголя. Здесь обсуждаются эти исследования, и предоставляются рекомендации по определению женщин группы риска возникновения беременностей, сопровождающихся воздействием алкоголя и требующих мер вмешательства.

Наконец, данные методические рекомендации не ставят последней точки в обсуждении диагностического подхода к ФАС. Существует большая потребность в получении научной информации, содействующей успешной диагностике сопутствующих расстройств, к примеру, такого как нарушение нейроразвития под воздействием алкоголя (ARND). Эти рекомендации заканчиваются требованием дальнейших исследований вопроса и постоянного совершенствования диагностических критериев ФАС и подобных отклонений с целью оказания помощи отдельным пациентам и их семьям в организации здорового образа жизни и реализации своего человеческого потенциала, которые позволят им добиться здоровой жизни и достичь своего полного потенциала.

А. Лицевая дисморфия

В соответствие с расовыми нормами индивидуум демонстрирует все три характерных лицевых признака:

- Сглаженный губной желобок ((University of Washington Lip-Philtrum Guide rank 4 or 5)
- Тонкий вермильон ((University of Washington Lip-Philtrum Guide rank 4 or 5)
- Маленькие глазные щели (в или ниже 10-ой процентиля)

В. Проблемы роста

Измеренные пренатальные или постнатальные высота или вес, или и то и другое, регистрируемые в любой момент, в 10-ой процентилях или ниже (в соответствии с возрастом, полом, сроком беременности, расе или этнической принадлежности).

С. Аномалии центральной нервной системы

1. Структурная

а. Окружность головы (ОГ) в соответствии с полом и возрастом в 10-ой процентилях или ниже.

б. Клинически значимые аномалии мозга, наблюдаемые посредством диагностической визуализации (рентгенография, томография и т. д.)

2. Неврологическая

Неврологические проблемы, не являющиеся следствием послеродовой травмы или высокой температуры, или другие неврологические симптомы нетяжелых форм отклонений

3. Функциональная

Формы поведения, соответствующие более раннему возрасту в отличие от возраста самого индивидуума, школьного уровня обучения или его окружения, что обуславливается:

а. глобальными отклонениями в познавательной или интеллектуальной сферах, представляющих разные формы недостаточности развития (или существенной задержкой развития у маленьких детей) с поведением ниже 3-ей процентиля (2 обычные формы отклонения ниже среднего уровня в сравнении с данными стандарта теста)

или

б. функциональными расстройствами ниже 16-ой процентиля (1 проявление соответствующей формы отклонения ниже среднего уровня в

сравнении с данными стандарта теста), в крайнем случае, в трех из следующих областей:

- 1) отклонения или несоответствия в познавательной сфере или процессе развития
- 2) недостаточность самоорганизующей деятельности
- 3) задержка развития моторной деятельности
- 4) проблемное внимание или гиперактивность
- 5) социальные навыки
- 6) другие, такие как сенсорные проблемы, проблемы организованной речи, слабые показатели памяти и т.д.

Д. Потребление алкоголя матерью

1. Факт пренатального потребления алкоголя установлен
2. Факт пренатального потребления алкоголя не установлен

Е. Критерии для диагностики ФАС

Требуют наличия трех перечисленных ниже форм подтверждения отклонений:

1. Документация всех трех лицевых аномалий (сглаженный губной желобок, тонкий вермильон и маленькие глазные щели);
2. Документация недостаточности роста
3. Документация аномалии ЦНС.

Содержание, связанное с данным уровнем компетентности, дается в этом разделе и в материале *«ФАС: методические рекомендации для направления к специалистам и на диагностику»*. С этим материалом можно ознакомиться на вебсайте <http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/>

Ссылка для материала:

Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, Riley EP, Johnson KA, Cohen DE, National Task Force on FAS/FAE. Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

III. Психологическая оценка ФАС и подобных ему расстройств *By Blair Paley, Amy Schonfeld, Mary O'Connor*

А. Проявления фетального алкогольного синдрома и подобных ему расстройств, вызванных потреблением алкоголя матерью в период беременности и характеризующихся четким набором определенных лицевых признаков, задержкой роста, недостаточной развитостью центральной нервной системы и проблемами нейроразвития, становятся предположительно наиболее существенной причиной отклонений известной этиологии в процессе развития (ИОМ⁷, 1996). Число младенцев с признаками ФАС, рожденных в Соединенных Штатах, колеблется от 0,5 до 3 на 1 000 успешных родов (ИОМ, 1996; May and Gossage, 2001); число младенцев с нарушениями нейроразвития (ARND) еще больше, превышая таковое с ФАС приблизительно в три раза (ИОМ, 1996). Совокупная норма эмбриональных расстройств алкогольного спектра (ФАСН), таким образом, достигает, по крайней мере, 10/1000 или 1% от числа всех успешных родов. Затраты, связанные только с ФАС, в Соединенных Штатах оцениваются от 2,8\$ до 9,7\$ миллиардов в год (ИОМ, 1996, NIAAA 2000).

Лицевые характеристики, наиболее часто описываемые у пациентов с ФАС, определяются короткими глазными щелями и аномалиями в области верхней челюсти, включая тонкую верхнюю губу и сглаженный губной желобок (Astley и Clarren, 2001; Stratton и другие, 1996). Задержка роста коренится в пренатальном периоде развития и сохраняется на всю жизнь, каким бы

⁷ ИОМ (the Institute of Medicine) – Институт медицины национальной академии наук

достаточным ни было питание. Однако наиболее значительные последствия пренатального воздействия алкоголя – аномалии ЦНС, затрагивающие нейрокогнитивную активность (Korkman и другие, 1998а; Mattson и другие, 1998; NIAAA, 2000). Хотя для ФАСН еще не установлены определенные нейрокогнитивный критерии, исследования показали, что индивидуумы, испытавшие пренатальное воздействие алкоголя, обладают структурными изменениями в мозгу (Roebuck и другие, 1999), что проявляется в форме некоторых порожденных ими нейрокогнитивных отклонениях. Оказалось, что проблемы вербального познания и памяти, недостаточность внимания, проблемы в организации собственной активности, характеризующиеся трудностями в планировании, организации и упорядочении поведения, и проблемами с абстрактным мышлением и практической реализацией наблюдаются у индивидуумов с пренатальным воздействием алкоголя (Adnams и другие, 2001; Connor и другие, 1999; Kodituwakku и другие, 1995; Mattson и другие, 1996; Mattson и Riley, 1998; Mattson и другие, 1998; Mattson и др., 1999; Nanson и Hiscock, 1990; Streissguth и другие, 1986; Streissguth и другие, 1996). Сообщалось о формах неполноценности, сопровождающие основные отклонения, в областях комплексного невербального решения задач (Mattson и другие, 1999), гибкого мышления (Carmichael Olson и др., 1998; Kodituwakku и др., 1995; Mattson и др., 1999; Schonfeld и др., 2001) и поведенческого торможения (Kodituwakku и др., 1995; Korkman и др., 1998; Mattson и др., 1999). Важно, что данные отклонения обнаруживаются как у индивидуумов с ФАС, так и с ARND (Mattson и др., 1997; Mattson и др., 1998) и, по всей видимости, сопровождают человека всю жизнь (Carmichael Olson и др., 1998; Streissguth и O'Malley, 2000; Streissguth и др., 1991). В добавок к отклонениям в познавательной сфере пренатальное действие алкоголя затрагивает также сферу адаптивных способностей. Было доказано, что проявления ежедневной

активности (например, способность строить эффективное общение с другими, забота о собственной гигиене или выполнение рутинной работы) показывают недостаточную степень адаптивного поведения. Поэтому к познавательной оценке рекомендуется рассмотрение поведения индивидуума и его ежедневной деятельности вне характерных для него ситуаций.

Вторичные отклонения также идентифицируются, проявляясь высоким уровнем психиатрических заболеваний, неуспеваемостью в школе, проблемами социального характера, преступными действиями и неприятностями с законом (Famy и др., 1998; O'Connor и др., 2002a, 2002b; Roebuck и др., 1998; Streissguth и др., 1996; Streissguth и Kanter, 1999; Thomas и др., 1998; Whaley и др., 2001). Считается, что тесты на интеллектуальный уровень развития не фиксируют точно весь объем когнитивной недостаточности, которая может быть спровоцирована внутриутробным действием алкоголя. По этой причине для получения необходимой информации с целью планирования вмешательства требуется всесторонняя оценка сильных и слабых сторон индивидуума. При оценке индивидуумов, подвергшихся пренатальному воздействию алкоголя, мы рекомендуем в дополнение к всестороннему обследованию когнитивной деятельности академического характера включение нейропсихологической оценки (с обязательным рассмотрением степени организационной активности), адаптивной деятельности и поведения.

В. Краткий обзор процесса обследования

1. Мультидисциплинарный объединенный метод

Мультидисциплинарный объединенный метод оптимален при проведении оценки индивидуума с последствиями пренатального воздействия алкоголя (Carmichael Olson и Clarren, 1996). Такой метод вероятнее приведет к более точным диагностическим выводам и наиболее соответствующему плану лечения. Имея преимущество квалификационный уровень и

профессиональные навыки каждого из представителей команды, мультидисциплинарная группа может обеспечить интегральную, детальную оценку первичных областей развития индивидуума, пораженных алкоголем, а так же выявить свои сильные стороны и возможности и рекомендовать вмешательства, нацеленные на специфические нужды индивидуума и семьи. Подобная группа могла бы включать врачей, психологов, специалистов-практиков по речи и языку, эрготерапевтов, работников патронажа, медсестер, адвокатов, а так же специалистов других направлений.

2. Контекстный метод

При оценке индивидуума с пренатальным воздействием алкоголя важно учитывать окружение, в котором индивидуум воспитывается или живет. Такие контекстные формы включают исследование взаимодействия индивидуума в рамках своей семьи, сообщества и культуры. Важно принимать в расчет взаимоотношения пациента с другими индивидуумами, а именно, родителями, супругом(ой)/партнером, детьми, преподавателями, друзьями, сотрудниками, а также медиками, специалистами по психиатрии и т.д. Взаимодействия между индивидуумом и его/ее семьей и другими значащими людьми в его/ее жизни должны рассматриваться как обоюдные и взаимовлияющие, то есть, индивидуум как воздействует на свою окружающую среду, так и сам подвергается ее воздействию. Например, семья, живущая с человеком, подверженным алкоголизму, часто испытывает стрессовое состояние, а последствия образа жизни алкоголика часто приписываются «плохому воспитанию» или тому, что сам индивидуум «плохой» (Carmichael Olson и Clargen, 1996). Соответственно, родители или другие члены семьи, испытывающие сильный стресс, могут поступать так, что еще более усложняют проблемы пьющего родственника. Такой ракурс важен как при сборе информации о

пациенте и его окружении, так и при разработке плана лечения. То есть, вмешательства, нацеленные на проблему конкретного индивидуума, вероятно, будут затрагивать его/ее окружение (к примеру, улучшения показателей поведения индивидуума, вероятно, приведет к ослаблению стресса у родителей), а вмешательства, нацеленные на окружающую его социальную среду, по всей видимости, затронут и пациента (к примеру, родители, обладающие необходимой информацией в отношении своего ребенка, могут с большей эффективностью и доверием со стороны самого ребенка решать проблемы, связанные с его поведением).

Структура семьи часто формирует образ семьи и ребенка (Carmichael Olson и Clarren, 1996). Carmichael Olson и Clarren (1996) обратили внимание на то, что семьи, усыновившие или удочерившие ребенка, чаще обращаются за помощью специалистов, поскольку не ощущают социального клейма, причиной которого является рождение ребенка с нейрокогнитивными и поведенческими отклонениями, спровоцированными пренатальным воздействием алкоголя. Далее Carmichael Olson и Clarren (1996) комментируют, что «реакция родителей, усыновляющих ребенка, будет зависеть от того, известно ли им было о возможном пренатальном воздействии алкоголя на него... Для биологических родителей доминирующим чувством... могут быть ощущения стыда и тоски». В заключение Carmichael Olson и Clarren (1996) резюмируют, что жизнь семьи, в том числе, зависит от степени положительных результатов лечения родителя или силы его пагубного пристрастия. Действительно, данные авторы полагают, что «биологическим родителям будет в большей степени свойственно переживание неприятных эмоций в связи с диагнозом ребенка, и они могут понести клеймо, заслужив его пристрастием к алкоголю, явившимся причиной

возникновения проблем у их ребенка». Отец может предъявлять обвинения матери, что приводит к напряженным отношениям в браке.

В дополнение к изучению семейных факторов оценка индивидуума, подвергшегося пренатальному воздействию алкоголя, должна затрагивать общество людей, окружающих его, и сам социокультурный фон. Такие факторы могут влиять на точку зрения индивидуума и семьи на оценку отклонений вообще и ФАС/ARND в частности и на форму их взаимодействия с медиками и психиатрами, как и на форму взаимодействия профессионалов с ними. Социокультурные факторы следует, конечно, учитывать при выборе инструментария оценки и при интерпретации ее результатов. Круг общения или культурная среда индивидуума могут обладать важными ресурсами, способствующими процессу планирования лечения (например, сочувствующая группа родителей/опекунов, религиозные или духовные учреждения и т.д.) и выступающие поддержкой пациенту и его семье.

3. Развивающий сенсорный метод

Возраст и уровень развития пациента также влияют на процесс оценки. Результаты развития следует принимать во внимание (1), изучая причину того, с какой целью индивидуум пришел или был приведен для оценки; (2) исследуя уровень понимания и ожиданий семьи относительно возможностей и деятельности пациента; и (3) при разработке плана лечения и обеспечении обратной связи и рекомендаций семье.

Carmichael Olson и Clarren (1996) отмечают, что «родители дошкольников, подвергшихся воздействию алкоголя, обычно проявляют больше энергии и надежды», поскольку наиболее серьезные отклонения в развитии и поведении возникают позже. Они часто обращаются за диагностикой и с предложением необходимого раннего вмешательства. Родители детей латентного возраста

могут быть заняты учебными проблемами и проблемами социальной коррективы. Carmichael Olson и Clarren (1996) наблюдали, что родители подростков начинают проявлять озабоченность фактом преследования, рискованными поступками и преступными действиями. Авторы далее отмечают, что «родители взрослых детей часто задумываются над тем, что их пребывание рядом со своим ребенком не вечно, и выказывают опасения в отношении реализации вторичных признаков отклонений», таких как столкновения с законом и длительные психические расстройства.

Родители и опекуны могут заблуждаться в отношении ребенка, не понимая, что он действует не в соответствии с собственным биологическим возрастом, а в зависимости от уровня своего развития. Следовательно, важно дать оценку ожиданиям родителей или опекунов, относящихся к жизнедеятельности пациента, и уровню их понимания способностей индивидуума в пределах его/ее уровня развития.

Обратная связь, которая дается семье, включая диагностику и план лечения, также должна принимать во внимание возраст и уровень развития индивидуума. Семьи маленьких детей могут с большим трудом принять диагноз, особенно если ребенок еще не проявляет существенных поведенческих проблем или проблем с учебой. Такие семьи могут также оказывать давление на специалистов, желая получить четкую картину прогноза (например, «Он/она поступит в институт?»), который группа врачей не всегда в состоянии дать. Семьи старших детей или взрослых могут испытывать чувство облегчения, когда, в конечном счете, получают хоть какое-то объяснение проблем своего ребенка, но одновременно могут переживать глубокое чувство растерянности, озлобления и вины в связи с диагнозом. Что касается плана лечения, необходимым является то, что возраст и уровень развития ребенка принимаются

во внимание при прогнозировании потенциальных вмешательств для семьи. Такие вмешательства должны быть нацелены на решение соответствующих развитию задач: то есть, подобные цели устанавливаются на достаточно высокую планку с тем, чтобы и у пациента, и у семьи был стимул за что-то бороться, однако не настолько высокую, чтобы обречь их на неудачи. Если направления даны к определенным клиницистам или рекомендуются определенные лечебные программы, команда медиков должна демонстрировать опыт соответствующей работы с индивидуумами в том же возрастном диапазоне и на том же уровне развития (то есть, если появляется необходимость оценки лечения 6-летнего пациента, семья должна получить направление к квалифицированному коллективу либо к психиатру, одному из членов медколлектива, специализирующемуся в области ФАС среди детей, а не психиатру, который главным образом работает со взрослыми).

4. Цели оценки

Цели мультидисциплинарной, культурно сенситивной, всесторонней оценки индивидуума с пренатальным воздействием алкоголя - (1) определить то, что семья (и, возможно, сам пациент) хочет узнать, исходя из оценки, о своем родственнике и перспективе развития отклонений у него в общем и о ФАС/ARND в особенности; (2) оценить сегодняшний уровень деятельности индивидуума, принимая во внимание и отклонения в развитии, и проявления его сильных сторон; (3) оценить взаимодействия и отношения между индивидуумом и его семьей и другими значимыми людьми в его жизни; (4) развить понимание того, как социокультурные факторы могут влиять на развитие индивидуума и деятельность семьи; (5) определить, какие меры и ресурсы уже доступны пациенту и его семье; (6) обеспечивать специфические, конкретные и жизнеобеспечивающие рекомендации по лечению и

вмешательству, которые оптимизирует деятельность и пациента, и значимых людей в его/ее окружении.

Преследуя поставленные цели, группа должна стремиться развивать общее и обоюдно вежливое взаимодействие с семьей (и пациентом). С целью добиться осознанного понимания проблем индивидуума и его окружения должны быть налажены взаимоотношения с его семьей, способствующие разработке плана помощи пациента. С тем чтобы родственники пациента ощутили положительные результаты клинических усилий, в процессе работы должна быть создана атмосфера сотрудничества и доверия. Группе необходимо демонстрировать душевное участие и уважительное отношение к пожеланиям и нуждам семьи. Специалистам следует сохранять внимательность, избегая осуждения, но, скорее, выступая в роли партнера в оказании помощи семье.

С. Элементы оценки

1. Всесторонняя история случая

Процесс получения данных при рассмотрении конкретного случая обычно включает в себя (1) полный обзор отчетов о рождении и медицинских отчетов и любых записей, документирующих предыдущие оценки или вмешательства (в случае, если они доступны); (2) клиническое интервью с родителями, опекунами и/или другими значимыми людьми в жизни пациента; (3) клиническое интервью с индивидуумом, если оно приемлемо при данном уровне его развития.

а. Обзор отчетов

Должен быть сделан исчерпывающий обзор доступных отчетов о рождении, медицинских отчетов и отчетов о предыдущих оценках или вмешательствах. В идеале такая документация должна быть получена и рассмотрена до того, как семья пройдет процедуру оценки. Важно попытаться

получить всю возможную историческую документацию, поскольку родители/опекуны могут и не помнить каких-то деталей либо не способны точно их изложить. В случае интернационального усыновления или удочерения документы по возможности должны быть получены на языке оригинала, а затем переведены переводчиком, входящим в состав команды. Иногда случается, что английские переводы, первоначально предоставленные приемной семье агентством по усыновлению, пропускают важную, но «деликатную» информацию (то есть, касающуюся факта потребления матерью алкоголя в период беременности). Кроме того, команда должна пытаться заполучить отчеты по предыдущим оценкам и лечению, а не полагаться исключительно на устные сообщения этой информации родителями/опекунами. Родители или опекуны могут не быть способны точно пересказать или понимать, какой диагноз был поставлен, какой тип тестирования проходил индивидуум (и результаты данных тестов) и какие меры помощи были ему оказаны. Такая информация существенна благодаря данным, необходимым текущему плану оценки (а именно, нужно ли или обязательно следует повторно проводить тестирование с целью сравнения новых результатов с предыдущими), и способствует формированию плана лечения (а именно, выяснение, какие предшествующие вмешательства имели место и были ли они успешны; выяснение соответствующих рекомендаций, данных семье, и степень следования им; установление факта адекватного уровня услуг).

b. Клиническое интервью с родителями/опекунами или другими специалистами

Источник информации. Существует важная проблема, с которой приходится считаться при проведении клинического интервью с родителями/опекунами или другими специалистами (например, работником патронажа индивидуума) – какова степень надежности и точности информации,

предоставляемой соответствующими лицами о пациенте. Часто у команды бывает небольшой выбор интервьюируемых, но качество предоставляемой информации всегда должно подвергаться оценке. Возникновение многих проблем восходит к качеству такой информации.

Сначала важно оценить степень точности предоставляемой родителями или опекунами, или другими специалистами информации, основанную на их личных знаниях или приобретенную из сомнительной надежности источника. В клинической практике не редко принимается на веру информация лишь на том основании, что достаточно много раз повторяется без какого-либо удостоверения в ее точности. К примеру, некие неточные данные заносятся в карту пациента (скажем, медицинская диаграмма, результаты психологической оценке) и становятся «фактом», поскольку повторяются в последующих документах и в дальнейшем никогда не подвергаются сомнению.

Кроме того, не является столь уж необычным сопровождение пациента для оценки человеком, у которого, возможно, недолгий опыт или непродолжительный контакт с пациентом (то есть, работником патронажа, только что усыновившим/удочерившим родителем). Хотя такому человеку, бывает, удается представить картину жизнедеятельности пациента на данный момент, он не всегда в состоянии сообщить необходимые данные, касающиеся процесса пре- и постнатального развития индивидуума, предыдущих оценок и вмешательств, а также истории его семьи. Соответственно, необходимо по возможности получать информацию из различных источников. К примеру, при оценке принятого на воспитание ребенка работнику патронажа следует попытаться войти в контакт (если получится) с биологическими родителями или старшими биологическими родными братьями и сестрами для получения дополнительной информации, относящейся ко всей жизни пациента.

Наконец, когда пациента приводят на обследование, важно помнить о потенциально генетическом характере ФАС. Таким образом, при интервьюировании членов семьи следует оценивать не только пре- и постнатальное потребление алкоголя биологической матерью и отцом, но также и возможность того факта, что они сами (и даже другие члены семьи) пострадали от пренатального воздействия алкоголя. Такая информация непосредственно причастна к процессу оценки (важно, насколько родственники способны понять вопросы и предоставить точные данные) и имеет значение долгосрочного фактора как для процесса вмешательства (в случае, способна ли семья получать необходимые меры и выполнять лечебные рекомендации), так и для предотвращения рождения в дальнейшем детей, подвергшихся пренатальному воздействию алкоголя.

Выявление проблемы и причина для проведения оценки. Хотя первоначальная информация о наличествующей проблеме и о причине обращения семьи к специалистам с целью проведения оценки, как правило, становится уже доступной в процессе скрининга, следует выявить все детали, относящиеся к случаю, во время клинического интервью. Выявление такой информации во время интервью не только предоставит всестороннюю картину того, с какими трудностями и проблемами сталкивается пациент и его семья, но также дает членам семье возможность «рассказать свою историю». Часто родители либо опекуны испытывают стресс постоянной сосредоточенности на проблемах своего родственника, подверженного фетальному алкогольному синдрому или подобным заболеваниям, и могут чувствовать себя виновными в проблемах своего родственника (возможно, открыто подвергаясь обвинениям со стороны других), ощущая чрезвычайно изолированными, особенно в том

случае, если еще не предприняты попытки обратиться к службе поддержки. Предоставление семье шанса открыто выразить свою обеспокоенность готовит почву для формирования группой специалистов эмоционального союза с семьей. Также важно определить, что семья надеется получить в результате оценки. Некоторые семьи могут иметь весьма смутное представление о процедуре оценки, даже не всегда понимая, почему их отправили на диагностику (обосновывая свою инициативу: «Наш педиатр велел нам придти»). У других могут существовать довольно специфические затруднения и нужды, и важно по возможности удостовериться, что именно данные проблемы подвергаются оценке. Информация, выявляемая во время этой части процедуры оценки, включает в себя следующее: (1) какие факты семья надеется установить или какие результаты следует ожидать по окончании процесса оценки; (2) детальное описание существующих нужд или проблем, включая специфические проявления (скажем, родители выказывают беспокойство по поводу «агрессивного поведения», следует расспросить их о недавнем случае его проявления); (3) динамика проблемы (а именно: когда впервые возникла проблема, когда были замечены первые признаки, наблюдалось ли временное улучшение или ухудшение случая либо резкое окончательное ухудшение?); (4) суть проблемы (а именно: чувствуют ли родители, что существуют какие-либо опознаваемые катализаторы, проявляется ли проблема всегда или главным образом в определенной обстановке или при стечении многих обстоятельств, проявляется ли проблема всегда или в присутствии определенных людей (например, родителей) или совершенно различных людей?); (5) реакция родителей или опекунов в связи существующей проблемой (а именно: вызывает ли их интерес в большей степени наказание, чем подкрепление, существует ли постоянная реакция на трудности, испытываемые индивидуумом, у родственников или опекунов?). Важно считаться и с тем, как родители

проявляют свою обеспокоенность. Например, прибегают ли они к процедуре оценки оттого, что чувствуют, что их ребенок испытывает трудности, или потому, что кто-то убеждает их сделать это или проявляет настойчивость в данном вопросе (а именно: «Ребенка собираются исключить из школы?»). В чем они видят причину проблем ребенка? Видят ли они некую связь между проблемами ребенка и пренатальным воздействием алкоголя на него/нее, или предполагают его/ее умышленную «вредность», либо обвиняют себя или друг друга?

Прошлые оценки и вмешательства. Клиническое интервью должно также установить, какие оценки и вмешательства прошел индивидуум прежде. Следует получить представление о типе или характере оценки/вмешательства, времени, когда они имели место, кем проводились (включая по возможности контактные данные), рассмотреть общие результаты или результат оценки/вмешательства (включая мнение родителей/опекунов об их целесообразности) и доступность какой-либо письменной документации (если таковая может быть получена). Подобная информация одновременно обращает внимание на то, способна ли семья использовать рекомендации по лечению, доступны ли ей медицинские услуги и может ли найти поддержку в обществе.

Клинический случай. В процессе рассмотрения врачом случая пациента начинает формироваться представление о том, как родители видят жизненный опыт своего ребенка как индивидуума в развитии. Сбор данных о развитии лучше осуществлять с самого начала, до момента беременности, предлагая родителям вопрос, каковы были их ожидания относительно ребенка и своего материнства/отцовства (а именно, «Какой Вы представляли свою жизнь с рождением/ усыновлением ребенка? Каким Вы представляли своего ребенка?»)

и степени того, насколько их ожидания оправдались или не оправдались. Анализ периода беременности, родов и перинатального периода должен включать и данные о том, была ли беременность планируемой, испытывала ли пара какие-либо трудности с зачатием, каков был срок беременности, когда женщине стало о ней известно, существовали ли какие-либо медицинские осложнения или стресс-факторы (например, угроза выкидыша, возможное наличие неблагоприятных генетических факторов, замедленный рост, стрессовое состояние матери, напряженные взаимоотношения в браке или внебрачные отношения, госпитализация ребенка и матери, продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии, токсикологический скрининг, момент переезда в родильное отделение из домашнего окружения, контакт с родителями, привязанность к младенцу и т.д.). Что касается приемных родителей, может быть полезно выяснить, как они пришли к решению об усыновлении (включая, единогласным ли было желание принять ребенка) и как разворачивался процесс усыновления (сколько времени он занял, возникали ли какие-либо трудности или помехи, связанные с усыновлением, каковы были мечты и ожидания приемных родителей в отношении ребенка). Говоря о детях, принятых на воспитание, и тех, которые не были усыновлены/удочерены при рождении, категорически важно определить предыдущее место жительства (в случае доступности подобной информации), включая количество мест проживания, их характер (например, в семье принявшей ребенка на воспитание, в учреждении или приюте) и качественный уровень мер, осуществляемых там. В случае интернационального усыновления/удочерения такая информация может быть трудно доступной, но крайне важной, поскольку история таких детей нередко повествует о весьма травмирующих обстоятельствах предыдущих мест жительства или даже самостоятельного проживания вне любого контроля или заботы со стороны взрослых (например, на улице).

Эта часть интервью обычно дает всестороннее представление о последствиях пренатального воздействия алкоголя, а так же любых других возможных тератогенов, в конкретном случае. Очевидно, что достоверность данных, касающихся этого аспекта истории пациента, меняется в зависимости от того, берут ли интервью у биологических или приёмных родителей. Независимо от того, у кого берется интервью, существенно, чтобы при получении необходимой информации команда не демонстрировала субъективного осуждающего отношения, а в спокойном тоне предлагала детальные вопросы, относящиеся к пренатальному потреблению алкоголя и наркотиков. Для сбора такой информации используются различные способы и методологии, но при интервьюировании биологической матери надо выполнять следующие общие рекомендации: (1) лучше интересоваться тем, *сколько алкоголя* принимала мать в период беременности, а не потребляла ли она его будучи беременной; (2) интересоваться фактом потребления алкоголя матерью до беременности, во время установленной беременности и после того, как женщина узнала, что беременна; (3) интересоваться отдельно о потреблении различных видов спиртного (а именно: сначала спрашивать о пиве, затем о вине, затем о крепких напитках); (4) интересоваться как частотой потребления, так о количестве потреблявшегося спиртного; (5) интересоваться как средним/типичном, так и максимальном количестве потреблявшегося спиртного. Предлагаемый подход может быть в том числе использован при выяснении других возможных тератогенов (и вообще, лучше начинать с более легких веществ, таких как кофеин); (6) использовать общеизвестные количественные меры с целью помочь матери оценить объем спиртного, выпитого ею до и в период беременности. Безусловно, данные вопросы требуют корректировки в зависимости от того, насколько полной информацией

обладают приемные родители в отношении степени пренатального воздействия алкоголя на ребенка.

Вместе с углубленным пониманием предыдущего отрезка жизни пациента и условий семьи важно добиться общепринятых форм социального развития индивидуума. Следует выявить основные вехи развития ребенка в языковых навыках, процессе социализации, самопомощи и моторном функционировании. Важно поинтересоваться у родителей/опекунов не только тем, были ли обозначенные стадии пройдены «вовремя», но и тем, в каком конкретном возрасте они имели место, поскольку многие родители/опекуны могут не знать, какому возрасту должны соответствовать определенные стадии развития.

История болезни. Следует получить всестороннюю медицинскую историю случая, особенно в отношении тех отклонений, которые могут ассоциироваться с пренатальным воздействием алкоголя (к примеру, поражения сердца или почек и т.д.). Такая история должна включать любые серьезные заболевания, травмы, госпитализацию, вакцинацию, лекарственные и пищевые виды аллергии и последний по времени врачебный осмотр (включая проверку зрения и слуха). Специалистам, в том числе, необходимо рассмотреть степень влияния медицинского статуса (заболеваний) индивидуума на его развитие (то есть, являлись ли осложнения заболеваний препятствием в развитии других функций организма?), на его отношения с родителями или опекунами (то есть, способно ли было тяжелое заболевание затронуть отношения привязанности «родитель-ребенок») и на его восприятие родителями (то есть, рассматривается ли состояние здоровья их ребенка как «болезненное»?)

Семейная медицинская и психиатрическая история. Следует получить данные относительно как медицинской, так и психиатрической истории семьи в том виде, в каком она существует на данный момент, а также ее предшествующих поколений. Очевидно, что у биологической матери ребенка с признаками пренатального воздействия алкоголя следует выяснить историю любого злоупотребления алкоголем или наркотиками и токсикомании либо зависимости, любых возможных сопутствующих психических проявлений (к примеру, депрессии, тревоги, ADHD и т.д.) и о возможном факте пренатального воздействия алкоголя на нее. Биологическому отцу необходимо задать эти же вопросы. Воспитывающие и приемные семьи могут обладать меньшим доступом к медицинской и психиатрической информации о биологической семье ребенка, но получить данные посредством изучения врачебных отчетов необходимо. В то числе важно сделать запрос по медицинской и психиатрической истории воспитывающих или приемных родителей (а также родителей самих родителей), поскольку эти данные в состоянии прояснить специфику развития и жизнедеятельности индивидуума с отклонениями, вызванными алкоголем.

История образования и профессиональной активности. Всесторонняя оценка должна включать опыт индивидуума в системе образования со всеми деталями пребывания в нынешнем и предшествовавших учебных заведениях, специальных образовательных мер и отношений родителей с преподавателями ребенка и школьной системой. Особенно важно оценить восприятие индивидуумом своего школьного опыта, поскольку школа часто является тем местом, где индивидуум впервые может прийти к осознанию того, насколько отличается от своих ровесников. Кроме того, академическая неуспеваемость может в сильной степени деморализовать детей с фетальным алкогольным

синдромом или подобными заболеваниями и склонить их к решению бросить школу, одновременно провоцируя взаимоотношения со сверстниками, оказывающими на них негативное влияние, и содействовать росту обособленности ребенка от остальной части общества.

Если индивидуум с отклонениями, вызванными алкоголем, - взрослый, будет полезным полный обзор его трудового стажа. Был ли у индивидуума непрерывный трудовой стаж, или наблюдается переход с одной работы на другую или от одного вида деятельности к другому? Увольняли ли его, и если да, то почему? Работает ли он на позиции или в области, которая соответствуют его способностям и интересам? Какие виды работ он выполнял с удовольствием или успешно? Доволен ли он своей нынешней работой или видом деятельности или нуждается в помощи с целью внести изменения в эту область своей жизни?

Структура семьи, отношений и динамики. Как отмечено выше, важно рассмотреть контекст, в котором развивается и действует человек с отклонениями, вызванными алкоголем, и как он/она взаимодействует со своим окружением. Следовательно, группе специалистов следует выяснить состав семьи индивидуума и его/ее домочадцев (поскольку он может быть разным). Команде необходимо стремиться к пониманию взаимоотношений индивидуума с важными людьми его/ее окружения, особенно, что касается влияния этого окружения на развитие и жизнедеятельность индивидуума, которое может проявляться как положительно, так и негативно. Отношения «родитель-ребенок» должны включать две обширные области интересов: (1) Какой вклад со стороны ребенка в отношения «родитель-ребенок»? (2) Каков вклад родителя в эти отношения? Что касается качеств характера ребенка, способных повлиять на отношения «родитель-ребенок», специалистам следует учесть следующие факторы (не забывая о точке зрения родителей): физический внешний вид

ребенка, когнитивное развитие, моторное развитие, социальные связи, лингвистическая компетентность, свобода движений, темперамент, регуляция сенсорных опытов, внимание, подверженность аффекту, степень возбудимости и тревожности, неадекватная восприимчивость к стимулам и степень адаптации к изменению/новшеству. Говоря о чертах характера родителя, которые могут оказать влияние на отношения «родитель-ребенок», команде необходимо учесть следующее: индивидуальность родителя и степень ее соответствия с таковой ребенка, способность сгладить аффективное состояние, степень закрытости/открытости, психологическая совместимость/сочувствие, представление о самом себе, представление о ребенке и отношениях «родитель-ребенок», жизненный опыт воспитания ребенка с момента его рождения и взаимосвязь представлений о ребенке и самом себе в различных психологических ситуациях.

Следует также рассмотреть другие отношения в семье, включая брачные отношения родителей, отношения ребенка с родными братьями/сестрами, отношения родителей с их родными братьями/сестрами и отношения родителей со своими собственными родителями. Важно установить, насколько ребенок и его проблемы влияют на супружеские отношения родителей, насколько сильно любой конфликт или выяснение отношений между супругами затрагивают внутренний мир ребенка, с какой готовностью родители поддерживают друг друга или, наоборот, подрывают авторитет друг друга в соответствии с воспитательной ролью, насколько ребенок ладит со своими родными братьями/сестрами, насколько он предпочитает родителями в сравнении с его родными братьями/сестрами и являются ли бабушка и дедушка (или другие члены семьи) причиной конфликтов либо поддерживают родителей ребенка и его самого.

Социальная история и социально-экономические и культурные предпосылки. В дополнение к изучению уклада семьи, в которой живет индивидуум с отклонениями алкогольного характера, проводя оценку, следует учитывать социальные и культурные условия конкретного человека. Команде стоит интересоваться дружескими связями пациента и его социальными отношениями вообще, учитывая качественность данных отношений, количество времени, проводимое с друзьями, наличие проблем в инициации дружеских связей или их сохранении, а также проявляют ли родители активную позицию, помогая ребенку развивать дружеские отношения. Если пациент взрослый человек, необходимы данные, касающиеся его/ее отношений с любимым человеком, а также с сотрудниками. Получается ли у него создать качественно крепкие, удовлетворяющие обоих партнеров отношения в этой области жизни?

Что касается социально-экономических и культурных проблем, специалисты должны рассмотреть способы, которыми они затронут оценку семьи и ее понимание наличие отклонений в развитии вообще и фетального алкогольного синдрома в частности. Сколь сильно названные факторы способны повлиять на формирование чувства вины или позора, которые могут испытывать родители, выслушав диагноз в отношении своего ребенка? Как подобные факторы могут повлиять на оценку семьей этиологии или причины проблем, испытываемых их ребенком, если им сообщают, что возникновение этих проблем связано с пренатальным воздействием алкоголя? Как социально-экономические факторы (к примеру, бедность) и культурные (например, дискриминация) потенциально усугубляют проблемы пациента и/или формируют реакцию семьи на них? Наоборот, есть ли способы, когда социально-экономические или культурные (к примеру, какие-либо общественные представления или ценности) факторы в состоянии помочь

индивидууму и/или семье справиться с отклонениями пациента или адаптироваться к ним? Каким образом культурные факторы влияют на готовность или желание семьи принять решение о вмешательстве относительно своего родственника и получении поддержки или мер в отношении себя? Каковы ограничения, препятствующие семье обратиться за мерами помощи в более обширном сообществе? Доступны ли определенные системы в окружении пациента либо семьи, которые можно мобилизовать с целью оказать дополнительную поддержку? Команде важно признать, что к семьям, имеющим более низкое социально-экономическое положение и/или относящимся к этническим меньшинствам, нельзя применять критерии общественных учреждений или образовательных систем, какие уместны в работе с семьями более высокого социально-экономического уровня и/или не относящимися к этническим меньшинствам. Следовательно, команде предстоит иногда выступать в роли своеобразной защиты большей части таких семей, одновременно обучая тому, как добиться соответствующих мер помощи с целью отстоять свои права и интересы. Группа специалистов должна также отдавать себе отчет в том, что их собственные культурные убеждения и представления о формах других культур способны стать довлеющим фактором в работе с семьей пациента. Скажем, у кого-нибудь из специалистов группы может сложиться о пациенте или его семье мнение, как о не желающих идти на контакт либо неоткровенных людях, в то время как они на самом деле испытывают дискомфорт, будучи интервьюируемыми человеком иной культурной формации. Кроме того, врачам порой свойственно делать выводы о пациенте или семье как о представителях определенной подгруппы, перенося на нее черты известной им более многочисленной группы населения. Подобное обобщенное представление, однако, не всегда уместно в отношении конкретной подгруппы и даже конкретного индивидуума или семьи. Так,

специалисты могут придерживаться некоего мнения о испаноязычной или латиноамериканской культурах, не отдавая себе отчета в различиях мексиканской, пуэрториканской и кубинской подгрупп.

И все же очевидно, что группа специалистов не в состоянии обладать опытом работы с представителями каждой культурной группы и подгруппы. Тем не менее, проводя оценку, важно, по крайней мере, знать о несметном числе способов воздействия социально-экономических и культурных факторов на восприятие, взаимодействие и опыт пациента, его семьи и самих членов группы специалистов.

с. Клиническое интервью с пациентом

В некоторых случаях допустимо проведение интервью с самим пациентом, в зависимости от его возраста и уровня развития. Тогда интервью, общие контуры которого намечены выше, стоит адаптировать с учетом того, способен ли пациент понимать вопросы и отвечать на них. Подобный опрос должен иметь целью степень понимания пациентом того, зачем он решился на процедуру оценки, что надеется узнать благодаря ей, что такое пренатальное воздействие алкоголя и фетальный алкогольный синдром и как сам пациент расценивает тот факт, что пренатальное воздействие алкоголя наложило отпечаток на его жизнь. Дети старшего возраста, подростки и взрослые могут предоставить уникальную возможность глубокого понимания, казалось бы, менее существенных, но столь же серьезных отклонений, которые непосредственно связаны с пренатальным воздействием алкоголя (к примеру, состояние депрессии), в то время как их родители/опекуны часто больше сосредоточены на проблемных формах поведения своего родственника в отношении окружающих (скажем, импульсивность поведения).

2. Данные поведенческого наблюдения

Любые данные поведенческого характера, касающиеся маленького ребенка, должны включать описание его внешности, степени активности, социального взаимодействия/привязанности, взаимодействия с родителями и наблюдающими, поведения в ограниченном пространстве и стимулирующего подкрепления (поощрения), непринужденности движений, речи и языка (включая артикуляцию, просодию, сложность, спонтанность, привычку высказываться в официальной/непринужденной манере), степени внимательности, мотивации, упорства, реакции на чувство разочарования, реакции на перемены или изменение и любых видов характерного/стойкого/стереотипного поведения. Следует обратить внимание на то, изменяется ли поведение в процессе контакта со специалистами. Учитывать необходимо как положительные, так и отрицательные аспекты самореализации/поведения индивидуума. Необходимо проводить наблюдения с точки зрения настроения и аффекта, импульсивности и восприимчивости к стимулам окружающей обстановки: какова способность ребенка контролировать свое собственное эмоциональное возбуждение и, будучи расстроенным, успокоиться самому; как ребенок взаимодействует (или не взаимодействует) с родителями или опекунами, будучи в плохом настроении; как ребенок реагирует на эмоциональные проявления своих родителей или опекунов; как ребенок справляется с чувством разочарования; проявляет ли он/она упорство, сталкиваясь с задачей, требующей напряжения, или сдается легко; легко ли ребенок отвлекается, или он/она может удерживать свое внимание на задаче в течение относительно длительного периода времени. Необходимо дать оценку в том числе и перекрестной форме общения, а также способности принять точку зрения другого. Насколько четко ребенок способен сформулировать свою мысль и способен ли усвоить новую информацию, а так же удержать в памяти

то, что он/она узнал. Присутствует ли у ребенка путаная речь, существует ли у него трудность понимания того, что Вы ему говорите, или трудности в описании какого-нибудь случая или пересказе истории. Моторную координацию можно оценить, исследуя способность ребенка сохранять равновесие и рисовать простые фигуры. Эти данные поведенческого характера должны подвергаться оценке неофициально во время общения с ребенком, либо в более принужденной обстановке при работе со стандартизованными тестами.

Для детей старшего возраста и взрослых также будет приемлема бóльшая часть вышесказанного; пациентов более солидного возраста необходимо также наблюдать в отношении их способности принимать решения, планировать и предвидеть последствия, абстрактно мыслить, в том числе ощущать и понимать эмоциональные и социальные формы реакций других. Их суждения, степень понимания любой проблемы, представление о самом себе или самоощущение должны подвергаться оценке. Опять же, аспекты их поведения могут проходить оценку в непринужденной обстановке нерегламентированного общения и во время стандартизированного тестирования.

3. Стандартизированное психологическое тестирование и тестирование уровня развития

Оценка индивидуума с проявлениями пренатального воздействия алкоголя подразумевает оптимально всестороннюю совокупность мер, включающую когнитивную, нейропсихологическую (здесь же степень организационной активности) оценки, оценку успеваемости, оценку адаптивного, поведенческого, социального и эмоционального функционирования. Подобная совокупность оценок должна вбирать в себя типы измерений, стандартизированных и нормированных по данным разносторонней выборки. Результаты тестирования необходимо интерпретировать в свете

релевантных культурных факторов, языковых проблем и опыта проживания в определенной среде.

Ситуация стандартизированного тестирования должна быть структурирована таким образом, чтобы предоставить по возможности наиболее точную оценку навыков и уровня функционирования индивидуума. Следующие шаги преследуют данную цель:

- Тестирование необходимо проводить в относительно свободном от отвлекающих факторов помещении (то есть, не в загроможденной комнате, полной игрушек или других ненужных тестовых материалов).

- Кроме того, индивидууму нужно дать возможность почувствовать себя свободным в новом помещении и в присутствии интервьюера. Таким образом, последнему может понадобиться некоторое время на проведение непринужденной игры с ребенком (но затем игрушки необходимо удалить до начала тестирования); работая с подростком или взрослым, интервьюер незадолго до проведения теста может расспросить пациента о его интересах и хобби.

- Следует давать пациенту передышку во время тестирования с тем, чтобы усталость не препятствовала его выполнению. Хотя может показаться соблазнительным решение провести тестирование за одну сессию (поскольку так часто бывает удобнее и для группы специалистов, и для семьи); в целом же предпочтительнее проводить тестирование за две - три сессии.

Описания экспериментально подтвержденных мер представлены в алфавитном порядке ниже.

Перечень данных мер по областям и уровню развития см. в таблице 1. Пожалуйста, обратите внимание, что информация о деятельности индивидуума в разных областях может быть получена в результате одного теста (к примеру,

степень внимания и организационного функционирования). Несмотря на то, тесты внесены в список таблицы 1 под их основной направленности, обратите, пожалуйста, внимание на то, что часто они предоставляют данные больше чем по одной направленности.

Таблица 1: Рекомендованные методики обследования пациентов с признаками пренатального воздействия алкоголя

Child's Developmental Level	Comprehensive History	Cognitive Functioning	Executive Functioning	Language	Memory (Auditory and/or Visual)	Visual Spatial	Attention	Achievement	Adaptive	Behavioral/Emotional/Social	Physical
Infancy Through Toddlerhood (0-3 Years)	Parent Intvw Review of Records	Bayley	N/A	Bayley	Bayley	Bayley	Bayley	N/A	Vine-land	CBCL Par-ent and Caregiver Forms (≥ 1½ years)	FAS Exam
Preschool (3-4 Years)	Parent Intvw Review of Records	Bayley OR WPPSI-III	NEPSY Verbal Fluency	NEPSY Verbal Fluency	NEPSY Narr. Mem-ory Sentence Repeition	NEPSY Design Copying	NEPSY Visual At-tention Conners' Parent and Teacher Rating Scales	WIAT (≥ 4 years)	Vine-land	CBCL Par-ent and Caregiver Forms Children's Pictorial Depression Scale	FAS Exam
5-12 years	Parent Intvw Child Intvw (as approp.) Review of Records	WPPSI-III OR WISC-IV	BRIEF Children's Color Trails DKEF CW Interference 20 Questions (≥ 8 yrs.) NEPSY Tower Verbal Fluency WCST (≥ 8 yrs.)	NEPSY Verbal Fluency TLC Figurative Lang. Ambiguous Sent. Making Inferences	CMS Dot Location Family Pic-tures Stories CVLT WISC-PI Spatial Span	VMI NEPSY Route Finding	NEPSY Visual At-tention Conners' Parent and Teacher Rating Scales WISC-PI Spatial Span	WIAT II	Vine-land	CBCL Par-ent and Teacher Forms Children's Depression Inventory DISC FABS Hypothetical Attrib. Task	FAS Exam

Adolescence	Parent Intvw Child Intvw (as approp.) Review of Records	WISC-IV OR WAIS III	BRIEF Children's Color Trails COWAT (Verbal Fluency) DKEF CW Interference 20 Questions WCST	COWAT (Verbal Fluency) TLC Figurative Lang. Ambiguous Sent. Making Inferences (≤ 13 years)	CMS Dot Location Family Pictures Stories CVLT WISC-PI Spatial Span	VMI	Conners' Parent and Teacher Rating Scales WISC-PI Spatial Span	WIAT II	Vineland	CBCL YSR Conduct Disorder Questionnaire DISC FABS Moral Judgment Task Psychopathy Screening Device	FAS Exam
-------------	---	---------------------	---	---	--	-----	---	---------	----------	---	----------

- Antisocial Process Screening Device (Механизм скрининга антиобщественного процесса) (ASPD; Frick and Hare, 2001). Данная процедура прежде называлась Psychopathy Screening Device (Механизм психопатологического скрининга). ASPD - анкетный опрос, который должны заполнить родителем ребенка и преподавателем, и проводится с детьми в возрасте 6-13, хотя форма The Psychopathy Checklist: Youth Version (Психопатический опросник: молодежная версия) для старших подростков также приемлема. ASPD измеряет степень возможности антиобщественного поведения и, что важно, может показать, что является источником такого поведения - импульсивность или такие черты характера как самовлюбленность либо черствость/бесстрастность (к примеру, отсутствие чувства вины или сочувствия). Предполагается, что у детей с проявлениями пренатального воздействия алкоголя поведение в большей степени связано с импульсивностью. Чем выше балл по данной шкале, тем явнее наличие описанных черт в характере ребенка.
- Bayley Scales of Infant Development — Second Edition (Шкалы младенческого развития Бейли) (BSID-II; Bayley, N., 1993). BSID - II - стандартизированная оценка когнитивного и моторного развития в раннем

детском в возрасте от 1 до 42 месяцев. Что касается когнитивной сферы, предлагается Индекс интеллектуального развития, который дает полную оценку различных познавательных характеристик, связанных с развитием (к примеру, устойчивость цели, словаря, копирования, выполнения команд). Моторная шкала оценивает степень контроля движений, мелкие и крупные моторные навыки и координацию (к примеру, возможность самому сидеть с прямой спиной, умение ходить, бегать, умение пользоваться карандашом).

- Behavior Rating Inventory of Executive Function (Схема оценки поведения ребенка) BRIEF; Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., and Kenworthy, L., 2000): BRIEF - анкетный опрос, заполняемый родителями для получения данных о функциях организации у их ребенка в ежедневной деятельности. Эта информация в сочетании с полученной в ситуациях структурированного тестирования обеспечивает всестороннюю оценку, позволяющую сделать вывод о негативных и положительных сторонах личности ребенка, воздействующих на его повседневную жизнь. Анкета дает оценку функциональной деятельности ребенка в организационных сферах, таких как торможение, меняющийся когнитивный набор, управление эмоциями, пусковое поведение, рабочая память, поведение, связанное с планированием и организацией, систематизация материалов и контроль поведения. У этого теста отдельные нормы для мальчиков и девочек в возрасте от 5 до 18 лет.

- California Verbal Learning Test — Children's Version (Калифорнийский устный тест на обучаемость) (CVLT-C; Delis D.C., et al., 1994). CVLT-C – не контекстуальное устное задание на обучаемость и память, предназначенное для детей в возрасте от 5 до 16 лет. CVLT-C требует, чтобы экзаменуемые запомнили «список покупок» более чем из пяти учебных пунктов. Затем оценивается их кратковременная и долговременная память, и предлагается проверка семантически значимой подсказки, следующей за каждой проверкой

произвольного вспоминания с целью помочь в корректировке. Наконец, сравнительный тест завершает процесс оценки.

- Child Behavior Checklist, Teacher Report Form, and Youth Self-Report (Перечень детского поведения, форма отчета учителя и юношеский самоотчет) (CBCL TRF and YSR; Achenbach, T.M. and Rescorla, L.A., 2001): CBCL - анкетный опрос, заполняемый родителями с целью оценить наличие и частоту проявлений (к примеру, *никогда, иногда, часто*) различных форм проблемного поведения, замечаемого у детей. Дает оценку любой наблюдаемой форме внутреннего (к примеру, депрессивное состояние) или внешнего (к примеру, гиперактивность) настроения. Существуют отдельные анкеты для родителей детей в возрасте от 1½ до 5 и от 6 до 18 лет. Аналогичная анкета преподавателя также уместна в работе с детьми возрастной категории от 6-18 лет. Кроме того, YSR – способ самоотчета ребенка от 1 до 18 лет. CBCL TRF и YSR указывают на клиническое значение внутренних, внешних и совокупных проблем поведения.

- Children's Color Trails Test (Детский тест цветового шлейфа) (ССТТ; Llorente, A.M., Williams, J., Satz, P., and D'Elia, L., 2003). ССТТ представляет собой способ определения степени визуального упорядочения, удерживаемого внимания, скорости обработки (информации, визуальной информации) и познавательной гибкости. Первая форма теста предлагает упорядочение чисел, в то время как вторая форма требует упорядочение чисел при одновременном включении между числами розового либо желтого фона. Тест цветового следа заставляет усомниться в надежности данных языковых тестов в сравнение с другими традиционными тестами, основанными на эффекте цветового следа. Тест разработан для возрастной категории детей от 8 до 16 лет.

- Children's Depression Inventory (Детский реестр депрессии) (CDI; Kovacs, M., 1992): CDI - способ депрессивной симптоматики, применяющийся с детьми и подростками школьного возраста от 8 до 18 лет. Посредством

предлагаемого анкетного опроса экзаменуемый выбирает одно из трех предложений, лучшим образом характеризующее его состояние за последние две недели. Тест, кроме итогового показателя уровня депрессии, дает индексы *плохого настроения, межличностных проблем, безынициативности, апатии и низкой самооценки* в дополнение к общему балу уровня депрессивного состояния.

- Children's Memory Scale: Stories, Dot Locations, Family Pictures subtests (Шкала детской памяти: субтесты рассказов, расположения точек, семейной группы) (CMS; Cohen, M.J., 1997). CMS – всесторонний тест на обучаемость и память, ориентированный на детей в возрасте от 5 до 16 лет. Субтест рассказов дает представление об объеме устной памяти посредством немедленного пересказа и пересказа спустя некоторое время двух очень коротких историй. Субтесты расположения точек и семейной группы являются способами визуального обучения и тренировки памяти вне контекста и в пределах контекста соответственно. Первый тест требует запоминания и активизации в памяти местоположения точек на сетке, в то время как последний - активизации в памяти местоположения и действия членов семьи в рамках одной из четырех иллюстрированных сценок. Объединенные с CVLT-C, эти тесты на обучаемость и память обеспечивают индексы вербальных и визуальных форм обучения и памяти ребенка/подростка в рамках контекста и вне.

- Conners' Rating Scales — Revised (Рейтинговая шкала Коннерсов - исправленная) (CSR-R; Conners, C.K., 2000). CSR-R - анкетный опрос, проводимый и с родителем ребенка, и с преподавателем для оценки существенных проблем поведения. Он определяет детей, которые могут соответствовать критериям ADHD по определению DSM-IV с дополнительными индивидуальными шкалами оценки противоречивости, невнимательности, гиперактивности, тревожного/застенчивого поведения,

перфекционизма, социальных проблем или психосоматических симптомов. Опрос ориентирован на детей и подростков от 3 до 18 лет.

- Delis-Kaplan Executive Function System: Twenty Questions Test, Color Word Interference Test, Verbal Fluency (Система организационных функций Делис - Каплан: двадцативопросный тест, тест цветовой словесной интерференции, беглость речи) (D-KEFS; Delis, D.C., Kaplan, E., Kramer, J.H., 2001). D-KEFS предлагает всестороннюю оценку более высоких познавательных или организационных функций, входящих в структуру результативного поведения, направленного на достижение цели. Отобранные субтесты использовались в работе нашей клиники. Двадцать вопросов теста выявляют способ формирования понятия и степень умения решить задачу. Из множества красочных объектов, животных и растений экзаменующийся должен при возможно наименьшем количестве попыток угадать тот предмет, который выбрал экзаменатор. Тест цветовой словесной интерференции - вариант традиционного теста Струпа. Он измеряет когнитивное торможение в процессе обозначения экзаменуемым цвета краски, в которой напечатано несоответствующее этому цвету слово. Тест на речевую беглость включает быстрое генерирование определенного слова за ограниченный промежуток времени. Тест выявляет степень как фонематической (то есть, начало с определенной буквы), так и тематической (то есть, принадлежность определенной категории) беглости. Он также определяет степень переключения с целью дать оценку гибкости мышления. Данные отобранные субтесты используются в работе с детьми от 8 лет, а также на более взрослых этапах жизни.

- Developmental Test of Visual Motor Integration- Fourth Edition (Тест развития визуально-моторной интеграции) (VMI; Beery, K.E. and Buktenica, N.A., 1997). VMI - широко используемый инструмент, который оценивает

интеграцию визуальной и моторной системы. Тест требует, чтобы экзаменуемый копировал формы с растущими уровнями сложности. VMI ориентирован на детей от 3 до 18 лет.

- Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (Перечень диагностического интервью для детей. Версия IV) (DISC-IV; Shaffer et al., 2000). Компьютеризированная версия DISC-IV, C-DISC 4.0 – высоко структурированное диагностическое интервью, предназначенное для оценки психиатрических нарушений у детей и подростков. Родительская версия DISC-IV предлагает родителям вопросы, касающиеся их детей в возрасте от 6 до 17 лет. DISC-IV оценивает наличие диагнозов, возникших как в течение прошедших 12 месяцев, так и за последние 4 недели. DISC-IV рекомендуется для индивидуумов с проявлениями пренатального воздействия алкоголя, поскольку большое количество случаев демонстрирует сопутствующие психиатрические расстройства. Предполагается, что выполнение DISC-IV займет у родителя приблизительно 60 минут.

- Fetal Alcohol Behavior Scale (Шкала фетального алкогольного поведения) (FABS; Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., Press, S., and Sampson, P.D., 1998). FABS - анкетный опрос, заполняемый родителями или опекунами индивидуумов с проявлениями пренатального воздействия алкоголя. Он был разработан для возрастной группы от 2 лет до 51 года. Включает оценку видов поведения, часто наблюдаемых у лиц с последствиями пренатального воздействия алкоголя в категориях общения и речи, личной манеры поведения, эмоций, моторных навыков и действий, социальных навыков и взаимодействий, учебной деятельности/работы, а также физических и физиологических функций.

- Finger Tapping Test (Тест Постукивания Пальцем) (FTT; Halstead, 1947; Reitan, 1969): Данный тест – способ определения скорости тонкой (мелкой) моторики; при его выполнении ребенок должен как можно быстрее ударить

указательным пальцем по клавише на клавиатуре. Применим для всех возрастных категорий, начиная с 5-летнего возраста. (Barron, 2004; Spreen и Strauss, 1998).

- Grooved Pegboard Test (Бороздчатый перфорированный тест) (GPT; Klove, 1963; Reitan, 1969): Этот тест направлен на оценку тонкой моторной деятельности и ее скорости. Согласно ему необходимо, чтобы ребенок как можно быстрее сумел освоиться с 25 фишками в форме замочной скважины и расставил их на доске. Приемлем для возрастной группы от 5 до 14 лет (Barron, 2004).

- Hypothetical Attribution Task (Гипотетическое атрибутивное задание) (НАТ; Dodge, 1980). НАТ (первоначально известно как домашнее интервью с ребенком) состоит из восьми сценок, в которых детям в устной форме предлагают гипотетические социальные ситуации, представляющие неоднозначные провокационные действия со стороны ровесника (к примеру, в него/нее врезался другой ребенок) и трудности вхождения в группу (к примеру, ребенку не дают присоединиться к другой группе детей за обедом). Каждая сценка сопровождается мультипликационной иллюстрацией случая. Перед началом демонстрации ситуации у ребенка интересуются, почему его ровесники поступают именно таким образом. Потом задают вопрос, как бы он себя повел в случае, если бы с ним поступили подобным образом. В процессе обсуждения ответы ранжируются от наименее агрессивных до наиболее агрессивных и получают итоговый показатель решения социальной проблемы. Выполнение теста занимает около 20 минут и дает качественную информацию относительно поведения детей и их умения разрешить проблемную ситуацию с ровесниками.

- NEPSY (Korkman, M., Kirk, U., and Kemp, S., 1998). NEPSY - всесторонний набор нейропсихологических тестов, предназначенный для проведения оценки определенных функций в сферах внимания,

организационной деятельности, языка, сенсомоторной деятельности, зрительно - пространственной обработки данных, а также памяти и обучения. При осуществлении всего набора мероприятий NEPSY допускает гибкое тестирование и способствует выбору тех субтестов, которые подходят ребенку, проходящему процедуру оценки. В отличие от многих нейропсихологических измерений, NEPSY предлагает нормативные критерии для детей в возрасте от 3 до 12 лет.

- Pictorial Depression Scale (Наглядная депрессионная шкала) (PDS; O'Connor, M.J. and Kasari, C., 2000): PDS используется для оценки депрессивной симптоматики у детей 4 лет и более старших детей, которым CDI слишком труден. PDS - шкала с 23 пунктами, упрощенная форма CDI. Тест предполагает показ ребенку двух параллельных и идентичных линейных фигур нейтрального характера детей того же пола, что и ребенок, проходящий оценку. По каждому «ребенку» делается два утверждения (например, он грустит/не грустит), экзаменуемый должен указать на ту фигуру, которая в наибольшей степени соответствует утверждению.

- The Sociomoral Reflection Measure - Short Form (Шкала ценностей – краткая форма) (SRM-SF; Gibbs et al., 1992). SRM-SF оценивает моральную зрелость детей и подростков. Этот тест состоит из 11 пунктов, относящихся к пяти социоморальным ценностям: заключение договора и правда (вопросы 1-4), принадлежность группе (вопросы 5-6), жизнь (вопросы 7-8), собственность и закон (вопросы 9-10) и законное правосудие (вопрос 11). У экзаменуемых интересуются о значимости различных ситуаций и затем просят описать свои представления о неоспоримости и наоборот определенных моральных ценностей (скажем, почему важно держать обещания). Общая оценка моральной зрелости основывается на рассуждении относительно важности каждой ценности. Хотя нормативные данные здесь не определяются количественным

измерением, тем не менее, достигается качественно важная информация для определения того, соответствуют ли рассуждения ребенка/подростка его возрасту в противоположность уровню задержки развития.

- Test of Language Competence: Figurative Language, Ambiguous Sentences, Making Inferences subtests (Тест языковой компетентности: субтесты фигурального языка (образной речи), двусмысленных предложений (предложений с неясным (неопределенным) контекстом), порождения умозаключений) (TLC; Wiig, E.H. and Secord, W., 1988). TLC измеряет речевую деятельность, касаясь семантики, синтаксиса и прагматики. Тест имеет отдельные формы с нормативными данными для возрастной группы от 5 до 9 и от 9 до 18 лет.

- Vineland Adaptive Behavior Scales (Шкала адаптивного поведения Винеланда) (VABS; Sparrow, S.S., Balla, D.A., and Cicchetti, D.V., 1984): VABS - структурированное интервью, ориентированное на родителей и дающее оценку ежедневной функциональной деятельности их ребенка. Подвергаются измерению три области: навыки общения, навыки повседневной жизни и навыки социализации. У детей младше 6 лет оцениваются также моторные навыки. VABS позволяет клиницистам получить информацию о том, как ребенок ведет себя вне структурированной клинической обстановки, тем самым указывая степень (регулярно, иногда или редко) выполнения различных задач адаптивного функционирования.

- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence — Third Edition (Шкала интеллекта Векслера для дошкольников и младших школьников – третье издание) (WPPSI-III, Wechsler, D., 2002); Wechsler Intelligence Scale for Children — Fourth Edition (Шкала интеллекта Векслера для детей – четвертое издание) (WISC-IV; Wechsler, D., 2003); Wechsler Adult Intelligence Scale — Third Edition (Шкала интеллекта Векслера для взрослых – третье издание) (WAIS-III;

Wechsler, D., 1997). WPPSI-III, WISC-IV и WAIS-III - оценки общей способности к познанию или интеллекта. WPPSI-III ориентирована на детей в возрасте от 2 лет 6 месяцев до 7 лет 3 месяцев. WISC-IV ориентирована на детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет, а WAIS - на взрослых в возрасте от 16 до 89 лет. Все три шкалы дают полномасштабную оценку IQ или полную оценку способности к познавательным действиям, которая является комбинацией оценок вербального IQ и IQ активности (или невербального).

- Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition as a Process Instrument: Digit Span and Spatial Span Subtests (Шкала интеллекта Векслера для детей – третье издание, как процессуальный инструмент: субтесты цифрового диапазона и пространственного диапазона) (WISC-III PI; Kaplan, E., Fein, D., Kramer, J., Delis, D., Morris, R., 1999). Субтест цифрового диапазона WISC-III PI оценивает непосредственное слуховое внимание и слуховую оперативную память. В этом субтесте экзаменующийся должен вспомнить последовательности чисел увеличивающейся длины. При прямом условии экзаменующийся вспоминает последовательность в том же самом порядке, в котором они были представлены; при обратном условии экзаменующийся должен запомнить последовательность чисел в обратном порядке. Субтест пространственного диапазона WISC-III PI - визуальный аналог субтеста цифрового диапазона WISC-IV. Он включает непосредственное визуальное внимание и визуальную оперативную память. Экзаменующийся должен немедленно запомнить расположение блока, который он коснулся на доске. Сначала запоминается прямая последовательность, а затем обратная. В дополнение к итоговому показателю оба субтеста предлагают отдельные показатели для прямого и обратного порядка. Эти тесты ориентированы на детей в возрасте от 6 до 16 лет.

- Wisconsin Card Sorting Test (Висконсинский тест сортировки карточек) (WCST; Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G., and Curtiss, G., 1993): WCST - способ решения задач познавательной гибкости. Он включает сортировку экзаменуемым карточек и решение задач по изменению принципа их сортировки согласно негласному правилу. Результаты показывают, насколько успешно экзаменуемый решает задачи, насколько гибко его мышление, и насколько быстра его реакция на экзаменатора. Данный тест используется для всех возрастных групп, начиная с 6 ½ лет.
- The Wechsler Individual Achievement Test — Second Edition (Тест отдельных достижений Векслера – второе издание) (WIAT-II; Wechsler, D., 2001). WIAT-II - всесторонняя оценка академических навыков, включая чтение, правописание и арифметику. Важно, что эти сферы дают информацию по всем областям, которых касается закон об образовании граждан с отклонениями в развитии (IDEA). Тест ориентирован на все возрастные группы, начиная с 4 лет. По усмотрению экзаменатора можно проводить весь тест целиком либо отдельные субтесты для более лимитированной оценки.

Ссылки: Психологическая оценка ФАС и подобных расстройств

- Achenbach, T.M., and Rescorla, L.A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Bayley, N. (1993). Bayley Scales of Infant Development, Second Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beery, K.E. and Buktenica, N.A., (1997). Developmental Test of Visual Motor Integration- Fourth Edition. Modern Curriculum Press, New Jersey.
- Cohen, M.J. (1997). Children’s Memory Scale. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Conners, C.K. (2000). *Conners' Rating Scales — Revised*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Delis, D.C., Kaplan, E., and Kramer, J.H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E., and Ober, B.A. (1994). *California Verbal Learning Test –Children's Version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Gibbs, J.C., Basinger, K.S., and Fuller, D. (1992). *Moral Maturity: Measuring the Development of Sociomoral Reflection*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., and Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G., and Curtiss, G. (1993) *Wisconsin Card Sorting Test*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Kaplan, E., Fein, D., Kramer, J., Delis, D., Morris, R. (1999). *Wechsler Intelligence Scale for Children — Third Edition as a Process Instrument*. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Korkman, M., Kirk, U., Kemp, S. (1998). *NEPSY: A developmental Neuropsychological Instrument*. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Kovacs, M. 1992. *The Childhood Depression Inventory*. Multi-Health Services, Inc., New York.
- Llorente, A.M., Williams, J., Satz, P., and D'Elia, L., (2003). *Children's Color Trails Test*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- O'Connor, M.J. and Kasari, C. (2000). Prenatal alcohol exposure and depressive features in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (7), 1084-1092.

- Sparrow, S.S., Balla, D.A., Cicchetti, D.V. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., Press, S. and Sampson, P.D. A Fetal Alcohol Behavior Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (2), 325-333.
- Wechsler, D. (1997). Wechsler Adult Intelligence Scale — Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2003). Wechsler Intelligence Scale for Children — Fourth Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2002). Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence — Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2002). Wechsler Individual Achievement Test — Second Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wiig, E.H. and Secord, W. (1989). Test of Language Competence — Expanded Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

D. Обратная связь

1. Цели обратной связи

Существуют три основных цели, на который направлен процесс обратной связи. Сначала группа специалистов (междисциплинарная команда по ФАС) предоставляет семье информацию о результатах оценки и рекомендованных вмешательствах. Такие данные включают специфические диагностические показатели (то есть, соответствует ли индивидуум критериям ФАС или другого отклонения и почему), нынешний уровень функционирования индивидуума во многих сферах (к примеру, познавательной, поведенческой, эмоциональной,

межличностной/социальной, образовательной/профессиональной), факторы, которые могут оптимизировать или, наоборот, угнетать активность пациента (к примеру, супружеский конфликт родителей, социальная поддержка и т.д.) и специфические вмешательства, нацеленные как на урегулирование проблем индивидуума и его семьи, так и на достижение положительных результатов, опираясь на внутренние ресурсы и перспективные стороны личности пациента и членов семьи.

Во-вторых, семье необходимо рассказать о пренатальном воздействии алкоголя и фетальном алкогольном синдроме. Это даст возможность семье соотнести свои ожидания в отношении положительных результатов, основываясь на реально существующих слабых и сильных сторонах личности пациента, что в значительной степени может снизить вероятность претензий членов семьи к своему родственнику. Кроме того, данная мера существенна в тех случаях, когда семье приходится защищать пациента при взаимодействии со специалистами, которые могут быть не знакомы с проявлениями пренатального воздействия алкоголя или ФАС. Она крайне обоснована тем, что биологические родители будут предупреждены об угрозе рождения других детей с отклонениями, спровоцированными пренатальным воздействием алкоголя, или ФАС, что может значительно снизить такую возможность.

В-третьих, группа специалистов должна обеспечить семье эмоциональную поддержку, сообщив о результатах обратной связи. Эмоциональные проявления различных семей могут быть неожиданными, и врачи должны быть к этому готовы. Родственники могут испытывать гнев, печаль, тревогу, вину, позор, шок, проявлять недоверие или высказывать отрицание, в конце концов, показывать целую гамму эмоций. Специалистам группы всегда необходимо идти навстречу родственникам пациента, помогая им справиться не только со своими эмоциональными реакциями, но и с тем, как они реагируют на

отношение других членов семьи к этой проблеме. Скажем, реакцией матери может быть подавленное состояние, тогда как отец, к примеру, склонен не принимать ситуацию, что способно вызвать гнев матери на нежелание отца согласиться с диагнозом. Специалисты должны ясно сформулировать, что каждый член семьи естественным образом по-своему переживает данные обратной связи. Команде также важно признать, что эмоциональный отзыв родственников - постоянный процесс, и маловероятно, что семья (или группа специалистов) прекратят работу над результатами с чувством окончательно исполненного долга. Скорее, обратная связь должна рассматриваться специалистами, и, стоит надеяться, семьей как начало новой стадии в жизнедеятельности пациента и его родственников, когда достигнуто лучшее понимание проблем индивидуума, а вмешательство и необходимые меры способны повысить качество жизни и пациента, и его близких.

2. Структура и формат обратной связи

Возникает множество соображений в вопросе структурирования обратной связи с семьей пациента. Во-первых, кто будет ее осуществлять? Должен ли ее проводить один из членов команды, или представители различных дисциплин, связанных с разными сферами развития, будут ответственны за предоставление результатов? Независимо от того, какой избран формат, необходимо, чтобы обратная связь осуществлялась последовательно, хорошо продуманно, способствуя пониманию семьей представленных данных.

В связи с этим важно, чтобы обратная связь была достаточно детализированной и всесторонней с тем, чтобы семья, получив результаты оценки, имела четкое представление о диагнозе индивидуума, связанных с ним последствиях, перспективных сторонах личности пациента, а также плане лечения. Однако неизбежен предел объема информации, доступный семье в

рамках одной сессии обратной связи; соответственно, семья не должна быть перегружена таким количеством данных, которое сведет результаты обратной связи к чувству недоумения, нивелируя ожидаемую пользу.

Хотя существует множество способов организации обратной связи, предлагаемый далее формат может быть полезным. Вначале группа специалистов представляет семье краткий обзор осуществления обратной связи, затем спрашивает семью, приемлем ли такая форма. Подобные действия гарантирует понимание самого процесса, а также того, что любое проявление беспокойства родственников не останется без внимания и все члены семьи станут равноправными участниками процедуры. Далее специалисты исследуют основные проблемы для выработки общей структуры обратной связи, обязательно подчеркивая значимость точки зрения родственников пациента на данный аспект. Затем дается описание методов оценки (к примеру, клинические интервью, поведенческие наблюдения, стандартизированное тестирование и т.д.) с целью объяснить, каким образом специалисты пришли к выводам по результатам обратной связи. Следом рассматриваются любые данные, предлагаемые другими источниками (к примеру, мнения преподавателей, точки зрения предыдущих специалистов и т.д.). В сотрудничестве с родственниками проводятся наблюдения за поведением пациента в течение определенного времени (скажем, первая сессия тестирования в сравнивается с последующими) и в разных ситуациях (к примеру, в форме свободной игры в сравнении со стандартизированным тестированием; с экзаменатором или отдельно с родителями). Важно выдвигать на первый план как положительные, так и отрицательные аспекты поведения индивидуума, и обсуждать способы, которыми поведенческие наблюдения могут помочь интерпретации результатов тестирования (например, индивидуум настолько был взволнован во время тестирования, что не выполнил его на оптимальном для себя уровне). Затем

команда обсуждает результаты стандартизированного тестирования. Вероятно, наибольшую пользу принесет обсуждение результатов такого тестирования в сопоставлении с подвергающейся оценке сферой (к примеру, познавательной, поведенческой, эмоциональной, адаптивной) и обсуждение клинических значимости любых результатов тестирования (скажем, «задержка рецептивной речи у пациента означает проблематичное выполнение устных инструкций или указаний или понимание того, что его просят сделать»). По рассмотрению результатов тестирования следует добиться обратной связи, касающейся диагностируемых проблем. При вынесении диагноза группе специалистов необходимо принять во внимание уровень осведомленности семьи относительно диагноза (то есть, обратились ли за помощью, отдавая себе отчет в том, что у индивидуума может быть ФАС или диагноз будет являться для них полной неожиданностью?) и дать родственникам некоторое время на осмысление того, что они узнали, одновременно ожидая вопросов с их стороны, касающихся самого диагноза (к примеру, «Означает ли, что наш ребенок умственно отсталый? Может ли он проходить обучение в обычной школе?»). Родственники могут получить, в зависимости от их реакции на диагноз, общую информацию по ФАС. То есть, та семья, которая в некоторой степени была готова к тому, что ребенку может быть диагностирован ФАС, в состоянии воспринять более детальную информацию о заболевании; тогда как семья, испытывающая шок относительно диагноза, способна воспринять лишь общие данные по ФАС. Вслед за диагностической обратной связью семье следует предоставить приблизительный план лечения. Рекомендации необходимо рассматривать в порядке приоритета, предоставляя соответствующее объяснение каждой рекомендации, и поинтересоваться у родственников степенью приемлемости рекомендаций. Наконец, следует дать родственникам

возможность задать любой вопрос по их проблеме, части которой могли остаться и незатронутыми.

3. Расспрос специалистов после выполнения задания

При процессе проведения оценки пациентов с пренатальным воздействием алкоголя у специалистов могут возникать вопросы. Хотя их обсуждение естественным образом должно проходить во время процедуры, рассмотрение их после нее, при вынесении заключительного решения, также вполне приемлемо. Специалисты группы могут порой испытывать озабоченность в связи с ухудшением показателей индивидуума и неблагоприятным для него прогнозом, озабоченность относительно позиции родителей/опекунов и их роли в жизни пациента в плане того, насколько они препятствуют или способствуют его развитию, относительно реакции родителей/опекунов на диагноз и рекомендации. Чувства гнева, подавленности или апатии не редкость в работе с пациентами с проявлениями пренатального воздействия алкоголя и их семьями. Как нет ничего необычного для членов группы в чувстве недоумения, которые они сами испытывают, сталкиваясь с тем, что другие специалисты-медики, специалисты в области психиатрии или школьный персонал своевременно не диагностировали отклонение у пациента и не предоставили соответствующие меры помощи. Подобными сомнениями необходимо делиться с другими членами команды во избежание неэффективной работы над конкретной проблемой индивидуума и его семьи.

Ссылки

Adnams, C. M., Kodituwakku, P. W., Hay, A., Molteno, C. D., Viljoen, D., and May, P. A. (2001). Patterns of cognitive-motor development in children with fetal alcohol syndrome from a community in South Africa. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (4), 557-562.

- Alcohol and Health. (1997). The Ninth Special Report to Congress from the U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 97-4127.
- Astley, S. J. and Clarren, S. K. (2001). Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: Correlations with brain dysfunction. *Alcohol and Alcoholism*, 36 (2),147-159.
- Carmichael Olson, H and Clarren, S.G. (1996) FAS Diagnostic and Prevention Network. Manual for Psychological Assessment and Treatment Planning for Individuals with FAS and Related Conditions. University of Washington.
- Carmichael Olson, H., Morse, B.A., and Huffine, C. (1998b). Development and psychopathology: Fetal alcohol syndrome and related conditions. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 3, 262-284.
- Connor, P.D., Streissguth, A.P., Sampson, P.D., Bookstein, F.L., and Barr, H.M. (1999). Executive functioning deficits in adults prenatally expose to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (5), 1395-1402.
- Famy, C., Streissguth, A.P., and Unis, A.S. (1998). Mental illness in adults with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 552-554.
- Institute of Medicine (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Jacobson, J. L, Jacobson, S. W., Sokol, R. J., Martier, S. S. and Ager, J.W. (1993). Prenatal alcohol exposure and infant information processing ability. *Child Development*, 64, 1706-1721.
- Kodituwakku, P.W., Handmaker, N.S., Cutler, S. K., Weathersby, E. K. and Handmaker, S. D. (1995). Specific impairments in self-regulation in children exposed to

- alcohol prenatally. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1558-1564.
- Korkman, M., Autti-Rämö, Ilona, Koivulehto, and Granstrom, M-L. (1998). Neuropsychological effects at early school age of fetal alcohol exposure of varying duration. *Child Neuropsychology*, 4 (3), 199-212
- Mattson, S. N., Goodman, A.M., Caine, C., Delis, D.C., and Riley, E.P. (1999). Executive functioning in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (11), 1808-1815.
- Mattson, S. N. and Riley, E. P. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 279-294.
- Mattson, S.N., Riley, E.P., Delis, D.C., Stern, C., and Jones, K.L. (1996). Verbal learning and memory in children with fetal alcohol syndrome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20 (5), 810-816.
- Mattson, S.N., Riley, E.P., Gramling, L., Delis, D.C., and Jones, K.L. (1997). Heavy prenatal alcohol exposure with or without physical features of fetal alcohol syndrome leads to IQ deficits. *The Journal of Pediatrics*, 131 (5), 718-721.
- Mattson, S. N., Riley, E.P., Gramling, L., Delis, D.C., and Jones, K.L. (1998). Neuropsychological comparison of alcohol-exposed children with or without physical features of fetal alcohol syndrome. *Neuropsychology*, 12 (1), 146-153.
- May, P.A. and Gossage, J.P. (2001). Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome: A Summary. *Alcohol Research and Health*, 25, (3), 159-167.
- Nanson, J.L. and Hiscock, M. (1990). Attention deficits in children exposed to alcohol prenatally. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14 (5), 656-661.

- O'Connor, M.J. and Kasari, C. (2000). Prenatal alcohol exposure and depressive features in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (7), 1084-1092.
- O'Connor, M.J., Kogan, N., and Findlay, R. (2002a). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (10), 1592-1602.
- O'Connor, M.J., Shah, B., Whaley, S.E. Cronin, P., Graham, J., Gunderson, B. (2002b). Psychiatric illness in children exposed to alcohol prenatally, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (4), 743-754.
- Roebuck, T.M., Mattson, S.N., and Riley, E.P. (1998). A review of the neuroanatomical findings in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (2), 339-344.
- Roebuck, T.M., Mattson, S.N., and Riley, E.P. (1999). Behavioral and psychosocial profiles of alcohol exposed children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1070-1076.
- Schonfeld, A.M., Mattson, S.N., Lang, A.R., Delis, D.C., and Riley, E.P. (2001). Verbal and nonverbal fluency in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (2), 239-246.
- Stratton, K., Howe, C., and Battaglia, F. (Eds.). (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Streissguth, A. P. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Paul H. Brooks Publishing Company, Baltimore.
- Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K., et al. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of American Medical Association*, 265, 1961-1967.

- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J. and Bookstein, F.L. (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final Report to the Center for Disease Control. Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Sampson, P.D., Parrish-Johnson, J.C., Kirchner, G.L., and Martin, D.C. (1986). Attention, Distraction, and reaction time at age 7 years and prenatal alcohol exposure. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 8, 717-725.
- Streissguth, A.P. and Kanter, J. Eds. (1999). *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*. (2nd ed.). Seattle: University of Washington Press.
- Streissguth, A. P. and Little, R. E. (1994). Alcohol, Pregnancy and the Fetal Alcohol Syndrome, Unit Five. *Biomedical education: Alcohol Use and Its Medical Consequences* (Slide Lecture Series, 2nd ed.). Hanover, NH: Dartmouth Medical School, Project Cork.
- Streissguth, A. P. and O'Malley, K. (2000). Neuropsychiatric Implications and Long-Term Consequences of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5 (3), 177-190.
- Thomas, S. E.; Kelly, S. J.; Mattson, S. N.; Riley, E. P. (1998). Comparison of social abilities of children with fetal alcohol syndrome to those of children with similar IQ scores and normal controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 528-533.
- Whaley, S.E., O'Connor, M.J., and Gunderson, B. (2001). Comparison of the adaptive functioning of children prenatally exposed to alcohol to a nonexposed clinical sample, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (7), 118-124.

Уровень компетентности в области ФАС VI:

ведение случая

Студент-медик/медицинский работник обеспечит долгосрочное ведение случая пациентов с ФАС и другими дородовыми нарушениями, связанными с алкоголем

Учебные цели

VIA: обучающийся будет в состоянии выполнить соответствующее ведение случая.

Учебные цели и относящиеся к ним задачи

Цель VIA: обучающийся будет в состоянии выполнить соответствующее ведение случая.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none">• выразить убеждение в важности раннего вмешательства (A)• подчеркнуть необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению (A)• признать наличие довлеющего фактора на семьи, воспитывающих детей с ФАС (особенно, со стороны образовательных школьных систем) (A)• признать важность обучения защите (образовательной, медицинской, социальной и т.д.) семей и индивидуумов с ФАС (A)• дать правильное описание стандартных случаев часто диагно-	<ul style="list-style-type: none">• объяснить важность информации, сообщаемой родителями, и принять ее в качестве неотъемлемой составляющей мер, рекомендуемых по ведению конкретного случая (A)• адекватно реагировать на проявление чувства вины и стыда, которое может возникнуть у родственников пациента после вынесения диагноза (A)• дать оценку необходимости в направлении пациента в соответствующие учреждения, на проведение соответствующих мер, оказание поддержки (A)• учесть, что многие семьи годами	<ul style="list-style-type: none">• описать широкий диапазон вариантов лечения (A)• понять, что соответствующие меры редуцируют вторичные отклонения, связанные с поведением (A)• принять во внимание то, что некоторые семьи могут испытывать чувства вины и стыда (A)• относиться с участием к проявлению стыда пациента и его родственников, связанного с ФАС/ARND и алкоголизмом (A)• показать убежденность в необходимости соответствующего лечения зависимости некоторой категории беременных женщин от

<p>стируемых неверно (К)</p> <ul style="list-style-type: none"> • дать описание возможных вариантов лечения людей с ФАСН (К) • распознать вторичные отклонения, связанные с ФАСН (К) • объяснить защитные меры, способные в какой-то мере нивелировать вторичные отклонения (К) • распознать возможные нарушения поведения /недостаточность развития ЦНС, связанные с ФАС (К) 	<p>ожидают постановки правильного диагноза (А)</p> <ul style="list-style-type: none"> • учесть переходные периоды жизни, такие как начало школьной деятельности, рабочей деятельности, самостоятельной жизни (А) • учесть возможную напряженность отношений пациента с родными братьями/сестрами и негативное их воздействие на ход долговременного лечения, нивелирующее положительные результаты (А) • иметь четкую картину совокупности нужд и проблем семьи (К) • охарактеризовать современные данные исследований относительно фармацевтических препаратов и других вмешательств для пациентов с ФАС/ARND (К) • обосновать важность объяснения неизменного фактора ФАС/ARND и, исходя из этого, планирования будущего (К) • обосновать необходимость в определенном режиме и графике для индивидуумов с ФАСН (К) • при необходимости рекомендовать дополнительные процедуры оценки (S) 	<p>наркотических веществ(А)</p> <ul style="list-style-type: none"> • охарактеризовать современные тенденции лечения пациентов с ФАС/ARND • дать характеристику данным последних исследований относительно способов лечения • указать специалистов в этой области, практикующих как в данном регионе, так и в других регионах страны • охарактеризовать важность мониторинга биологических семей (К) • при необходимости поддержать решение о вмешательстве (К) • дать соответствующие формы рекомендаций по контрацепции биологическим родителям и индивидуумам с ФАС (К) • дать рекомендации другим врачам относительно того, как сообщить семье о специфических ограничениях их ребенка и необходимости сделать упор на сильных сторонах его личности (S) • объяснить сложности, связанные с воспитанием детей с ФАСН (S) • обеспечить долгосрочную поддержку опеки в качестве решения (S) • внушить важность проведения мер, направленных на воспитание чувства собственного достоинства детей с ФАСН (S)
---	--	--

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VIА: обучающийся будет в состоянии выполнить соответствующее ведение случая, продолжение.

<p>Уровень 1 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i></p>	<p>Уровень 2 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i></p>	<p>Уровень 3 <i>Обучающийся будет в состоянии...</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • понять точку зрения многих родителей, что домашняя опека "излечит" ФАС/ARND (A) • активно затрагивать в разговоре с семьей и пациентом тему, касающуюся потребления алкоголя матерью (S) • определить опасные моменты в истории матери (S) • наблюдать младенца непосредственно в целях ранней диагностики (S) • проводить наблюдение ребенка с целью выявления задержек развития (S) • проводить наблюдение пациента с целью выявления проблем поведенческого/познавательного характера (S) • проводить наблюдение пациента с целью выявления неудовлетворительных показателей веса или других проблем, касающихся здоровья (S) 	<ul style="list-style-type: none"> • признать, что культурная восприимчивость (подоплека, фон - ?) должна учитываться при обсуждении с семьей проблем, связанных с алкоголем (A) • дать описание познавательных и поведенческих характеристик ФАС (K) • принимать во внимание характеристики ФАС, касающиеся познавательной и поведенческой сфер, предлагая рекомендации по курсу лечения (K) • охарактеризовать процедуру направления к специалистам (K) • казать местных экспертов в данной области (K) • при необходимости направить пациента соответственно к эрготерапевту (OT), физиотерапевту (PT), логопеду (SLP), массажисту и другим специалистам (S) • при необходимости направить пациента соответственно к невропатологу, психиатру и/или психологу (S) • направить пациента соответственно к семейному психотерапевту или опытному консультанту за помощью в сфере поведенческих/коммуникативных проблем и/или проблем, относящихся к наркотической или алкогольной зависимости (S) • прописать соответствующие лекарства (S) • продолжить работу с семьей после выявления диагноза ФАС (S) • затрагивать тему репродуктивного здоровья с биологическими родителями детей с ФАС • способствовать членам семьи принять перемены, произошедшие в их жизни (S) • признать естественным тот факт, что родственники пациента способны ощущать моральную подавленность (S) • помочь родственникам определить перспективные черты личности пациента с ФАС (S) • дать рекомендации по созданию систем поддержки (S) • предписать нуждающиеся семье соответствующим образом осуществляемые долгосрочные меры поддержки (S) • узнать об отношениях пациента с родными братьями/сестрами • предоставить родственникам пациента в помощь специалистов, обучающих навыкам защиты прав больного(S) 	<ul style="list-style-type: none"> • рассказать о роли врача в обеспечении безопасной и эффективной контрацепции в семьях, способных иметь детей (S) • настаивать на необходимости и функции долговременного ведения случая семей с ФАС • поддерживать в медицинских работниках чувство собственной необходимости пациентам с диагнозом ФАС • выступать за перемены в системах

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Содержательная схема уровня компетентности VI

I. Описание ведение случая на протяжении отрезков жизни пациентов

- A. Младенчество
- B. Раннее детство
- C. Школьный возраст
- D. Подростковый возраст
- E. Старший возраст
- F. Семья и опекуны

II. Подходы к лечению ФАСН

A. Медицинское фармакологическое вмешательство

- 1. Невропатолог
- 2. Специалисты первичного звена
- 3. Педиатр
- 4. Офтальмолог
- 5. Пластический хирург
- 6. Эндокринолог
- 7. Гастроэнтеролог
- 8. Диетолог
- 9. Сурдолог

B. Психиатрическое консультирование

- 1. Психолог
- 2. Психиатр
- 3. Консультант/терапевт

C. Терапевтический список

- 1. Физиотерапия
- 2. Трудотерапия
- 3. Меры, относящиеся к патологии речи

4. Сенсорная интеграция
- D. Альтернативные подходы
1. Биологическая обратная связь
 2. Лечение витаминами/травами
 3. Восстановительная терапия
 4. Релаксация
 5. Креативная арттерапия
 6. Йога/упражнения

III. Службы и ресурсы жизнеобеспечения

- A. Родительские стратегии
- B. Образовательные стратегии
- C. Услуги для людей с ограниченными возможностями
- D. Социальная поддержка и поддержка отдыха

IV. Ресурсы и процесс направления к специалистам

- A. Специалисты
- B. Сети поддержки
 1. Вебсайты
 2. Бюллетени
 3. Группы поддержки
 4. Линии для беседы (телефоны доверия, службы доверия)
 5. Семинары, проводимые для семей

V. Последующая работа после направления к специалистам

Содержательные ресурсы уровня компетентности VI

Кэтлин Тавеннер Митчелл

I. Описание ведение случая на протяжении отрезков жизни пациентов

Эмбриональные нарушения алкогольного спектра являются прямым результатом потребления алкоголя матерью в период беременности. Основные отклонения, часто испытываемые индивидуумами с ФАСН, затрагивают сферу памяти, восприятия, координации, абстрактного мышления, навыков организации и социального взаимодействия.

Данные отклонения, начинаясь в младенчестве, сопровождают человека всю жизнь. Практикам, ведущим случай конкретного пациента или задействованным в лечении индивидуума с ФАСН и в работе с его семьей, предстоит руководить мерами поддержки на протяжении всей жизни пациента. Меры предупредительного и организованного ухода становятся ключевыми в отношении пациентов с признаками ФАСН. Поэтому участие семьи и опекунов является неотъемлемым в процессе планирования лечения. Часто родственники пациента представляют собой сложность в работе с больным, поскольку сами могут обладать проблемным здоровьем и быть причиной социального дискомфорта. Существенно, чтобы план лечения отражал связанный со здоровьем общий климат семьи.

A. Младенчество

Младенцы с ФАСН не реагируют обычным образом на привычные методы воспитания. Их реакции могут быть не одинаковыми; каждый ребенок - уникальный индивидуум с поврежденными или, по крайней мере, затронутыми сенсорными системами. В данном случае часто встречающиеся отклонения это - недостаточная организованность, нарушенные циклы сна-бодрствования, раздражительность, недостаточный вес, средний показатель смертности,

гипотония, трудности с грудным кормлением и задержки развития. Каждого младенца необходимо подвергнуть оценке с целью определения недостаточности развития определенных сфер, а также выявления перспективных сторон организма ребенка.

В. Раннее детство

На этой стадии развития родители могут заметить признаки сложностей в обучении. Как правило, у малыша проявляются трудности в речи и/или задержки ее развития, он тяжело приучается к горшку, наблюдаются задержки моторных навыков и продолжающиеся нарушения сна. Такой ребенок часто кажется беспокойным, очень не внимательным и легко отвлекаемым. Нередки проблемы с вкусовыми, звуковыми и тактильными ощущениями. Чрезмерная низкорослость для своего возраста и подверженность инфекциям и простудам также характерные признаки.

С. Школьный возраст

У детей школьного возраста продолжают все те же проблемы с организацией, моторным развитием, вниманием и нередко сном. Их часто рассматривают как детей с нарушениями функций внимания и поведения, школьной неуспеваемостью и нарушениями психического здоровья. У них нередко нарушения причинно-следственных связей. Проблемы восприятия делают их уязвимыми к вспышкам или приступам гнева. Ими испытываются трудности с установлением и сохранением дружеских отношений, но часто не могут различать социальных намеков, принять социальные границы и у них есть проблема «чужой – безопасность».

Д. Подростковый возраст

У многих подростков с ФАСН имеются тяжелые поражения в области психического здоровья. Они могут проявлять склонность к перепадам настроения, тревоге и/или депрессии. Подростки с ФАСН могут легко попадать в опасные ситуации. Не обладая чувством границ личной или социальной дозволенности, любят привлекать к себе внимание, а в результате оказываются в моральной изоляции. Импульсивность и необъективность суждений способны помешать им достичь собственной независимости и добиться того, чего добиваются их друзья, скажем, получения водительских прав. Все это порождает низкую самооценку, приводящую к большим проблемам во взрослой жизни.

Е. Старший возраст

Для взрослых с ФАСН характерным становится существенная неравномерность развития. Они могут быть склонны к серьезному чтению или быть талантливыми музыкантами, но не способны к простым математическим действиям. Инфантильны в вопросах с деньгами, с трудом иногда сообщают время или даже переходят дорогу. Нередко навязчивы и импульсивны, что приводит к проблемам социального характера. Зависимы от чужой воли, тем самым значительно рискуя стать жертвой положения. Взрослым на самом деле помогает руководство специалистов и длительная поддержка в вопросах места жительства, профессионального обучения для инвалидов, перемещении, консультирования и тренировки относительно профессиональной занятости и приобретении квалификации в соответствии с уровнем инвалидности.

Ф. Семьи и опекуны

Воспитание ребенка (детей) с ФАСН может лучше осуществляться в более подходящих условиях, нежели домашние. Родственникам необходима

поддержка и отдых во избежание чрезмерного утомления, часто наблюдаемое у родителей детей с отклонениями развития. Биологическая семья, вполне возможно, подлежит наркологической оценке и, вероятно, должна быть направлена в центр наркологического лечения. В некоторых случаях детей следует забрать из дома в целях обеспечения их безопасности и гарантии ухода за ними. Любая семья, чей родственник живет с диагнозом ФАСН, нуждается в консультации, поддержке и материалах, отвечающих их нуждам и способствующим заботе о близких, больных ФАСН.

II. Подходы к лечению ФАСН

Ведение случая с ФАСН крайне сложно и подход к нему изменяется в зависимости от количества и серьезности отклонений. основополагающими элементами его, не исключая и иных составляющих, становятся медицинское, клиническое, терапевтическое и образовательное вмешательства. Члены многих семей и работники здравоохранения экспериментируют с нетрадиционными и альтернативными методами вмешательства. Сейчас мы на начальной стадии понимания того, как помочь индивидуумам с различными проявлениями ФАСН. В настоящее время ведутся исследования относительно того, какие вмешательства могут быть полезными, а какие - нет. Данная область знаний и навыков каждый день пополняется новыми рекомендациями и информацией. Практикам необходимо проводить оценку семей с целью выработки практических стратегий и осуществления направлений к специалистам, ориентированных на их нужды. Поэтому специалистам приходится быть готовыми к испытанию новых методов в работе над проблемами, с которыми сталкиваются семьи пациентов.

A. Медицинское фармакологическое вмешательство

Вопрос медикаментозного лечения очень спорный, поскольку существует не так много исследований, посвященных ему, и приходится полагаться на сообщения о клиническом опыте и на то, что «кажется» в нем эффективным. Некоторые препараты, о положительном действии которых сообщают клиницисты, включают Adderall XR, Concerta, Straterra и Ritalin LA. Некоторые специалисты отметили, что использование более высоких доз данных препаратов в практике с маленькими детьми приводит к уменьшению гиперактивности и импульсивности.

В качестве дополнительного лечения нарушений настроения или крайней гиперактивности, которые только частично сдерживаются стимуляторами, иногда назначают нейролептики. Некоторым детям с проявлениями внутриутробного воздействия алкоголя присуще циклическое нарушение настроения. При таком случае антидепрессанты способны форсировать маниакальный приступ, а эффективными могут быть следующие препараты: Risperdal, Seroquel, и Geodonmay. Часто бесполезны стабилизаторы настроения, такие как Neurontin (при высокой степени тревожности), Trileptal, а в некоторых случаях Depakote. При депрессии часто прописывают Zoloft, celexa и lexapro.

Врачам необходимо проявлять внимательность, отличая признаки недостаточности познавательной сферы от недостаточности познавательных возможностей, связанных с депрессией, тревогой или психозом. Первые можно скорректировать благодаря соответствующему лечению. Основные проблемы познавательной сферы в лечении поддаются стимуляторам, в зависимости от того, какие из них Вы рассматриваете, но часто от того, с чем Вам необходимо иметь дело. <1>

Может случиться необходимым направить младенца или ребенка старшего возраста с диагнозом ФАСН к специалистам с целью оценить и

рассмотреть различные физические проблемы, изучить моторную координацию, причины школьной неуспеваемости, параметры психического здоровья и аспекты поведения. Взрослым, возможно, понадобится последующие направление и мониторинг с целью изучения его медицинских проблем и психического расстройства. Практикам необходимо иметь представление об обычных медицинских характеристиках и вторичных проявлениях, связанных с ФАСН, чтобы провести раннюю идентификацию и вмешательство. Неполный перечень специалистов соответствующих направлений, которые могут быть полезными при лечении ФАСН, дается ниже.

1. Невропатолог

Попав в кровеносную систему развивающегося плода, алкоголь может нанести невосполнимый ущерб его мозгу и центральной нервной системе (ЦНС). Поскольку невропатологов учат диагностировать заболевания нервной системы и бороться с ними, именно они могут стать теми, кто первыми выносят диагноз ребенку с признаками внутриутробного воздействия алкоголя. Дисфункция ЦНС проявляется судорожными расстройствами, задержкой развития, нарушениями грубой или мелкой моторики, неразвитостью интеллектуальной сферы, школьной неуспеваемостью и/или недостаточностью внимания, памяти и речи. <2>

2. Специалисты первичного звена

Роль специалистов первичного звена заключается в том, чтобы выявить случай, взять на себя его ведение, организовав направления и предварительное руководство для родственников детей, пораженных ФАСН. Приняв во внимание жалобы родителей по поводу плохого роста и развития ребенка, они в состоянии провести раннюю диагностику ФАСН. Специалисты первичного звена могут также осуществить помощь родителям в обеспечении безопасной жизнедеятельности их ребенка. Скажем, принять решение, оставить ли ребенка

дома или поместить его в терапевтическое отделение. Наконец, рекомендации по направлению от специалистов первичного звена являются решающими при интеграции людей с ФАСН в более сложную медицинскую систему. <3>

3. Педиатр

Педиатры - специалисты первичного звена медицинской службы, работающие с маленькими детьми. Их роль в как можно более раннем выявлении ФАСН становится ключевой для интервенционного процесса. Некоторые педиатры, основываясь на рекомендациях института медицины (ИОМ), уверенно диагностируют ФАС. Другие предпочитают, чтобы ребенка обследовал дисморфолог с целью исключить генетические нарушения, похожие на ФАС. Педиатру необходимо обладать навыками разговора с матерью ребенка о возможном потреблении ею алкоголя и иных наркотических средств. Возможно и направление педиатром матери на соответствующую оценку для проведения мер наркологического характера с тем, чтобы устранить в дальнейшем привычку принимать спиртное в период беременности. Специалист должен знать о соматических нарушениях и отклонениях в развитии ЦНС, провоцируемых ФАСН, с целью своевременного направления пациента к соответствующим специалистам.

4. Офтальмолог

У некоторые детей, подвергшихся внутриутробному воздействию алкоголя, наблюдается заболевание, называемое страбизмом. Страбизм, или чаще косоглазие, состояние зрения, при котором человек не может нормально синхронизировать действия двух глаз. Его необходимо рано выявлять и лечить. Различные нарушения зрения у детей с ФАСН принадлежат компетенции данного специалиста. Курс лечения может включать корректировку зрения, в том числе с помощью очков, а также выполнение задач зрительно-моторной координации. <4>

5. Пластический хирург

К услугам пластического хирурга прибегают в том случае, если у ребенка с ФАСН выявляются заячья губа или волчья пасть. Формирование губ и неба происходит в начальном периоде беременности, когда женщина часто о ней еще и не догадывается. Потребление алкоголя в это время может стать причиной уменьшения количества фолиевой кислоты, что способно привести к аномальному развитию губы или рта. Расщелина или трещина образуются при неправильном соединении сторон рта. Заячья губа или волчья пасть связаны с целым рядом негативных последствий, таких как неустойчивость аппетита, ушные инфекции, потеря слуха, задержка речи и заболевания зубов. <5>

6. Эндокринолог

Область специализации эндокринолога – проблемы роста, поэтому его услуги могут понадобиться в процессе лечения детей с ФАСН. Эндокринолог, обсуждая историю пациента с его родственниками, в состоянии выявить зависимость недостаточности роста от отвечающих за это гормонов.

7. Гастроэнтеролог

Гастроэнтеролог может рекомендовать введение гастростомической трубки в случае плохого прибавления веса у ребенка, связанного с тем, что младенец не получает или не способен получить либо усвоить количество пищи, достаточное для ожидаемого прибавления веса и роста. Необходимы совместные усилия родителей и врача, направленные на достижение нормальных показателей у ребенка. Гастростомическая трубка может быть помещена в желудок пациента с целью удаления воздуха или дренажа. Либо может использоваться в качестве альтернативного метода кормления. <6>

8. Диетолог

Младенцы, перенесшие внутриутробное воздействие алкоголя, нередко рождаются с маленькими показателями роста и веса для своего гестационного

возраста. Желательно обследование диетологом. Он даст оценку потребляемым калориям и укажет необходимое количество калорий для восстановления соответствующих параметров роста. В случае обедненного рациона ребенку должна быть назначена диета с высоким содержанием белка и жиров и/или дополняющий рацион напитков. <7>

9. Сурдолог

В. Консультация по психическому здоровью

Если ребенок перенес действие алкоголя в период внутриутробного развития, вследствие чего имеет отклонения в поведенческой сфере и/или академическую неуспеваемость, первые оценочные меры должны быть сделаны в отношении его психического здоровья. Результаты оценки помогут родственникам и учителям адекватно реагировать на поступки ребенка. Рекомендации специалистов в области психиатрии дадут возможность провести соответствующее лечение, способное замедлить аномальные процессы психического развития либо полностью их нивелировать. <8>

1. Психолог

В сотрудничестве с родителями, преподавателями и врачами по выявлению детей с ФАСН должны работать психологи. Команда психологов и врачей необходима для проведения детального врачебного осмотра, оценки развития, тестов познавательной сферы и анкетных опросов, ориентированных на поведение ребенка и заполняемых родителями и школьным персоналом. Психологическая оценка особенно важна, поскольку индивидуумы с ФАСН могут быть интеллектуально более развитыми, нежели кажутся. <9>

2. Психиатр

Проблемы психического здоровья по своему объему стоят на втором месте среди последствий ФАСН. Поводом обращения к психиатру могут быть гиперактивность, сопровождающаяся высокой степенью невнимательности,

(ADHD), приступы паники, тяжелая депрессия, склонность к самоубийству и психотическое поведение. Психиатрическое обследование важно в работе по предотвращению антисоциальных проявлений поведения, которые способствуют низкой самооценке индивидуума, и в определении соответствующего фармакологического лечения. <10>

3. Консультант/терапевт

Иногда консультации проводят с целью помочь детям с ФАСН справиться с проявлениями их дерзкого, агрессивного или эмоционально неоднозначного поведения. Общение с врачом часто не достаточно для детей с ФАСН, поскольку нередко они сводят вербальную форму к физической активности. Тренинги и ролевые игры куда эффективнее в целях изучения соответствующих поведенческих реакций. Обучение социальным навыкам – еще одна сторона работы терапевта, которая должна быть начата врачом и продолжена родителями. <11>

С. Лечебные режимы

При подозрении на задержку развития к ребенку должны быть сразу же применены интервенционные программы в рамках физиотерапии, трудотерапии и патологии речи. Под эгидой Закона об образовании граждан с отклонениями развития (IDEA) программы раннего вмешательства осуществляются во всех штатах.¹

1. Физиотерапия

Физиотерапия может быть основополагающей в развитии опорно-двигательных и грубых моторных навыков у детей с ФАСН. Состояние опорно-двигательного аппарата проявляется мышечным тонусом, осанкой, степенью тренированности и гибкости. Аномально высокий или низкий мышечный тонус (гипотония и гипертония) характерное явление для детей с ФАСН. С помощью терапевтических методов физиотерапии его можно нормализовать.

Сосредоточившись на выработке грубых моторных навыков, можно помочь детям с ФАСН добиться определенных вех развития: научить ползать, ходить, держать равновесие и координацию и самостоятельному передвижению (без чужой помощи). <12>

2. Трудотерапия

Трудотерапия во многом может быть полезна детям, подвергшимся внутриутробному действию алкоголя. Она способствует развитию навыков ухода за собой в повседневной жизни, к примеру, умение одеться, привести себя в порядок и приготовить пищу. В области зрительного восприятия и зрительно-моторных навыков (к примеру, распознавание подобий и различий в образцах), трудностей сенсорной интеграции (к примеру, навыки мелкой моторики, слуховая, и устная сенсорная обработка данных), познания (объем внимания и память) и психосоциологии (социальные навыки и агрессивное поведение), сенсомоторные навыки также могут быть развиты. Что касается питания, у детей возможно механическое нарушение пищевого тракта, что способно быть причиной дисфункционального глотания. Не исключено, что сенсорное нарушение интеграции порождает отвращение к определенным видам пищи. <13>

3. Услуги логопеда

Услуги логопеда содействуют в развитии выразительного языка, рецептивной речи и процессов познания. Работа логопеда с ребенком помогает его более эффективному общению, развивает грамматически правильные структуры предложения и учит выражать свои чувства. Речевая терапия в том числе способствует пониманию разговорного языка. Наконец, она помогает сосредоточиться на познавательной сфере, навыках решения задач, сфере логики, организации и определении очередности.

4. Сенсорная интеграция

Как сказано выше, трудотерапевты также в состоянии помочь детям преодолеть трудности восприятия сенсорной информации, ее интеграции, организации и обработки, а также способствовать выработке соответствующей реакции. В школе и дома деятельность ребенка может быть структурирована так, чтобы нормализовать процессы сенсорной обработки информации. Дети с ФАСН часто испытывают трудность в определении причинно-следственных связей и понимании того, что определенное поведение влечет за собой определенные последствия. Именно семья должна осуществлять наибольшую долю вмешательства в вопросе сенсорной интеграции у ребенка. Чтобы научить ребенка взаимосвязи его поведения с последствиями, может потребоваться значительный объем структуры и многочисленные повторения в совокупности с постоянными заботой и уходом.

D. Альтернативные подходы

1. Биологическая обратная связь

Биологическая обратная связь - техника тренинга по улучшению собственного здоровья и жизнедеятельности на основании сигналов своего организма. Нейро - обратная связь – вид терапии биологической обратной связи, специфически использующая волновую природу информации головного мозга. Ее электроэнцефалограммы наиболее часто применяются с целью улучшения контроля внимания у детей и взрослых при недостаточной развитости данной сферы, но исследователи продолжают изучение результатов терапии биологической обратной связи относительно многих других проблем, связанных с познавательной деятельностью и психическим здоровьем. <14>

2. Лечение витаминами/травами

У многих детей с диагнозом ФАСН наблюдается ADHD. Нередко при лечении этого расстройства дети принимают лекарства, являющиеся

стимуляторами. К сожалению, эти препараты имеют множество негативных побочных действий. Альтернативой могут быть натуральные (травяные или гомеопатические) средства. Думая о курсе альтернативной терапии для своего ребенка, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

3. Восстановительная терапия

Восстановительная терапия раскрывает ресурсы и возможности качественного улучшения здоровья и жизнедеятельности. Терапия восстановления предназначена для реабилитации индивидуумов как с целью наладить их жизнедеятельность и приучить к социальной независимости, так и с целью уменьшить или полностью устранить проявления болезни или недееспособности. Любой план терапии предназначен удовлетворить нужды каждого индивидуума, диктуемые специфическими отклонениями его развития.

<15>

Трудотерапевты и врачи-специалисты по восстанавливающей терапии нередко сотрудничают в разработке плана, включающего как восстановительные игры, так и профессиональные стратегии, долженствующие помочь детям с отклонениями в развитии.

4. Релаксация/визуальные представления

Терапия релаксации/визуальных представлений может успешно реализоваться в работе с людьми, имеющими отклонения в развитии и в связи с этим ограничения по учебе, уменьшив степень тревожности и позволив сконцентрироваться на позитивном диалоге с самим собой. Данная терапия - прекрасный инструмент, позволяющий сократить проявления проблемного поведения и приобрести навыки борьбы со стрессом. Пациент с ФАСН может испытывать нужду в руководстве и рекомендациях относительно помощи самому себе с тем, чтобы справиться с заданиями. Для этого существуют

специальные магнитофонные записи; подобные записи могут быть сделаны и самими родственниками.

5. Креативная арт-терапия

К креативной арт-терапии прибегают с целью улучшить учебные показатели, упрочить социальные навыки, помочь в борьбе со стрессом и эмоционального благополучия у детей и взрослых с проблемами психического здоровья и ограничениями развития. Данный вид терапии включает искусство, музыку, движение/танец и курс лечения посредством игры или театральных элементов. Благодаря видам искусства, пациенты с ФАСН могут выразить свою суть, вступить во взаимодействие с другими людьми и сделать более яркими свои ощущения, а так же дать развитие грубой и тонкой моторной координации. Креативная арт-терапия привлекается в дополнение методов трудотерапии и физиотерапии. Программы креативной арт-терапии широко привлекаются для работы с пациентами, имеющими ограничения в развитии.

6. Йога/упражнение

Было доказано, что общие физические упражнения укрепляют сердечную деятельность, повышают степень ежедневной активности, снижают уровень тревожности и депрессии, регулирует вес и способствуют физическому и эмоциональному благополучию. Йога - особенно эффективный вид активности для людей с ограничениями развития. Положительные стороны ее - это повышенная гибкость и выносливость, низкий уровень стресса и тревожности и более качественное психическое здоровье. Растяжка и удлинение мышц во время занятий йогой помогают перенастраивать тело и сознание. Дыхательные методики, преподаваемые йогой, обеспечивают состояние покоя также и вне занятий. Йога способна помочь пациентам с ФАСН обрести физическую силу, уменьшить стресс и активизировать дыхание.

III. Службы и ресурсы жизнеобеспечения

А. Стратегии родительской активности

Успешная работа с детьми с диагнозом ФАСН заключается в структурировании деятельности ребенка, последовательности, разнообразии, краткости и постоянстве. Поскольку дети такого типа могут испытывать недостаток внутренней организованности, родителям/опекунам необходимо четко организовать их внешнюю деятельность. Важно сохранять последовательность действий самому в ответ на поведение ребенка и придерживаться определенной схемы с тем, чтобы ребенок чувствовал, что мир вокруг него предсказуем. Вследствие того, что у ребенка могут быть серьезные проблемы со вниманием, необходимо придерживаться кратких формулировок в объяснениях и указаниях, параллельно прибегая к многочисленным способам привлечения и удержания внимания. И наконец, следует много раз повторять те слова, которые им необходимо выучить. <16>

Воспитание ребенка с диагнозом ФАСН приносит много радостных моментов и множество проблем. Безусловно, каждый ребенок уникален, но предлагаемые ниже рекомендации могут быть полезными в любом случае:

- Обязательно имейте в виду сильные стороны личности ребенка и его таланты.
- Смиритесь с отклонениями развития вашего ребенка.
 - Будьте последовательны во всем (дисциплина, школа, поведение).
 - Используйте конкретный язык и примеры.
 - Используйте визуальные методы, музыку и практический опыт в процессе обучения.
- Часто прибегайте к положительному подкреплению (похвале, стимулам)
- Повторяйте, повторяйте, повторяйте.

Родственники ребенка могут испытывать необходимость дополнительной поддержки в качестве семейной консультации или терапия и/или родительских курсов по воспитанию детей. <17>

В. Образовательные стратегии

Терапевтические/альтернативные школы

Важно, чтобы та среда, в которой дети учатся, была устойчивой, имела четкую структуру и включала в себя заботу и уход. Более солидные результаты достигаются дошкольными программами, рассчитанными на специфические нужды этого возраста, базирующиеся на многоцелевой основе и привлекающие к участию не только самого ребенка, но и его родителей. Специальное образование или занятия, направленные на активизацию ресурсов, могут стать существенным дополнением к основным занятиям у детей с диагнозом ФАСН. Родителям детей с отставанием в развитии когнитивной сферы следует сотрудничать с персоналом школы в направлении обучения предпрофессиональным навыкам, а именно, умению себя вести, гигиеническому уходу и элементарным навыками в обращении с деньгами.

Индивидуализированный план образования (IEP) - письменное изложение, намечающее цели и задачи процесса развития ребенка в школе. Родители, преподаватели и консультанты объединяются в работе по созданию специфического плана, отвечающего нуждам ребенка по данным общей оценки. Цель индивидуализированный план образования состоит в расширении образовательного опыта ребенка, обладающего характерными ограничениями в учебе либо испытывающего трудности в своей жизнедеятельности в рамках

обычного учебного заведения. В случае диагноза ФАСН ребенок имеет неотъемлемое право на индивидуализированный план образования. <18>

С. Обслуживание людей с ограничениями возможностями

Поиск соответствующих мер в помощь пациентам с ФАСН - непрерывный процесс. Многие сообщества испытывают недостаток профессионалов данной области, поэтому обеспечение надлежащих мер может быть проблематичным. Местный отдел по инвалидностям или Американский Красный крест способны стать надежной отправной точкой в создании условий для проведения соответствующих мер. Претенденты на работу в данной области должны пройти отбор с целью убедиться в том, что их метод оказания мер соответствует тем, которые являются эффективными в работе с конкретным ребенком. <19>

Виды этих мер, соответствующие нуждам пациентов с ФАСН, следующие:

- Помощь при поиске работы/инструктор по работе
- Транспортировка
- Уход
- Отложенная опека
- Доход по государственному социальному обеспечению

(Добавочные пособия малоимущим)

Решение обратиться за льготами государственного пенсионного обеспечения по инвалидности включает множество юридических, социальных, медицинских, профессиональных и психологических соображений. Само обращение не гарантирует, что человек получит льготы. Дополнительно, чтобы получить льготы социального обеспечения, человеку необходимо доказать, что инвалидность стала причиной его нетрудоспособности в течение, по крайней мере, 12 месяцев. При обращении за льготами социального обеспечения должна

сформироваться группа, чьи усилия необходимо точно оценить, включающая кроме самого претендента членов его семьи, друзей, медиков и, может быть, представителя со стороны закона. Финансовая и медицинская помощь, доступная инвалидам благодаря льготам государственного социального обеспечения, превосходная форма поддержки людей, стремящихся к достойной жизни пусть и с физическими ограничениями. <20>

Дополнительные пособия малоимущим (SSI) - финансируемая Федеральным правительством программа, обеспечивающая дополнительный доход людям с инвалидностью. Некоторые дети и взрослые с ФАС могут обладать правом на получение SSI. В случае ограниченного дохода родителей или опекунов необходимо помнить, что ребенку дано право пользоваться данной льготой прежде, чем он достиг 18 лет. Ребенок может претендовать на льготы до своего 18-летия, если «имеет физические или психические отклонения либо отклонения, наличие которых может быть подтверждено медицинской комиссией и приводит к явным и серьезным ограничениям жизнедеятельности; при этом состояние (я) недееспособности должно длиться, или предполагается, что оно продлится, по крайней мере, в течение 12 месяцев либо закончиться летальным исходом». Медицинский работник в значительной степени способен помочь семье в понимании их прав. <21>

Д. Социальная и восстановительная поддержка

Многие организации предлагают программы для детей и взрослых с задержками развития в рамках существующего отдела по восстановлению здоровья. Данные программы варьируются в зависимости от сообществ, но нацелены на процесс социализации, стимулирования и объединения людей с отклонениями развития в единую структуру.

Такие естественные системы поддержки как церкви и синагоги предлагают достаточное количество социальных мер, обеспечивают клубное

движение и приводят различные мероприятия. Религиозные группы, в том числе, помогают в реализации некоторых специфических нужд, которые могут быть у семьи (скажем, забота о ребенке, когда родители находятся на лечении, отсроченная опека). Существует множество спортивных состязаний и видов деятельности, к примеру, движение скаутов, терапевтическая езда верхом, плавание и т.д., которые являются превосходными ресурсами здоровья для детей и взрослых с ФСН.

IV. Ресурсы и процесс направления к специалистам

A. Специалисты

При направлении к специалистам врачам необходимо время для выбора профессионалов, хорошо осведомленных о ФАСН. Многие пациенты с диагнозом ФАСН имеют проблемы с чувствительной сферой, памятью, с перцепцией и другие отклонения, которые необходимо учитывать во время оценки и лечебных процедур.

B. Сети поддержки

Никто не должен ощущать себя одиноким в рамках работы с ФАСН. Есть много разных профессионалов, имеющих дело с подобными проблемами и способных дать совет относительно того, какие меры/методы были полезны в их опыте работы. Общение с другими родителями детей с диагнозом ФАСН может стать источником моральной поддержки и содействия и явиться эффективным способом снятия напряжения в отношениях родственников. Часто решение проблем можно найти, делаясь своими соображениями. Приводимый ниже список, ни в коем случае не исчерпывающий, скорее всего, может рассматриваться в качестве отправной точки в поиске информации и поддержки.

1. Вебсайты

Национальная организация по фетальному алкогольному синдрому
www.nofas.org

Сайт ресурсов по врожденным отклонениям, спровоцированных
алкоголем (ФАС/ФАСН) www.arbi.org

Центр ресурсов общества для ФАС www.come-over.to/FASCRC

Центры контроля и предотвращения заболеваний (CDC)
www.cdc.gov/ncbddd/fas

Институты семейных ресурсов по фетальному алкогольному синдрому <http://www.fetalalcoholsyndrome.org/>

2. Информационные бюллетени

Записки NOFAS (Notes from NOFAS) - Ежемесячный информационный бюллетень, издаваемый Национальной организацией по фетальному алкогольному синдрому. С целью подписаться, обращайтесь по электронному адресу schrider@nofas.org с вашими контактными данными. FAS Times - ежеквартальный информационный бюллетень, издаваемый Институтом семейных ресурсов по фетальному алкогольному синдрому. С целью подписаться, обращайтесь на:

<http://www.fetalalcoholsyndrome.org/publish.htm>

3. Группы поддержки

Чтобы определить, есть ли местная группа поддержки неподалеку от Вас, свяжитесь с Национальной организацией по фетальному алкогольному синдрому на (800) 66-NOFAS.

FASLink – бесплатная Интернет-рассылка для пациентов с ФАСН, их семей и специалистов, занимающихся данной проблемой . www.acbr.com/fas/faslink.htm

4. Линии для беседы (телефоны доверия, службы доверия)

5. Семинары, проводимые для семей

V. Последующая работа после направления к специалистам

A. Дальнейшая работа

После направления клиентов с ФАСН к специалистам врачи должны продолжить работу с пациентом, опираясь на предложенные рекомендации. Медицинский работник не всегда в состоянии признать задержку нейроразвития, от которой страдает пациент. Сам пациент с диагнозом ФАСН не всегда точно понимает рекомендации специалиста или не способен систематизировать всю информацию по выполнению лечебных рекомендаций. Кроме того, имея дело с биологическими семьями, врачу необходимо убедиться, что родственники следуют всем рекомендациям, данным специалистами. Возможно, им следует обратиться за помощью к социальным службам с целью способствовать процессу ведения случая. Не исключено, что родителям может быть необходима дополнительная поддержка в рамках различных поддерживающих программ в решении проблем с разными видами зависимости.

B. Доступность соответствующих услуг

При направлении пациента к специалистам необходимо убедиться, что семья обладает достаточными ресурсами для завершения процедуры направления. Возможно, врач посчитает необходимым переадресовать семью к организации и/или агентству, способным предоставить информацию о специалистах, осуществляющих соответствующие меры, осведомленных о ФАСН и работающих с доступными им источниками.

Ссылки

1. Lockhart, Paula (2004) Medicating children with FASD. Written correspondence
2. Streissguth, Ann. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co. 1997.
3. Appelbaum, M.G. (1995). Fetal alcohol syndrome: diagnosis, management, and prevention. *Nurse Practitioner*, 20 (10), 24, 27-8, 31-3.
4. Strabismus. <http://www.strabismus.org>. March 16, 2004.
5. Cleft Lip and Cleft Palate. Department of Otolaryngology, Columbia University. <http://www.entcolumbia.org/cleft.htm>. March 16, 2004.
6. Failure to Thrive. Kids Health for Parents. www.kidshealth.org. March 16, 2004.
7. Green, H.L., Diaz-Gonzalez de Ferris, M.E., Vasquez, E., and et al. (2002) Caring for the child with fetal alcohol syndrome. *JAAPA: official journal of the American Academy of Physician Assistants*. 15 (6) 31-40.
8. Lockhart, Paula (2003). Hope for Women in Recovery Summit. National Organization on Fetal Alcohol Syndrome and SAMHSA; Baltimore, Maryland. Oral presentation.
9. Streissguth, Ann. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co. 1997.
10. Streissguth, Ann. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co. 1997.
11. Streissguth, Ann. Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co. 1997.

12. Therapies that Help Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Fact sheet. Minnesota Adoption Support and Preservation. www.mnasap.org. March 16, 2004.
13. From the Minnesota Adoption Support and Preservation. Factsheet. www.mnasap.org
14. Linden, M., Habib, T., Radojevic, V. (1995). A Controlled Study of the Effects of EEG Biofeedback on Cognition and Behavior of Children With Attention Deficit Disorders and Learning Disabilities. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21, 35-50.
15. From the American Therapeutic Recreation Association <http://www.atra-tr.org/benefitshealthoutcomes.htm> March 8, 2004
16. From the National Organization on Fetal Alcohol Syndrome www.nofas.org
- 17.-Mitchell, K. T. (2002) *Fetal Alcohol Syndrome: Practical Suggestions and Support for Families and Caregivers*. The National Organization on Fetal Alcohol Syndrome
18. From the US department of Education <http://www.ed.gov/parents/needs/speced/iepguide/index.html>
19. *Triumph Through the Challenges of Fetal Alcohol Syndrome*. Centers for Disease Control and Double Arc.
20. McKee, Peter (1997). FAS and the Social Security Disability Process: Navigating the System. In Streissguth, Ann and Kanter, Jonathon, (Eds.), *The Challenges of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*. Seattle: University of Washington Press.
21. From Social Security Online <http://www.ssa.gov/dands1.htm> March 8, 2004

Уровень компетентности в области ФАС VII: социально-экономический аспект

Студент-медик/работник медицины даст объяснение проблемам, причиной которых является диагноз ФАС и других заболеваний, спровоцированных воздействием алкоголя в пренатальный период (проблемам юридического и этического характера, экономическим и социальным последствиям, а также проблемам законодательной сферы и области политики)

Учебные цели

Цель VIIA: обучающийся будет в состоянии не игнорировать этические принципы в работе с людьми, имеющими диагноз ФАС, их семьями, опекунами.

Цель VIIB: обучающийся будет в состоянии определить юридические и политические аспекты, причиной которых является ФАС и другие заболевания, спровоцированные действием алкоголя в пренатальный период.

Учебные цели и связанные с ними задачи

Цель VIIA: обучающийся будет в состоянии дать описание ключевым аспектам юридического и политического характера данной области.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> • дать описание ключевым аспектам юридического и политического характера, связанным с диагнозами ФАС и ФАСН 	<ul style="list-style-type: none"> • обсудить ключевые юридические и политические аспекты данной проблемы с пациентами, опекунами, политиками и специалистами здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • добиться у коллег и других сотрудников медицинской сферы понимания ключевых юридических и политических аспектов проблем, относящихся к ФАС и ФАСН.

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Цель VIIA: обучающийся будет в состоянии принимать во внимание этический аспект проблемы в работе с людьми, имеющими диагноз ФАС, их семьями/опекунами.

<i>Уровень 1 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 2 Обучающийся будет в состоянии...</i>	<i>Уровень 3 Обучающийся будет в состоянии...</i>
<ul style="list-style-type: none"> описать этические аспекты проблемы в работе с пациентами, опекунами, политиками и специалистами здравоохранения разъяснить аспект конфиденциальности информации 	<ul style="list-style-type: none"> обсудить этические аспекты проблемы с пациентами, опекунами, политиками и специалистами здравоохранения затронуть аспект конфиденциальности информации в общении с пациентом и его родственниками 	<ul style="list-style-type: none"> добиться от коллег и других сотрудников медицинской сферы понимания важности этических аспектов проблемы, связанной с диагнозами ФАС и ФАСН, добиться от коллег и других сотрудников медицинской сферы понимания необходимости сохранения конфиденциальности

A=задача, базирующаяся на личном мнении; K= задача, базирующаяся на знаниях; S= задача, базирующаяся на навыках

Содержательная схема уровня компетентности VII

I. Этические аспекты

II. Юридические и политические аспекты

Содержательные ресурсы уровня компетентности VII

Роберт Левин, Кэролин Сзелета, Дэнни Веддинг

I. Этические аспекты

Этическая сторона – важная составляющая работы с пациентами, и все, осуществляющие ее, всегда должны учитывать важность данного аспекта. Конфиденциальность является решающей в отношениях медработник-пациент, и проблема конфиденциальности должна открыто обсуждаться. Обсуждение этой темы с пациентами и их родственниками крайне необходимо в лечении ФАС. Важно ознакомиться с определенными этическими аспектами проблемы в отношении услуг, предоставляемым пациентам с диагнозом ФАС, и

соответствующей литературой. Безусловно, важно, чтобы работники здравоохранения знали соответствующие федеральные законы и законы штата.

Конфликт «мать-плод» (по материалам Западного Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе). Осуществляя меры ухода за беременной женщиной, врач должен отдавать себе отчет в том, что имеет дело со здоровьем двух пациентов, связанных биологически, и все же индивидуально жизнеспособных. Хотя большинство беременных с готовностью идут на риск в отношении собственного здоровья с тем, чтобы оптимизировать условия для развивающегося плода, иногда некоторые из них отказываются от лечения, рекомендованного в период беременности с целью обеспечить здоровье будущего младенца. В случае отказа женщиной от надлежащей терапии, способной сохранить жизнь ее плода, нередко возникают сложные проблемы этического характера.

Что считается пониманием риска конфликта «мать-плод»? Успехи медицинских технологий в значительной степени повысили возможность концентрировать врачебные процедуры непосредственно на плоде. Ранее врач воспринимал пару «мать-плод» как единое неделимое. Рассматривая мать и плод как органическое единство, можно было ожидать не высокий процент пользы от совместной терапии. Соотношение преимуществ и неблагоприятных последствий между эмбрионом и матерью в пользу одного из пациентов становилось этически не уместным. Со временем медицинскую модель «мать-плод» начали воспринимать дуальной. Имея дело с двумя пациентами одновременно, врач должен решить, что с медицинской точки зрения будет более подходящим каждому пациенту в отдельности.

Что происходит в случае, когда терапия, предписанная одному пациенту, другому становится противопоказанной? Возникает серьезная проблема в ситуации, когда меры, направленные на улучшение показателей здоровья одной

из сторон такой пары, становятся причиной нежелательных осложнений другой стороны. В случае удовлетворительных показателей беременности, эмбриональная терапия без положительного лечебного эффекта для матери всегда будут означать для нее некоторую степень риска. Этические принципы целесообразности («приноси пользу») и безопасности («не навреди») могут вступить в конфликт. Поскольку пациенты остаются связанными биологически, они должны подвергаться одинаковой терапии либо никакой терапии вообще. Было бы неэтичным рекомендовать эмбриональную терапию в качестве предписанной обоим пациентам. Однако, получив рекомендации относительно проведения эмбриональной терапии, беременные в большинстве случаев соглашаются на лечение, способствующее улучшению здоровью плода. При отказе беременной от терапии, врачу необходимо помнить, что этический запрет на нанесение вреда одному пациенту в угоду другому, в сущности, абсолютен.

Когда плод или новорожденный приобретают личностные черты? Некоторые специалисты в области этики подразумевают, что жизнеспособность плода подразумевает наличие его «нравственной индивидуальности». Жизнеспособность - физическая возможность осуществления жизненных функций независимо от физиологических функций материнского организма. Они утверждают, что новорожденный и плод участвуют в социальной матрице, и что их социальная роль, обретающая свои черты со временем, начинает формироваться еще до рождения. Другие отмечают, что невозможно рассматривать эмбрион в качестве полноценного человека, не принимая во внимание как таковую личность беременной, словно бы она недочеловек. Факт рождения младенца приводит к появлению отдельного пациента, на которого индивидуально могут быть направлены терапевтические меры. Как таковой, полагают многие, моральный статус младшего, с точки зрения развития,

новорожденного влечет за собой отмену его у более старшего по возрасту жизнеспособного плода.

У людей есть права. Обладает ли правами плод? Во всем мире юридический статус эмбриона обычно подчинен таковому беременных женщин. В большинстве стран юридический статус зародыша закрепляется по мере завершения беременности. Его жизнеспособность влечет за собой изменение юридического статуса. Однако хотя человеческий зародыш имеет потенциал индивидуальности, он не подразумевает, что эмбрион - человек или что у него есть права. До тех пор пока зародыш связан с телом беременной, ее тело обеспечивает ему жизнь и предотвращает к нему доступ.

Американские суды установили правовую норму, согласно которой ребенок имеет юридическое право начать жизнь, обладая здоровым телом и нормальной психикой. Данное право в состоянии узаконить правовую обязанность беременной защищать здоровье своего плода. Неспособность выполнять эту обязанность может подвергнуть ее обвинениям в жестоком отношении к плоду или повлечь ответственность за причиненный ущерб своему ребенку. Отказы беременных от госпитализации, внутриматочного переливания крови или искусственных родов юридически становятся нарушением своих обязательств по отношению к плоду.

Что, если решение матери основано на некоторых предрассудках? Родителям предоставлена широкая свобода выбора при принятии решений в отношении жизни их детей. Однако имеются пределы реализации такого выбора, когда следование некоторым предрассудкам в состоянии нанести серьезный ущерб здоровью ребенка.

Как насчет получения распоряжений суда с целью заставить беременную выполнять свои функции? Американские суды продемонстрировали готовность

к принудительному лечению беременной ради жизни самого плода. Однако решения суда низшей инстанции далеко не всегда отражают твёрдо установленные нормы закона. Из двух распоряжений, рассмотренных судами высшей инстанции соответствующих штатов, одно было поддержано, а другое отвергнуто.

Выполнение распоряжений суда о принудительном лечении беременных женщин порождает множество проблем этического характера. Распоряжения суда приводят к утрате беременной автономии, свойственной дееспособным мужчинам или небеременным женщинам. Существует явное несоответствие в разрешении дееспособным взрослым отказаться от терапии в любом случае, кроме беременности. У руководства больниц, адвокатов и судей слишком мало времени на то, чтобы заметить возникающий конфликт и обдумать необходимые действия; такой временной фактор делает мало возможным адекватное юридическое представительство беременной женщины. Кроме того, принудительное акушерское вмешательство обладает неблагоприятным потенциалом воздействия на отношения «врач-пациент». Американский колледж акушерства и гинекологии сделал заявление, что «акушерам необходимо воздерживаться от проведения процедур, которые беременные не допускают ... Обращение к судам в решении таких конфликтов почти всегда не обосновано».

Как относиться к женщинам, подвергающим плод воздействию алкоголя или наркотиков: пять заблуждений Осуждающего характера

По материалам Carolyn T. Szeleta, доктор наук, Школа медицины Meharry

1. - “Здоровью любого ребенка, испытавшего неблагоприятное воздействие обсуждаемых факторов, был нанесен серьезный вред при рождении”. Ошибочно игнорируется тот факт, что матери курящие, употребляющие препараты, которые повышают фертильность, не наблюдающиеся во время беременности или не получающие соответствующего питания либо живущие на грани бедности, также подвергаются риску преждевременных родов и другим последствиям, опасным для жизни.

2. - “Женщины, принимающие наркотики, могут и остановиться, а нежелание прекратить - недостаток моральных представлений, игнорирующий дальнейшее благосостояние ребенка”.

Некоторые женщины, принимающие наркотические средства, не являются наркоманками, и не все, употребляющие алкоголь, становятся алкоголичками. Те же, кто испытывает зависимость, часто прибегают к этим веществам с целью смягчить разочарования, избежать неприятные стороны жизни, порою испытывая постоянную угрозу физического насилия или эмоционального давления. Стратегии лечения, не учитывающие данных травматических факторов, обычно терпят неудачу.

3. - “Потребление женщиной алкоголя или наркотических веществ в период беременности означает неспособность матери проявлять заботу о своем ребенке после того, как он появится на свет”.

Родитель, испытывающий алкогольную или наркотическую зависимость, становится недееспособным только тогда, если зависимость сказывается в плохом обращении с ребенком или в нежелании проявлять обычные меры заботы о нем; судебное преследование в этом случае вряд ли желательно либо необходимо. (Nat’l Legal Resource Center and Nat’l Council of Juvenile and Family Court Judges). Решения следует принимать на основании подобных случаев практики.

4. - “Уличив родителей в нежелании вмешательства и требуя такого вмешательства, можно защитить ребенка и улучшить его благосостояние”.

По крайней мере, восемь исследований доказывают ложность данного утверждения. Южный региональный проект по Детской смертности (Реестр южного региона по детской смертности), финансируемый Губернаторским фондом южного округа, доказывает, что лишение опеки над детьми влечет за собой нежелание беременных, злоупотребляющих наркотическими веществами, искать мер сохранения здоровья ребенка в пренатальный период и лечения наркотической зависимости. Воспитательная опека сама по себе может способствовать плохому физическому, интеллектуальному и эмоциональному развитию.

5. - “Выводы, основывающиеся на тестах наркотической зависимости, в качестве неоспоримого свидетельства халатности и пагубной привычки могут стать достаточной причиной для осуществления контроля”.

Пинеллас, Флорида: Сообщения в отношении афро-американских женщин, недостойно обращающихся с детьми, в 10 раз встречаются чаще чем о представительницах кавказской диаспоры, несмотря на куда более негативное мнение о них.

Из 40 женщин, арестованных на основании данных перинатального скрининга в случайной выборке, 39 были афроамериканками; у единственной женщины кавказской национальности в медицинской карте стояло примечание “Сожитель - чернокожий”.

Ссылка

Marshall MF, Menikoff J, Paltrow LM. Perinatal substance abuse and human subjects

Структура действий

- · Выступать за лучшие законы

Американская академия педиатрии, Американская медицинская ассоциация, Американская ассоциация медсестер, Американская ассоциация работников здравоохранения, Центр лечения токсикомании USDHHS, Согласованная экспертная группа по наркозависимым женщинам, «Марч ов даймс», Национальный совет по алкоголизму и наркомании, Американский колледж акушерства и гинекологии - ВСЕ ЭТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫПУСТИЛИ ЗАЯВЛЕНИЯ ПРОТИВ ОСУЖДАЮЩИХ МЕР.

- 1) Открыто обсуждайте с пациентом преимущества вмешательства (в том числе конфиденциальность, памятью об ответственности перед собой и другими).
- 2) Четко объясняйте и документируйте понимание негативных последствий пагубных привычек на организм матери и плода.
- 3) Избегайте чрезмерной эмоциональности в случае, если ваши рекомендации игнорируются.
- 4) Выискивайте возможности лечения алкоголизма и наркомании внутри сообщества и оказывайте женщинам помощь в создании программ, соответствующих их нуждам.
- 5) Поддерживайте на современном уровне местные законы (обязательное предоставление информации, забота о меньшинствах, принудительное тестирование беременных женщин).
- 6) Прибегайте к помощи благотворительных комитетов в области этики и услугам юридических организаций.

Выводы

Следуя принципам целесообразности («приноси пользу») и безопасности («не навреди»), существует ответственность за сохранение или поддержание жизни, избавление или уменьшение проявлений заболевания и предотвращение негативных последствий, соответствующая диагностическим данным и лечению. Основанные на юридических требованиях сообщать о незаконных действиях родителей, необходимые права дают возможность уголовного преследования и (в качестве примера штат Южная Каролина, США) объясняются возросшим числом родов дома, в такси и в ваннных комнатах.

Сохранение автономии, «Переводит в область права на ... отказ от согласия на лечение и даже право игнорировать медицинский совет» (Tillett and Osborne, J Perinat Nurs 14:1-11, 2001). Действительно ли плод автономен? В большинстве случаев юридически нет, поскольку плод обычно не рассматривается в качестве полноценного человека. Штат Южная Каролина в США - исключение, и в 31 штате есть «законы о лишении жизни плода», которые предусматривают меры осуждения женщин, подвергавшим свой плод воздействию алкоголя или наркотических веществ.

Проблемы конфиденциальности

Содержательные ресурсы

Statement of Patient Confidentiality from the American Medical Association.

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4610.html>

II. Юридические и политические проблемы

Содержательные ресурсы

- Fetal Endangerment: A Challenge for Criminal Law, Robert G. Costello. 4 Cal. Crim. Law Rev. 3. <http://www.boalt.org/CCLR/v4/v4costello.htm>

- NOFAS web site: <http://www.nofas.org/>
- Mistakes I Have Made with FAS Clients: Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects in the Criminal Justice System by David Boulding, Lawyer.
<http://www.come-over.to/FAS/Court/MistakesIHaveMadeRevised.doc>