

О создании федеральной наркологической структуры

ТИХОНОВ Г.Б.

врач психиатр-нарколог, Москва

Обосновывается необходимость создания федеральной наркологической структуры (ФНС России) и системы профилактики алкогольного процесса (ПАП) — инструмента для работы на всех этапах его развития. ПАП рассматривается как базовый инструмент ФНС, подчеркиваются его межведомственный характер для структур социального блока и возможность использования предприятиями и организациями независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Предполагается, что совместная работа ФНС России с ведомствами силового блока, включая ФСКН России, создаст возможность активно влиять на динамику алкогольного и наркотического процессов.

Анализ некоторых факторов риска и подходов к профилактике алкогольного и наркотического процесса

Отмечено, что реальной причиной, влияющей на динамику алкогольного и наркотического процессов, являются товарно-денежные отношения. Рассмотрение проблемы с позиции "спроса и предложений" позволило выделить в населении две группы: производителей и потребителей алкоголя [11]. Указано, что в сферу интересов силовых структур входят производители нелегальной продукции; организованные преступные группировки (ОПГ), производящие, поставляющие и реализующие "левую" и запрещенную продукцию (алкоголь, наркотики).

С потенциальными и реальными потребителями алкоголя работают преимущественно структуры социального блока, кроме того, противоалкогольные мероприятия, в рамках существующего законодательства, осуществляют предприятия и организации независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Усилия направлены на формирование здорового образа жизни, уменьшение душевого потребления алкоголя, злоупотребление им, снижение динамики алкоголизма и смертности (прямой и косвенной), связанной с алкоголизацией.

В число потребителей входят больные алкоголизмом, лица, злоупотребляющие алкоголем, но не достигшие уровня болезни и выпивающие умеренно. Лечение больных алкоголизмом и частично злоупотребляющих алкоголем осуществляется наркологической службой на добровольной основе.

Для получения эффективного результата работа с потенциальными потребителями алкоголя должна начинаться с раннего детства. Особое внимание заслуживают дети и подростки "группы риска" (имеющие наследственную предрасположенность, органическую и психопатологическую симптоматику, способствующую формированию зависимости от алкоголя). Необходима пропаганда, понятная детям и аргументированная для взрослых, объясняющая, почему потреб-

ление алкоголя может начинаться не ранее 18 лет. До 18 лет дети должны получать знания, что в "норму жизни" входит абсолютная трезвость и социально приемлемая форма потребления алкоголя и информацию о наличии нормы и патологии на всех этапах алкогольного процесса. Молодые люди должны иметь представление о существовании границы между нормой и патологией; механизмах защиты и сигналах, которые подает сам организм при переходе алкоголизации из легкого опьянения (норма) в среднее опьянение (патология); знать патологию, характерную для этапа злоупотребления алкоголем без признаков болезни. Наконец, необходимо понимать причину перехода доклинической алкоголизации в тяжелое, запойное пьянство — алкоголизм и знать основной патологический фактор, формирующий клинику заключительного этапа алкогольного процесса — алкоголизма. Получение такой информации в школах, технических училищах, средних и высших учебных заведениях позволит молодежи приобрести теоретические знания, которые помогут каждому как до, так и после начала алкоголизации ориентироваться в норме и патологии на всех этапах развивающегося алкогольного процесса.

Для предотвращения на производстве чрезвычайных происшествий (ЧП), связанных с потреблением алкоголя, законодательством на всех предприятиях предусмотрен режим трезвости, а работники потенциально опасных отраслей (транспортные, атомные и др.) проходят медосмотр перед началом работы для исключения ЧП, связанного с патологией здоровья, в том числе алкогольного генеза. На наземном транспорте, помимо предрейсового медосмотра, трезвость водителей автотранспорта на дорогах контролирует служба ГАИ. Но эта работа, как показывает практика, требует дальнейшего развития и совершенства.

Однако очевидно, что противоалкогольная пропаганда должна строиться не только на формировании страха перед алкоголем и его последствиями. Необходима и предложена новая концепция противоалко-

гольной пропаганды: "Норма и патология алкогольного процесса", которая должна информировать население и обучать молодежь принципам формирования нормы и патологии на этапах алкогольного процесса [6]. Приобретаемые знания позволят каждому определять свою индивидуальную врожденную норму потребления алкоголя, понимать и объективно оценивать ход развития алкогольного процесса, степень опасности, связанную с превышением индивидуальной нормы, проявлять разумную осторожность, избегать сложные, кризисные ситуации и находить из них правильный и достойный выход.

Многовекторность социальных мероприятий, противодействующих развитию алкогольного процесса, указывает, что в их реализации участвуют все социальные ведомства: управление образования, отдел здравоохранения, комитет по делам молодежи, физической культуре и спорту; комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, управление труда и социальной защиты населения, комитет по культуре, СМИ, наркологическая служба и т.д. Социальные структуры осуществляют противоалкогольные мероприятия в рамках тематики своих ведомств. Так, учебные заведения и СМИ информируют, обучают и формируют у детей, подростков, молодежи необходимые знания; комитеты культуры, спорта, молодежные организации и др. выполняют не менее значимую, но вторичную задачу, отвлекают человека от злоупотребления алкоголем, пропагандируя, внедряя и прививая "здоровый" образа жизни; наконец, наркологические учреждения, будучи единственной профессиональной структурой в области наркологии, осуществляют лечение больных. Но кроме целей и задач в профилактике важна руководящая, организационная база, обеспечивающая слаженное взаимодействие различных ведомств и их программ.

Необходимо отметить, что, так как для всех социальных ведомств, кроме учреждений наркологии, работа по противодействию алкоголизму является не основной, а дополнительной задачей, ни одно из них не несет персонифицированной ответственности за развитие алкогольного процесса среди потребителей, как в отдельных возрастных и социальных группах населения, так и стране в целом. При разработке противоалкогольных мероприятий ведомственные структуры используют, как правило, типовые ведомственные методики, частично дополняя их противоалкогольной тематикой; просчитать эффективность таких мероприятий и их влияние на профилактику алкоголизма практически невозможно.

Рассматривая возможности и проблемы профессиональной структуры — наркологической службы, не-

обходимо указать на ее несамостоятельность, поскольку она входит в систему здравоохранения, где по своей значимости занимает далеко не первое место, малую мощность и концентрацию работы в большей степени на запущенных больных алкоголизмом (II—III стадии). Будучи единственной профессиональной структурой в наркологии, она, как ни странно, как и остальные социальные структуры, тоже не несет ответственность за динамику наркологического процесса ни по отдельным группам, регионам, ни в стране в целом. Складывается впечатление, что существующее положение вполне устраивает работников наркологической службы, которые сосредоточили свое внимание на самом простом участке алкогольного процесса — добровольном лечении больных алкоголизмом. Однако не секрет, что такое лечение проходит незначительное число реально существующих больных, всего 1—3% населения страны, эффективность лечения низкая, число больных, снимаемых с учета по выздоровлении (ремиссии > 3 лет), составляет 2—3% от числа больных, состоящих на диспансерном учете. В то же время, профилактические мероприятия с потенциальными потребителями алкоголя, позволяющие реально воздействовать на динамику алкоголизма, не включены в сферу ответственности наркологической службы: наркологи не отвечают за развитие алкоголизации у детей до 18 лет, за формирование злоупотребления алкоголем и алкоголизма; за лиц, продолжающих злоупотреблять алкоголем, и больных алкоголизмом, которые отказываются от добровольного лечения, за низкую эффективность лечения (отрицательный результат 97-98%), за высокие показатели душевого потребления алкоголя, а также за преступность и смертность от алкоголя и алкоголизма и т.д.

Таким образом, в работе с потребителями алкоголя, а по большому счету, в профилактике и ликвидации алкоголизма сложилась парадоксальная ситуация, когда все социальные структуры, включая профессиональную в данной области — наркологическую службу, занимаются противоалкогольной работой, но ни одна из них не несет персонифицированную ответственность за конечный результат, включая: динамику алкогольного процесса, душевое потребление алкоголя и смертность, прямо и косвенно связанную с алкоголем.

Вывод: организация противоалкогольной работы социального блока, включая наркологическую службу, с потребителями алкоголя несовершенна и неэффективна, что приводит к необходимости отказаться от несовершенных методов работы и внедрять новые организационные формы, способные исправить ситуацию и получить положительный результата.

Программы и структурные элементы ПАП

Предлагается следующее решение проблемы:

1. Создать федеральную наркологическую структуру (ФНС России) для работы с потенциальными и реальными потребителями алкоголя и наркотиков, которая будет нести ответственность за формирование алкогольного процесса у граждан страны — динамику алкоголизма (подобно тому, как ФСКН России несет ответственность за работу с поставщиками наркотиков). Две структуры — ФНС и ФСКН, дополняя одна другую, смогут решать проблему комплексно (и с поставщиками, и с потребителями алкоголя и наркотиков). Уже одно это может служить весомой гарантией достижения положительного результата в установлении контроля над динамикой алкогольного и наркотического процессов.

2. Важнейшим фактором повышения эффективности станет наличие у ФНС рабочего инструмента, способного оказать реальное противодействие развитию патологии на всех этапах алкогольного процесса. Таким инструментом, способным активно влиять на динамику алкоголизации и алкоголизма, является профилактика алкогольного процесса (ПАП), рассматриваемая как единый механизм для всех ведомств социального блока, предприятий и организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. В отличие от профилактики алкоголизма, концентрирующей внимание на алкогольной болезни — конечном этапе алкогольного процесса, ПАП осуществляет профилактические, противоалкогольные мероприятия на всех этапах начиная с проблем периода детства и до конечной стадии болезни.

Так как алкоголизация и/или ее последствия могут наблюдаться у человека в течение всей жизни (в процессе беременности, у новорожденных (алкогольный синдром плода), генетический и другие факторы у детей "группы риска", ранняя алкоголизация у детей, подростков, молодежи, злоупотребление алкоголем без признаков болезни молодежью и значительной частью взрослого населения и т.д.), профилактика алкогольного процесса должна охватывать жизнь человека полностью. За основу рабочего инструмента (ПАП) предлагается взять классификацию алкогольного процесса (таблица), в которой представлены все этапы развития человека, с детства и до конечной (третьей) стадией болезни [12].

Рабочий инструмент — ПАП предлагает работу по трем профилактическим направлениям:

- первичная профилактика (информационно-обучающее и коррекционное направление), с акцентом на детей и подростков, проводится на этапах абсолютного неупотребления и умеренного употребления алкоголя;

- вторичная профилактика (контрольно-коррекционное направление) соответствует задачам на этапе злоупотребления алкоголем без признаков болезни;

- третичная профилактика (лечебно-контрольное направление) отражает комплексное лечение больных на этапе сформированной болезни (трех стадиях хронического алкоголизма).

Первичная профилактика (информационно-обучающее и коррекционное направление) — предупредительная, указывает возрастные рамки абсолютной трезвости и этапы алкогольного процесса, рассматриваемые как норма жизни. Ее цель — зафиксировать в сознании населения, особенно детей, возраст абсолютной трезвости до 18 лет, указать на возможность сохранять в дальнейшем трезвый образ жизни или перейти к социально-приемлемой форме алкоголизации; предотвращать развитие алкоголизации и переход от "нормы жизни" на этап злоупотребления алкоголем без признаков болезни. Главным методом работы первичной профилактики является информация о развитии алкогольного процесса — доступная, подробная и конструктивная. Она предназначена для всего населения, но в первую очередь для молодежи, призвана обучать и пропагандировать "норму жизни", т.е. этапы алкогольного процесса, которые соответствуют "здоровому" образу жизни. Помимо информационно-обучающего раздела, выполняемого соответствующими структурами социального блока, в первичную профилактику входят работа ФНС с женщинами, злоупотребляющими алкоголем во время беременности, и коррекция патологии у детей "группы риска", предрасположенных к употреблению алкоголя.

Первичная профилактика предусматривает следующие направления работы в осуществлении ряда социальных ведомств:

1. Информационно-обучающее направление осуществляется ФНС совместно со СМИ и Министерством науки и образования.

Информирование всего населения через СМИ и другие источники информации (книги, журналы, Интернет, фильмы, песни и т.д.) о допустимом возрасте начала алкоголизации (18 лет), о норме жизни (абсолютной трезвости и социально-приемлемой форме алкоголизации), об этапах алкогольного процесса, особое внимание при этом уделяется доклиническим этапам.

Обучение детей и молодежи в школах, училищах, техникумах, институтах тому, как формируются норма и патология на этапах алкогольного процесса. Молодежь получает знания, почему уровень абсолютного неупотребления, при котором любая алкоголизация

считается неприемлемой, составляет 18 лет, а нормой жизни является абсолютная трезвость или социально приемлемое потребление алкоголя (при достижении легкого опьянения). Молодые люди должны иметь представление о границе нормы и механизмах ее поддержания, защиты организма от передозировок, которые сигнализируют о переходе алкоголизации человека из состояния легкого опьянения в среднее, т.е. о переходе из этапа нормы жизни на новый этап — злоупотребление без признаков болезни. И, наконец, о причине и механизме формирования систематического тяжелого опьянения — этапа болезни (алкоголизма).

2. Коррекционное направление осуществляется ФНС совместно с социальными структурами.

Работа по предотвращению алкоголизации у беременных женщин, злоупотребляющих алкоголем, состоящих и не состоящих на наркологическом учете, проводит врач психиатр-нарколог с помощью врача-гинеколога.

Помощь детям "группы риска", нуждающимся в коррекции генетической, врожденной и приобретенной органической патологии, психопатологической симптоматики, формирующей предрасположенность к алкоголю. Участвуют врачи: детский психиатр-нарколог (руководитель проекта), педиатр, детский невропатолог, психолог, психотерапевт. Лечение, коррекция и диспансерное наблюдение, при необходимости, осуществляются весь период детства. Детский психиатр-нарколог, являясь организатором процесса, анализирует, координирует и отвечает за эффективность проводимых мероприятий.

Совместная работа ФНС с социальными структурами должна быть направлена на подготовку детей "группы риска" к самостоятельной жизни, умению быстро приспосабливаться к ее изменениям, обучать, как преодолевать трудности, быть стойкими в сложных ситуациях, навыкам самокоррекции, т.е. формированию психологически устойчивой личности с положительной ценностной ориентацией. В рамках коррекционной программы, по рекомендации психологов или психотерапевтов, ФНС направляет детей "группы риска" для социальной реабилитации в спортивные организации, молодежные движения, кружки по интересам и т.д., чтобы развивать и закреплять полученный в процессе лечения и коррекции положительный результат. Взаимодействие ФНС со спортивными, молодежными организациями, отделами культуры и другими социальными службами по работе с детьми и подростками позволит гарантированно охватить работой социальных ведомств всех детей "группы риска" из социально неблагополучных слоев, неполных семей, детских домов, которые чаще всего испытывают дефицит внимания, становятся объектами эксплу-

атации, жестокого обращения и на удары жизни отвечают дезадаптацией, уходом из семьи, правонарушениями, алкоголизмом, наркоманией и т.д.

Учитывая, что концепция противоалкогольной пропаганды, существовавшая в социалистический период, основанная на формировании страха перед потреблением алкоголя, оказалась неэффективной и в период перестройки с учетом новых возможностей и предложений (рост числа кафе, ресторанов, расширение ассортимента алкогольной продукции, агрессивную рекламу) изжила себя, предложена новая концепция [10], призванная информировать и объяснять широким слоям населения, в первую очередь подросткам и молодежи, как происходит формирование и развитие нормы и патологии на всех этапах алкогольного процесса. Примерная схема реализации этой концепции приводится ниже.

Предложено новое понятие *алкогольный процесс*, включающее поэтапное развитие системы потребления алкоголя и обосновывающее классификацию не одного, заключительного этапа — болезни, а всего периода алкоголизации от абсолютной трезвости в детстве до завершающей стадии болезни.

Для знакомства населения с новой идеей и обучения молодежи созданы понятная каждому классификация алкогольного процесса (схема) и модель, показывающая переход бытового пьянства в алкоголизм. Модель указывает на двойственность и фазность, характерную для алкоголя как пищевого продукта — при потреблении малых доз и как наркотика — при систематическом потреблении больших доз, формирующих алкогольную зависимость [10].

Введены понятия *индивидуальная, врожденная норма* потребления алкоголя и *социально-приемлемая форма алкогольного опьянения* (легкой степени). Последняя рассматривается как общественно-признанная норма потребления алкоголя, соответствующая физиологическим возможностям организма и действующим нормативно-правовым актам.

Расширено понятие *норма жизни*, связанное с употреблением алкоголя. Если ранее оно ассоцииро-

Классификация алкогольного процесса

Период I. Доклинические этапы

- 1-й этап. Абсолютное неупотребление до 18 лет и далее (норма);
- 2-й этап. Умеренное употребление (норма);
- 3-й этап. Злоупотребление без признаков болезни.

Период II. Стадии болезни

- 4-й этап. Хронический алкоголизм:
 - I стадия. Начало болезни;
 - II стадия. Середина болезни;
 - III стадия. Завершение болезни.

валось в основном с трезвым образом жизни, то теперь предлагается рассматривать новый вариант — абсолютная трезвость в возрастном периоде до 18 лет с возможностью в дальнейшем сохранения трезвого образа жизни или переход на этап употребления алкоголя в пределах индивидуальной врожденной нормы, соответствующей социально-приемлемой форме алкогольного опьянения.

Полученные знания позволяют каждому определять и знать свою возрастную, врожденную индивидуальную норму, управлять потреблением алкоголя на начальных этапах алкогольного процесса и создавать этап умеренного (мера, норма) употребления алкоголя длиной в жизнь.

Предлагаемая концепция объединяет позиции человека, общества и государства в отношении употребления алкогольных напитков: абсолютная трезвость и употребление алкоголя в пределах социально-приемлемой нормы в обществе допустимо, превышение нормы, формирующее злоупотребление алкоголем — аморально, а алкоголизм, ведущий к потере человека для общества, неприемлем.

Все это позволит перейти противоалкогольной пропаганде от осуждающих алкоголизм, эпизодических лекций и информации СМИ к организованному получению системы знаний о норме и ненорме (патологии) на этапах алкогольного процесса: молодежью через систему образования; всему населению через СМИ и наиболее сложному контингенту — через наркологическую службу. Важно, что все ведомства будут пользоваться единым межведомственным методологическим инструментом.

Эффективность первичной профилактики определяется путем повозрастного социологического зондирования, а у детей проводится анализ причин начала алкоголизации до 18 лет, отдельно для детей "группы риска". Анализ позволяет понять причины неэффективности профилактических мероприятий, определять ведомственную, структурную или персональную ответственность и принимать меры по исправлению выявленных недостатков.

Таким образом, первичная профилактика на начальных этапах алкогольного процесса (абсолютное неупотребление и умеренное употребление алкоголя), позволяет охватить все возрастные слои населения, но в первую очередь направлена на формирование правильного мировоззрения у детей, подростков, молодежи и, особенно, на слабое звено — "группу риска".

Вторичная профилактика (контрольно-коррекционная) предполагает работу с теми, кто начинает допускать ненормированное потребление алкоголя (в первую очередь с молодежью), в том числе с лицами "группы риска", и оказание им дифференцирован-

ной помощи, способной предупредить и остановить переход алкогольного процесса с этапа умеренного употребления на этап злоупотребления алкоголем без признаков болезни и далее — в болезнь. Чтобы отказаться от злоупотребления алкоголем, для многих начинающих злоупотреблять алкоголем бывает достаточно получить объективную информацию о формировании патологии на этапе злоупотребления без признаков болезни. Объективная информация помогает человеку прервать негативное развитие алкогольного процесса самостоятельно или с помощью корректирующих мероприятий и вернуться к абсолютной трезвости или этапу умеренного употребления алкоголя.

Необходимо подчеркнуть, что развитие этапа злоупотребления без признаков болезни происходит на фоне осуществляемой противоалкогольной пропаганды у людей, которые до этого употребляли алкоголь умеренно. Причинами нарастающей алкоголизации может быть: отсутствие или неэффективная пропаганда; контрпропаганда в виде прямой или скрытой рекламы, призывающей к потреблению алкоголя; наконец, даже самая хорошая пропаганда имеет свои пределы эффективности воздействия на массы, т.е. всегда остаются отдельные, наиболее "сложные" категории молодежи, которые не воспринимают или отрицают проводимую противоалкогольную пропаганду.

В этом отношении показательна большая информационная кампания против наркотиков, которая проводилась во времена президента Рейгана его женой [5]. Число молодых людей, пробовавших наркотики, до начала кампании было невероятно высоко, среди 16-летних количество тех, кто хотя бы раз в жизни пробовал наркотики, приближалось к 50%. В ходе кампании ТВ-каналы бесплатно предоставляли время для тематических показов; рекламные бюро бесплатно информировали людей о вредном воздействии наркотиков на ТВ, в работе принимали участие многие общественные организации, многие известные люди рассказывали как опасны наркотики, и т.д. В результате проведенной кампании отношение к наркотикам в обществе изменилось, стало более негативным, соответственно меньше людей стало пробовать их. Научные исследования, проведенные в ходе кампании, показали, что количество 16-летних молодых людей, продолжающих пробовать наркотики, сократилось, но только до 30%, на основании чего был сделан вывод, что посредством только одного информирования лучших результатов достигнуть не возможно.

В России, после развала в 90-е годы противоалкогольной пропаганды, отмечался рост алкоголизма среди молодежи и женщин, на стабильно высоком уровне оставалось душевное потребление алкоголя и

высокая смертность, причинно связанная с алкоголем. Не вызывает сомнения тот факт, что значительное число начинающих злоупотреблять алкоголем молодежи составляли подростки члены "группы риска", которым коррекционные и лечебные мероприятия в детстве не проводились или для которых они оказались недостаточно эффективными.

Для контингента, который на фоне противоалкогольной пропаганды (первичной профилактики) начинает злоупотреблять алкоголем, неэффективная, первичная профилактика должна быть дополнена новым результативным средством — методом контроля. Система контроля позволяет гарантированно выявлять патологию, выходящую за границы официальной или социально-общественной нормы, что позволяет в короткие сроки изучать ситуацию, улучшать и получать положительный результат за счет нормализации "человеческого фактора". Медицинский контроль особенно важен и эффективен при проведении профилактических мероприятий, направленных на предотвращение социальной агрессии у наиболее "сложной" категории лиц начинающих раннее потребление и злоупотребление алкоголем. Не секрет, что выраженное алкогольное опьянение вызывает у человека ощущение вседозволенности, расторможенности и подталкивает к совершению противоправных и асоциальных действий в семье, на производстве, в общественных местах и т.д. Проведение медицинского контроля на алкоголь и наркотики уменьшает чувство вседозволенности, неорганизованность и необязательность, при этом повышаются ответственность, собранность, дисциплинированность.

Роль тестирования в системе первичной и вторичной профилактики алкоголизма и наркомании

Более всего для указанной цели подходят экспресс-контроль, тестирование, скрининг, который проводится с помощью диагностического оборудования на алкоголь (алкометры) и наркотики и/или экспресс-тестов на наркотики, результат проведенного тестирования доступен мгновенно или в течение 3—5 мин. Учитывая, что положительный результат экспресс-анализа носит предварительный характер, окончательное заключение делается после проведения дополнительного лабораторного обследования.

Рассмотрим как проводятся экспресс исследования за границей, где накоплен большой опыт их применения. М. Henderson, G. Hutcheson, J. Davis [15] указали, что тестирование на наркотики впервые в широком масштабе применило Министерство обороны США в 1960-е годы в ответ на распространение потребления наркотиков среди военных, возвращаю-

щихся из Вьетнама. В конце 1980-х годов в США было введено в действие законодательство, разрешающее повсеместное введение программы скрининга. В 1986 г. Президент США подписал указ об установлении правил запрещения наркотических веществ на государственных рабочих местах. Был также принят акт против злоупотребления наркотическими веществами и введены основные рекомендации по программе тестирования наркотических веществ для государственных работников. Программа внезапного тестирования стала проводиться Министерством транспорта США, чтобы охватить работающих в авиации, на железной дороге, водителей грузовиков, на газопроводах.

Как результат в США ежегодно тестируется более 30 млн чел., в том числе 1,8 млн госчиновников, 7 млн транспортных работников и 600 тыс. чел., работающих в атомном комплексе.

Учащиеся средних школ Англии с 2005 г. подвергаются выборочной проверке на употребление наркотиков. В итоге эксперимента оказалось, что учащиеся стали меньше прогуливать занятия и показали более высокие результаты обучения на экзаменах [3].

По утверждению Mac Donald S и Wells S. [16], более всего подходят для проведения программы тестирования рабочие места: поскольку "...70% потребителей наркотиков работают, рабочие места могут быть самой удачной, со стратегической точки зрения, позицией в обществе, чтобы бороться против потребления наркотиков". Исследования, проведенные в компании "Дженерал моторс", показали, что после введения программы скрининга на наркотические вещества количество прогулов уменьшилось на 40%, дисциплинарных наказаний — на 50%, и число несчастных случаев — на 50%. А военно-морской флот США обнаружил, что вслед за реализацией программы регулярного тестирования процентное количество позитивных результатов на наркотические вещества упало до 5% (с уровня 48%, когда тестирование было введено впервые).

Высокая эффективность предложенного метода способствовала тому, что в 1992 г. уже 85% американских корпораций использовали какие-либо формы тестирования и было протестировано 20% рабочих. Тестирование как средство выявления случаев потребления наркотиков, получило широкое распространение в мире.

В 2008 г. управление ООН по контролю над наркотиками и предупреждению преступлений (UNODC) предложило ввести на дорогах экспресс-проверку водителей на наркотическое опьянение, точно так же как дорожное тестирование проходят водители на алкоголь [9].

M. Henderson, G. Hutcheson, J. Davis [15] указывают, что для определения алкоголя и наркотиков в организме человека на рабочем месте применяются следующие виды контроля (тестирования):

- скрининг (исследование) при поступлении на работу — используется:

- для предотвращения приема потребителей психоактивных веществ (ПАВ) или их перехода на другой производственный участок;
- чтобы предупредить потребление запрещенных веществ среди претендентов на должность;

- тестирование при наличии причины — проводится, когда поведенческие и другие факторы указывают, что человек мог употребить наркотическое вещество. Цель тестирования:

- подтвердить или опровергнуть возникшие подозрения;
- предупреждать потребление запрещенных веществ;

- тестирование после лечения по поводу злоупотребления ПАВ. Периодическое тестирование проводится, чтобы

- повысить эффективность лечения путем предотвращения дальнейшего потребления запрещенных веществ;
- выявлять срывы на ранних этапах;

- внезапное (необъявленное) тестирование — гарантированно устанавливает не выявленных ранее злоупотребляющих ПАВ, оно обеспечивает:

- выявление всех случаев потребления запрещенных веществ;
- предотвращение потребления запрещенных веществ.

Наиболее эффективной мерой предупреждения потребления наркотических веществ считается внезапное тестирование. Особо подчеркивается, что при всех перечисленных видах проверки (независимо от причины ее проведения) тестирование используется, чтобы предупредить начало потребления наркотиков.

Итак, можно сделать следующие выводы:

1. Метод тестирования необходимо рассматривать как эффективно действующий фактор контроля в структуре противодействия алкоголизму и наркомагии, который позволяет активно и эффективно выявлять потребление наркотических веществ и ненормативное потребление алкоголя;

2. Применение всех видов контроля (тестирования) обеспечивает 100%-ное выявление случаев потребления наркотических веществ и ненормативного употребления алкоголя;

3. Неотвратимость разоблачения ненормативного потребления алкоголя и незаконного наркотиков создает психологический барьер, который препятствует началу наркотизации, ненормированной алкоголиза-

ции, в первую очередь среди несовершеннолетних, становится мощным стимулом предотвращения желания пробовать и потреблять наркотики, злоупотреблять алкоголем;

4. Тестирование дает возможность контролировать эффективность и качество лечения наркологических больных. Системное тестирование в период лечения и реабилитации является мощным психологическим фактором, предупреждающим начало новой алкоголизации и наркотизации. Наконец, оно дает возможность выявлять на ранних этапах рецидив заболевания, что позволяет прервать новое обострение и после его купирования продолжить прерванное лечение.

Рассматривая возможность применения контроля путем тестирования лиц, допускающих употребление наркотиков, сверхнормативную алкоголизацию и совершающих противоправные, асоциальные действия в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, можно наметить три направления работы: семья, общественные места (учебные заведения, учреждения здравоохранения, места досуга и т.д.), предприятия и организации независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

В России метод тестирования начал применяться 17 лет назад, но до сих пор нет ни закона, ни программы, ни подзаконных актов. Напоминаем, что в США метод тестирования вводился в действие законодательно, был принят акт против злоупотребления наркотическими веществами и утверждены рекомендации по программе тестирования на наркотические вещества для государственных работников. Отсутствие регламентирующей законодательной базы тормозит, а в отдельных случаях делает невозможной работу ведомств, фактически пуская ее на самотек. Работа проводится только в отдельных структурах и ведомствах — главным образом там, где она необходима при решении вопросов безопасности или в силу заинтересованности отдельных руководителей.

Так, после пожара на шахте "Есаульская" (г. Новокузнецк Кемеровской обл.), в результате которого погибли 25 чел., по одной из версий пожар был связан с рабочими-наркоманами, готовившими наркотик к употреблению в шахте, в 2005 г. на 16 угольных предприятиях Кемеровской области было проведено сплошное предсменное обследование подземного персонала на предмет потребления наркотических средств и психотропных веществ. Путем тестирования обследованию были подвергнуты 31 551 чел., из которых в состоянии наркотического опьянения выявлено 402 чел. (1,27 %). По итогам обследования в 2006—2007 гг. в области и на шахтах проводились комплексные противонаркотические мероприятия. После очередного обследования в 2007 г. 25 826 ра-

ботников 13 угольных предприятий было выявлено только 79 чел. в состоянии наркотического опьянения, или 0,3% от числа обследованных, что в 4 раза ниже уровня 2005 г. [2].

Во многих российских регионах такие проверки и тестирование уже не новость. Они проводятся в атомной, горнодобывающей и других опасных отраслях промышленности, на предприятиях ВПК. Уже несколько лет при проведении медицинских военно-врачебных комиссий и на сборных пунктах призывников используются экспресс-тесты. В Центральной военно-врачебной комиссии Минобороны считают, что благодаря этому значительно сократилось число наркоманов, призываемых в армию. В областях и краях, где проблема наркомании стоит особенно остро, принимают свои местные законы о принудительном тестировании молодых людей.

Показателен опыт Татарстана. Сначала пробному тестированию подверглись около 800 старшеклассников. Затем специалисты разработали критерии "формирования контингента учащихся, подлежащих профилактическим наркологическим осмотрам", чтобы выявить "группы риска", после чего было протестировано уже свыше 93 тыс. школьников и студентов и среди них выявлено свыше 190 наркоманов [7].

Мэр Москвы тоже высказался за необходимость введения обязательного медицинского тестирования для выявления студентов, принимающих наркотики. Его поддержали руководители ряда столичных вузов, которые тут же ввели у себя такое обследование, которое позволило сделать вывод, что число студентов, которые пробовали наркотики в среднем составляет 2—3%. В МГТУ имени Баумана уже несколько лет проводят проверку студентов и абитуриентов на потребление наркотиков. Делается это с помощью тест-полосок, процедура обязательна для всех поступающих на военный факультет. Ежегодно тестируется около 2 тыс. студентов. Если тест положительный, студента направляют на исследование в Научно-практический центр профилактики наркомании.

Но, несмотря на многочисленные положительные результаты, полученные в ходе тестирования в ведомственных отраслях и отдельных регионах, широкое применение тестирования тормозится из-за отсутствия законодательной базы. Так в 2007 г. Верховный суд РФ признал незаконным указ губернатора Пермского края об обязательном тестировании населения на наркотики и алкоголь, а Уполномоченный по правам человека в России В. Лукин назвал предложение мэра столицы Ю.М. Лужкова о внедрении тестирования в учебных заведениях Москвы антиконституционным. [2].

На этом фоне выглядит непонятной позиция наркологической службы. Являясь единственной профессиональной структурой в наркологии, она первой должна была дать оценку преимуществ и недостатков

тестирования и, при положительном заключении, решить за 17 лет все проблемы, связанные с законодательством. Однако, как указывают А.В. Худяков, И.В. Хомутников [14], вопрос тестирования в течение последнего года оживленно обсуждается только в Интернете: "К сожалению, в отечественной научной литературе нам практически не удалось найти работ, освещающих результат тестирования на наркотики", — и далее сообщают, что "о целесообразности широкого применения экспресс-тестов на наркотики идет давний спор. Если по поводу применения этого метода с целью контроля наркозависимых в ремиссии, а также при освидетельствовании на состояние наркотической интоксикации мнение достаточно единодушно, то целесообразность их массового использования в процессе диспансеризации у многих отечественных специалистов вызывает сомнение". Сомнения о возможном применении тестирования доминируют и в самой статье: сомнительна рентабельность обследования; включение подростков в "группу риска" также вызывает сомнение с моральных позиций; использование экспресс-тестов родителями рассматривается как "полицейский подход"; сплошные исследования малоэффективны; положительные результаты тестирования единичны и т.д. Неопределенность сохраняется и в выводах: "сложилось убеждение, что экспресс-тестирование.. используемое в наркологии, действительно настолько, насколько органично оно встроено в социально-психологический контекст решаемой задачи".

Известно, что сомнения подтверждаются или исчезают в процессе практической деятельности. Выше указывалось, что в США тестирование используется с 60-х годов, т.е. уже на протяжении 40 лет, ежегодно тестирование проходят 30 млн чел. Уже в 1992 г. 85% американских корпораций использовали различные формы тестирования и тестируется 20% рабочих, о необходимости тестирования заявляет ООН, в России отдельные ведомства, структуры и регионы также успешно используют указанный метод и только профессионалы-наркологи России на протяжении 17 лет не могут избавиться от сомнений и колебаний.

Проведение тестирования в широком масштабе поставит новые вопросы и задачи, как и кто должен проводить наркологическую работу с лицами, допускающими ненормированное потребление алкоголя и совершающими в алкогольном опьянении противоправные действия. В социалистический период, когда предпочтение отдавалось коллективу и коллективным мерам воздействия на индивидуум, информация об антиобщественных действиях в алкогольном опьянении из отделов милиции (ГАИ, дежурной части, медицинского вытрезвителя и т.д.) направлялась по месту работы "для принятия мер". В профсоюзном комитете или комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом проводилось обсуждение провинившихся; преобладала, как правило, формально-бытовая оцен-

ка ситуации — "с кем не бывает"; если информация случайно доходила до семьи, ее обсуждение, обычно, завершалось уговорами "не пить" или вербальным конфликтом, т.е. профессиональная оценка ситуации отсутствовала, а развивающийся алкогольный процесс адекватного противодействия не получал.

Отсутствие профессионалов в работе с теми, кто начинает злоупотреблять алкоголем, приводило к тому, что возникал своеобразный "статус кво" — ситуация, которая существовала и сохранялась до тех пор, пока предрасположенность не перерастала в злоупотребление алкоголем, а затем в болезнь. И только когда болезнь достигала выраженного уровня (II—III стадии) и скрыть болезненную зависимость к алкоголю становилось невозможно из-за запоев, абстиненции и т.п., на производствах и в семьях начинали принимать радикальные меры, включая увольнение, развод, которые на развитие алкогольного процесса чаще всего уже не оказывают необходимого влияния. Только на этапе болезни, по просьбе родных или производства, реже — самого больного, к решению проблемы начинали подключать профессионалов — врачей психиатров-наркологов.

Существовавшая система напоминает "инкубаторы" по "выращиванию" в обществе (в семьях и на производствах) больных алкоголизмом до малокурабельных и некурабельных форм, а отстранение от противоалкогольных мероприятий на ранних этапах алкогольного процесса специалистов наркологической службы являлось той причиной, не преодолев которую нельзя рассчитывать на стабильный успех в противодействии алкоголизму. В постсоциалистический период, когда воспитательная роль коллектива и общественности была сведена к нулю, противоправные действия человека, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения, превратились в проблему самого индивидуума и его семьи, что еще больше усугубило ситуацию.

По нашему мнению, вся официальная информация о противоправных и асоциальных действиях, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения в семье, на производстве и в общественных местах, должна направляться в наркологические учреждения — к профессионалам. Это позволит наркологическим структурам прицельно работать с наиболее сложным контингентом не в конце алкогольного процесса, когда он достигает уровня запущенной болезни, а в самом начале, на доклиническом уровне, когда результативность профилактических мероприятий организационного, психологического, социального и лечебного воздействия максимально эффективны.

Для проведения тестирования на алкоголь предлагается оснащать здравпункты предприятий и организаций, медпункты учебных заведений, отделов милиции, ГАИ, СМП, структуры здравоохранения и т.д., приборами алкометрами, которые в режиме реального времени дают информацию о наличии алкоголя и его

количестве в выдыхаемом воздухе. Это позволит радикально решить проблему ненормативной алкоголизации на производствах и получать объективные данные о противоправных и асоциальных действиях, совершаемых в семье и общественных местах в алкогольном опьянении на уровне патологии — злоупотребления алкоголем. Появление у человека после обследования на алкометре сомнений в достоверности положительного результата решается путем направления его в наркологическое учреждение для уточнения диагноза с помощью клинического и лабораторного обследования. Отказ от проведения экспресс-обследования должно рассматриваться как отягчающее обстоятельство.

Информация, поступающая в наркологические учреждения, делится на две части.

В одну входят те, кто уже состоял на наркологическом учете — злоупотребляющие алкоголем без признаков болезни и больные алкоголизмом. Получение дополнительной информации позволит наркологическим структурам уточнять существующий диагноз и решать вопрос о проведении внеочередного противоалкогольного лечения, что окажет дисциплинирующее влияние на рассматриваемый контингент, повысит эффективность лечения и качество ремиссий.

Во вторую группу входят, в основном, молодые люди, информация о которых впервые поступает в наркологическую службу. Молодежь, которая совершает противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, состоит из двух категорий.

В первой находятся повзрослевшие члены "группы риска", с ними необходимо решать вопросы о проведении дополнительных коррекционных и лечебных мероприятий и уточнять причину низкой эффективности предшествующих профилактических и коррекционных мер.

Вторая состоит из молодых людей, которые находятся в начале алкоголизации, их злоупотребление алкоголем связано с отсутствием знаний о норме и патологии на этапах развивающегося алкогольного процесса, и возможностях своего организма. Эти молодые люди еще не знают свою индивидуальную дозу нормы и не умеют определять ее, что приводит к передозировке, появлению выраженного состояния алкогольного опьянения и совершению противоправных действий. Для них важно получить правильную информацию (профилактическое обучение) у врача психиатра-нарколога, чтобы попытаться нормализовать свою алкоголизацию и исключить в дальнейшем злоупотребление алкоголем и появление новых негативных последствий.

Так как первая информация о противоправных действиях, поступающая в наркологическую службу, может быть связана с первым или единичными случаями выраженного опьянения на фоне стабильного, умеренного потребления алкоголя, врач психиатра-нарколога, при отсутствии дополнительной информации,

устанавливает этап потребления алкоголя, соответствующий норме — "умеренное употребление", и ставит вопрос о прохождении обязательного обучения. Установление этапа алкоголизации — "умеренное употребление" — не наносит человеку ни морального, ни материального ущерба и, следовательно, может устанавливаться заочно. Новые сообщения о лице, употребляющем алкоголь "умеренно", наркологическая служба в дальнейшем получает только путем пассивного накопления информации, активное получение дополнительных сведений исключено, так как человек не находится на наркологическом учете. Хранение первичной информации три года дает возможность объективно оценить развитие ситуации в сложный возрастной период. Отсутствие повторной информации в течение всего срока ее хранения; после проведения первого профилактического обучения является подтверждением, что установленный уровень алкоголизации соответствует социально-приемлемой норме — "умеренному употреблению". Поступление информации вновь, второй раз, является сигналом о негативном развитии алкогольного процесса и ставит вопрос о повторном проведении информационно-образовательного обучения и, при добровольном согласии, на прохождение коррекционных мероприятий. Появление и после второго обучения новых противоправных и асоциальных действий, вызванных злоупотреблением алкоголя, ставит вопрос о необходимости уточнения диагноза у психиатра и психиатра-нарколога, так как это может быть связано как с началом формирования злоупотребления алкоголем без признаков болезни или алкогольной зависимости, так и с врожденной или приобретенной патологией личности.

Информация, поступающая в наркологический кабинет, о противоправных действиях, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения, относится к молодым людям, жизненная позиция которых уже сформировалась. Вести трезвый образ жизни, как правило, они не собираются, хотят продолжать потребление алкоголя, обычно, в пределах социально приемлемой нормы. Однако существующая концепция "трезвость, как норма жизни" не соответствует стремлению этой части контингента и существующим реалиям жизни, а знания о социально-приемлемой норме и форме потребления алкоголя у них отсутствуют, так как приобрести их нелегко. В школе эти знания не дают, существующие немногочисленные методики по определению индивидуальной нормы потребления алкоголя сложны и большинству населения, тем более молодым людям, неизвестны. Сложность методик вызвана тем, что в них используются таблицы и формулы, в которых учитывается пол, возраст, масса тела человека, в расчет принималось также состояние здоровья, наличие заболеваний,отягощенной наследственности и т.д.; они сложны даже при индивидуальном изучении и, тем более, для обучения в системе

образования или распространения информации через СМИ. Кроме того, получаемая при расчетах норма потребления алкоголя статична и не соответствует жизненным реалиям, при которых наблюдаются колебания потребляемого алкоголя в зависимости от ситуации, состояния организма и т.д.. Наконец, в методиках отсутствует информация о социально-приемлемой форме и уровне потребления алкоголя, на которые должны ориентироваться, как выпивающие умеренно, так и начинающие злоупотреблять алкоголем.

Как указывалось выше в "профилактике алкогольного процесса" (ПАП), для обучения предлагается использовать новую концепцию противоалкогольной пропаганды: "Норма и патология на этапах алкогольного процесса" [12], которая лишена вышеуказанных недостатков. Изучать новую концепцию можно разнообразными методами: индивидуально, коллективно, используя СМИ, что позволяет наркологической службе выбирать приемлемые формы работы с социально неблагополучным контингентом. Концепция проста, доступна для каждого и гарантирует получение информации обо всех этапах алкогольного процесса, акцентирует внимание на индивидуальной, врожденной норме, социально-приемлемой форме алкоголизации и этапах, соответствующих "норме жизни". То есть концепция дает знания о признанном обществом и государством потреблении алкоголя, что позволит врачам четко ориентировать обучаемый контингент. А обучаемые, сверяя свою алкоголизацию с социально-приемлемой нормой, формой, этапами алкогольного процесса смогут самостоятельно делать вывод, вышла или не вышла их алкоголизация за пределы нормы и что делать, если это произошло. Появление знаний о наличии патологии заставит большинство людей активно искать выход из сложившейся негативной ситуации. Многие попытаются это сделать самостоятельно, а при отрицательном результате обратятся за советом и помощью в процессе обучения или позднее к врачу психиатру-наркологу. Наиболее эффективной формой обучения в ФНС являются получение информации в группе под руководством врача психиатра-нарколога и параллельное распространение методического руководства для индивидуального пользования и закрепления полученных знаний.

Информация из официальных источников, письменное обращение родных и близких в МВД о ненормативной алкоголизации и совершении социально опасных действий в состоянии алкогольного опьянения, поступающая в наркологическую службу, служит основанием для зачисления в группы и прохождения обучения: "Норма и патология на этапах алкогольного процесса". Проведение обучения не входит в перечень медицинских мероприятий (освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция), для которых требуется согласие пациента в соответствии со ст. 32—33 Федерального закона "Основы зако-

нодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", т.е. не противоречат закону о здравоохранении [8].

Направлять на обучение в ФНС должны структуры, которые фиксируют и/или наказывают человека за ненормированную алкоголизацию, асоциальные и противоправные действия, совершаемые в алкогольном опьянении (отделы милиции, структуры здравоохранения и образования, отделы кадров предприятий, организаций и др.). С учетом асоциального характера контингента обучение должно быть обязательным, что потребует принятия поправки к соответствующему закону. Так как отдельные лица могут уклоняться от обязательного обучения, необходимо предусмотреть дополнительные меры воздействия — штрафные санкции и принудительное направление пациента на обучение решением суда.

Противоправные и асоциальные действия в состоянии выраженного алкогольного опьянения, совершаемые неоднократно, указывают на формирование неконтролируемой болезненной зависимости от алкоголя и/или на особенности личности. И то, и другое раздельно или в совокупности формирует социально опасную личность, которая в состоянии выраженного алкогольного опьянения постоянно с большой вероятностью совершает общественно опасные действия, только незначительная часть которых "попадает в поле зрения" официальных структур. Уточнение причины роста социальной опасности требует обследования у врача психиатра и психиатра-нарколога для постановки диагноза и проведения необходимой коррекции, лечения и реабилитации. Решение о проведении обследования и лечения при совершении неоднократно социально опасных действий должно решаться в рамках ст. 34 ФЗ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан". Согласно ФЗ, к лицу, систематически совершающему общественно опасные действия, причина которых неизвестна, при отказе от добровольного обследования, могут применяться принудительные меры медицинского характера: "решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или без согласия их законных представителей — судом".

Отсутствие профилактических мероприятий (обследования, коррекции и лечения), купирующих в начале развития асоциальные и противоправные действия, совершаемые в алкогольном опьянении, ведет к дальнейшему развитию социальной патологии — росту социальной агрессии, неоднократным судимостям и заканчивается формированием криминогенной, социально опасной, деградированной, алкогольной личности. Ими совершается до 70—80%, самых тяжелых преступлений против личности.

Работа по активному выявлению лиц, совершающих ненормативные и асоциальные действия в состоянии алкогольного опьянения, проводилась в 1996 — 1998 гг. в Салехардском окружном ПНД [10]. Число выявляемых лиц с "умеренным употреблением" алкоголя в 1996 — 1998 г. намного превысило число берущихся на учет злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни, соответственно по годам в 12, 7 и 38 раз и больных алкоголизмом в 20, 14 и 46 раз в 1996, 1997 и 1998 гг. Количество лиц с "умеренным употреблением" алкоголя превышало число состоящих на учете лиц, злоупотребляющих алкоголем соответственно по годам в 8, 7 и 8 раз и больных алкоголизмом в 2, 2 и 2 раза. Объем поступающей информации о лицах с доклиническими формами алкоголизации, требующих внимания и нуждающихся в проведении профилактических мероприятий наркологической службой (противоалкогольной пропаганды, психологической, психотерапевтической и медикаментозной коррекции), говорит о больших перспективах профилактического направления работы. Что касается существующей в 90-е годы профилактики, основанной на формировании чувства страха перед употреблением алкоголя и алкоголизмом, используемое постоянно при проведении противоалкогольной пропаганды СМИ, педагогами, врачами, родителями и т.д., перестает давать положительный эффект. Основная масса учетного контингента наркологических диспансеров не видит необходимости являться на прием к психиатру-наркологу, только для того, чтобы в очередной раз выслушать общие рассуждения о негативных признаках алкоголя и алкоголизма, большинство предпочитает уклоняться от посещения наркологического кабинета, меньшая часть, зависящая от наркологов, является формально "для галочки".

Недостатки, выявленные в организации профилактических мероприятий:

1. Отсутствуют штатные должности для профилактической работы с контингентом употребляющих алкоголь "умеренно" и состоящих на профилактическом учете с диагнозом *злоупотребление алкоголем без признаков болезни*;

2. Отсутствуют документы, регламентирующие профилактическую работу с лицами, совершающими противоправные действия в алкогольном опьянении (определяющие ответственность сторон диспансер—пациент), что ведет к параличу усилий наркологической службы;

3. Отсутствует документ, обязывающий лицо, совершившее противоправное действие в состоянии алкогольного опьянения, проходить обязательную профилактическую информационно-обучающую программу;

4. Отсутствуют эффективные, обучающие, профилактические, противоалкогольные программы для указанного контингента.

Для обработки большого объема информации необходима автоматизированная система учета, прототипом которой являлась динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК), которая позволяла систематизировать первичную и повторно поступающую информацию из разных источников и контролировать поэтапное развитие алкогольного процесса (умеренное употребление, злоупотребление без признаков болезни, алкоголизм) [13].

Кроме того, предлагаемая система экспресс-контроля асоциальных действий в состоянии алкогольного опьянения позволит ФНС одновременно с проведением профилактических, коррекционных и лечебных мероприятий перейти, не нарушая существующего законодательства, от пассивного к активному выявлению наиболее сложного контингента, лиц, неоднократно совершающих в алкогольном опьянении ненормативные и социально-опасные действия.

Итак, комплекс вторичной профилактики отражает противоалкогольные мероприятия на этапе злоупотребления алкоголем без признаков болезни. Информационно-обучающая программа первичной профилактики дополняется на новом этапе системой экспресс-контроля, которая позволяет определять лиц, совершающих ненормативное потребление алкоголя и противоправные действия, в состоянии среднего и выраженного алкогольного опьянения (в семье, в местах общественного пребывания, на предприятиях и организациях независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности). Наркологическая служба организует профилактическую работу с лицами, совершающими противоправные и асоциальные действия в состоянии алкогольного опьянения, информация о которых поступает из ведомственных структур социального и силового блока, предприятий и организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Таким образом, система ПАП позволит, контролируя динамику противоправных и асоциальных действий, совершаемых в алкогольном опьянении в течение трех лет, проводить обучение и коррекционно-лечебные мероприятия выявляемого контингента, следовательно, наркологическая служба станет реально обрывать алкогольный процесс на этапе злоупотребления без признаков болезни и помогать человеку вернуться на этапы "нормы жизни". Проведение предлагаемых контрольно-коррекционных мероприятий на этапе злоупотребления алкоголем без признаков болезни позволит помимо улучшения наркологической ситуации, повысить экономическую эффективность предприятий и снизить криминогенную ситуацию в стране.

Третичная профилактика (лечебно-контрольное направление) представлена работой ФНС с больными алкоголизмом. Это направление является завершающим этапом работы, которая начиналась на этапе первичной профилактики с "группой риска", продолжалась на этапе вторичной профилактики с лицами,

совершающими асоциальные и противоправные действия в алкогольном опьянении. Третичная профилактика предусматривает лечебную и реабилитационную работу на этапе болезни, нацелена на остановку развития алкоголизма, достижение и сохранение устойчивой ремиссии в течение всей жизни. Для получения достоверно высокой ремиссии необходимо в процессе основного и поддерживающего лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации контролировать состояние трезвости у пациентов с помощью экспресс-диагностики при посещении врача нарколога. Введение экспресс-контроля алкоголя во всех предприятиях и организациях независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также в силовых и социальных структурах для предотвращения ненормативной алкоголизации и освидетельствования лиц, совершающих противоправные и асоциальные действия в состоянии алкогольного опьянения, с последующим направлением информации в ФНС, позволит повысить качество лечения больных алкоголизмом. Лечение при наличии хорошо поставленного инструментального контроля позволит получать близкие к реальным результаты лечения больных и показатели ремиссий. В настоящее время, как указали Гофман А.Г., Понизовский П.А. [4], на одного наркологического больного с 1999 по 2003гг. в год в среднем приходится 2,2 посещения к врачу, а основным методом лечения является психотерапевтическое воздействие. Положительные ремиссии, установленные на основании двух посещений в год, фактически без лечения и инструментального обследования вызывают сомнение в достоверности результатов.

Особенности лечения, проводимого в структуре системы ПАП

Формы и методы лечения и реабилитации хорошо известны, автор считает возможным не освещать данный раздел. Единственным дополнением должно стать возвращение в практику наркологического лечения — принудительного лечения по решению суда с принудительной изоляции от общества в специализированных наркологических стационарах. Принудительное лечение должно распространяться не только и не столько на больных, ведущих асоциальный образ жизни, как правило, запущенных и малокурабельных, это направление работы практиковалось в СССР, при направлении больных в ЛТП, учитывая их подчиненность ведомству МВД. Причиной и главным условием направления на принудительное лечение должна быть срочная необходимость лечения и отказ лечиться добровольно, возраст при этом не должен играть особого значения. Сошлемся на законы, принятые в Швеции. "В соответствии с Законом о принудительном лечении лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками (социальные условия), совершен-

нолетние лица могут быть направлены на принудительное лечение при определенных условиях. Такими условиями являются срочная необходимость лечения и нежелание прохождения его на добровольной основе. Иными словами, принудительному лечению могут быть подвергнуты лица, постоянно злоупотребляющие алкоголем или наркотиками и создающие тем самым серьезную угрозу своему физическому или психическому здоровью или способные причинить вред себе и окружающим людям", "в некоторых случаях допустимо принудительное лечение. В соответствии с Законом о принудительной опеке над подростками (особые условия) принудительному лечению могут быть подвергнуты лица в возрасте до 18 лет (в некоторых случаях до 20 лет, если они злоупотребляют наркотическими веществами (алкоголем тоже — прим. авт.), подвергают серьезной опасности свое здоровье и развитие" [1]. Таким образом, основной причиной направления на принудительное лечения являются не социальная опасность, а два фактора: злоупотребление алкоголем, как угроза серьезной опасности для физического или психического здоровья и, при необходимом лечении, отказ лечиться добровольно. Возраст начала принудительного лечения в Швеции — до 18, 20 лет — указывает, что это не запущенные, малокурабельные и некурабельные формы болезни больных в солидном возрасте, а уровень злоупотребления без признаков болезни или ранние стадии болезни. Безусловно, эффективность лечения, в том числе принудительного, на этом уровне алкогольного процесса значительно выше в сравнении с запущенными случаями болезни. На особую важность принудительного лечения указывает Уве Розенгрен [5], отмечая, что даже в благополучной Швеции "особо жесткие меры должны касаться тех, кто уже не в состоянии прекратить потребление наркотиков (алкоголя тоже — прим. авт.). Такие люди должны немедленно подвергаться принудительному лечению. Это ответственность, которую развитое, зрелое общество должно взять на себя".

Государственный противоалкогольный комитет

Создание противоалкогольного Госкомитета позволит создать вертикаль управления всеми структурами, задействованными в борьбе с алкоголизмом, с федерального до муниципального уровней. Основными задачами противоалкогольного Госкомитета являются: подготовка предложений президенту по формированию госполитики в области борьбы с алкоголизмом и противодействия незаконному обороту алкогольной продукции, предоставление президенту ежегодных докладов о деятельности комитета; координация деятельности различных органов исполнительной власти: повышение эффективности целевых программ, направленных на борьбу с незаконным оборо-

том алкоголя и алкоголизмом; участие в международном сотрудничестве в области борьбы с алкоголизмом и незаконным оборотом алкоголя. Возглавляет противоалкогольный Госкомитет директор Федеральной наркологической службы. Государственные противоалкогольные комиссии образуются во всех субъектах Российской Федерации под руководством высших должностных лиц субъектов РФ. Решения противоалкогольного Госкомитета должны носить не рекомендательный характер, а обязательный к исполнению и иметь статус нормативных документов.

Заключение

Итак, создание ФНС необходимо вытекает из неудовлетворительных результатов анализа динамики наркоситуации в стране на протяжении 30 лет. Разобщенные усилия ведомств социального блока в работе с потребителями алкоголя всех уровней оказались неэффективными, в итоге: сохраняется стабильно высокий уровень душевого потребления алкоголя, высокая смертность, растет алкоголизм среди молодежи и женщин. Существующая профессиональная структура — наркологическая служба — не несет ответственности за динамику алкоголизма и развитие алкогольного процесса. Как результат значительное число начинающих злоупотреблять алкоголем — это подрастающие члены "группы риска", коррекционные мероприятия которым в детском возрасте не проводились. Высокоэффективная система контроля лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, в нашей стране внедряется не наркологами, а заинтересованными ведомственными структурами и не имеет государственной поддержки. Противоалкогольная пропаганда, основанная на изучении и знании предмета, представляющего опасность развивающегося алкогольного процесса отсутствует.

Деятельность ФНС, которая должна взять на себя профессиональную ответственность за динамику алкогольного процесса всего населения страны, видится в двух направлениях:

1. Работа с самой сложной и тяжелой в социальном плане группой населения: вначале с детьми "группы риска"; затем с молодыми людьми, совершающими асоциальные и противоправные действия на этапе злоупотребления алкоголем без признаков болезни и, наконец, с больными алкоголизмом, включая принудительное лечение. Существующая прогрессирующая патология алкогольного развития должна стать известна и понятна всем членам общества. В этом случае лица, злоупотребляющие алкоголем, и больные алкоголизмом лишатся той поддержки, которую они имеют у окружающих и корыстно пользуются ею, утверждая, что выпивают, "как все". В обществе появится понимание о существовании у от-

дельных ее членов "предрасположенности" к алкоголю, которая требует и общественного понимания, и профессиональной помощи с самого детства. Это позволит ФНС, опираясь на население, оказывать необходимую помощь всем, кто в ней нуждается, на всех этапах алкогольного процесса.

2. Работа ФНС в Государственном противоалкогольном комитете по организации совместных противоалкогольных мероприятий всех ведомств, позволит, анализируя эффективность работы на этапах алкогольного процесса, в возрастных группах, ведомственных структурах и территориях, вносить соответствующие коррективы и добиваться положительной динамики в развитии процесса.

Список литературы

1. Алкоголь и наркотики в Швеции (шведский институт) // Вопросы наркологии. — 1998. — №3. — С. 63.
2. Башенцев М. Забой — не место для наркотиков // Росбалтсевер. — СПб., 20.01.2008.
3. Богданов В. Принудительно здоров. Наркополиция намерена ввести обязательное тестирование учащихся на наркотики // Российская газета. — 31.01.2008. — №4576.
4. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // Наркология. — 2005. — №1. — С. 30—31.
5. Зазулин Г.В., Фролова Н.А. Опыт Швеции в проведении антинаркотической политики // Наркология. — 2005. — № 7. — С. 23.
6. Копоров С.Г. Динамика алкогольных заболеваний по Южному административному округу г. Москвы за 1994—2004 гг. // Наркология. — 2005. — №10. — С. 37.
7. Никольская Л.Д. Общество против наркотиков // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. — Казань: Медицина, 2006. — С. 158—159.
8. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. — М: ГРАНТЪ, 2000. — 48 с.
9. ООН предлагает всем странам ввести на дорогах экспресс-тесты на наркотики // Газета.ру Новости, 18.02.2008.
10. Тихонов Г.Б. Азбука алкогольного процесса. Научись определять врожденную норму и управлять потреблением алкоголя. Изд-е 2-е, испр. и дополнен. — М.: Гениус, 2007. — 24 с.
11. Тихонов Г.Б. Влияние товарно-денежных отношений на алкогольный и наркотический процесс // Наркология. — 2007. — №10. — С. 67—69.
12. Тихонов Г.Б. Абсолютная трезвость и социально-приемлемое потребление алкоголя, как норма жизни // Наркология. — 2007. — №3. — С. 44—55.
13. Тихонов Г.Б. Динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) наркологического участка // Новые формы организации наркологической помощи населению и профилактики алкоголизма. МЗ РСФСР НИИ психиатрии. — М., 1989. — С. 69.
14. Худяков А.В., Хомутников И.В. Решат ли проблему выявляемости наркопотребителей диагностические экспресс-тесты? // Наркология. — 2007. — № 11. — С. 67—68.
15. Henderson M., Hutcheson G., Davis J. Алкоголь и рабочее место — Публикации Регионального бюро ВОЗ, Европейская серия № 67., 1998. — С. 55—76.
16. Mac Donald S., Wells S. The impact and effectiveness of drug testing programs in the workplace // Mac Donald S., Roman P., ed. Research advances in alcohol and drug problems. Vol. II: Drug testing in the workplace. — New York and London: Plenum Press, 1994. — P. 121—142.