

Абсолютная трезвость и социально-приемлемое потребление алкоголя как норма жизни

ТИХОНОВ Г.Б.

врач психиатр-нарколог, Москва

Рассматривается возможность принятия как нормы не только абсолютной трезвости, но и употребления алкоголя в пределах индивидуальной нормы, вызывающей социально-приемлемую форму опьянения и соответствующий этап алкогольного процесса (умеренное употребление). Индивидуальная норма потребления алкоголя, приводящая к социально-приемлемой форме опьянения, рассмотрена как общественная норма потребления, соответствующая физиологическим возможностям организма и действующим нормативно-правовым актам. Для обучения населения созданы простая и понятная классификация алкогольного процесса и модель перехода бытовой алкоголизации в алкоголизм. Обучение населения предлагается проводить через систему образования, СМИ и наркологическую службу.

*Здоровье сохранять — задача медицины,
болезней суть понять и устранить причины.
Авиценна (Ибн Сина)
«О назначении медицины»*

Введение

Для начинающих выпивать молодых людей жизненно важным является умение определять для себя врожденную, социально-приемлемую индивидуальную норму и форму опьянения. Эти знания позволят употреблять спиртные напитки без негативных последствий в течение всей жизни, предотвратить переход к злоупотреблению алкоголем и алкоголизму, продлить и сохранить жизнь. Обладает ли население страны подобными знаниями?

Умение выпивать много у россиян традиционно считалось достоинством, поэтому население относится к злоупотреблению алкоголем снисходительно, не одобряется абсолютная трезвость и больные алкоголизмом в конечной стадии. С учетом существующей традиции основная часть населения выпивает умеренно, злоупотребляет алкоголем на уровне, не достигающем болезни или на начальной стадии алкоголизма. Но та же традиция приводит и к снижению возраста начала алкоголизации, увеличению подросткового, женского алкоголизма и потребления алкоголя на душу населения, т.е. идет рост негативных тенденций, в том числе касающихся наиболее значимых групп населения (молодежь, женщины). Одной из причин растущего негатива является отсутствие у населения знаний о социально-приемлемой норме, форме и уровне алкоголизации, которые являются единственным безальтернативным вариантом безвредного потребления спиртных напитков. Вывод ясен: население не обладает знаниями и социальным «иммунитетом», которые помогают человеку придерживаться общественно признанной нормы потребления алкоголя. Поэтому возникает вопрос, что мешает получать необходимые знания?

Научное сообщество наркологов считает, что население должно вести здоровый (*трезвый*) образ жизни, поэтому употребление даже минимальных доз алкоголя опасно, так как может закончиться болезнью — алкоголизмом. Поэтому противоялкогольная пропаганда строится не на получении необходимых знаний о приемлемой для общества и государства алкоголизации, а на запугивании населения негативными последствиями, характерными для алкоголизма (болезни), и призывах «вести трезвый образ

жизни». Однако, учитывая его нереальность и несостоятельность (члены наркологического сообщества употребляют алкоголь так же, как население страны), предлагается концепция прямо противоположная: «Выпивать можно, но мало». Однако конкретного ответа на вопросы: «Как мало?», «Сколько можно?», т.е. существует ли не существует социально-приемлемая норма и форма потребления алкоголя, не дается.

Официальная власть, не имея ясной и четкой наркологической концепции в вопросе социально-приемлемого потребления алкоголя, предпочитает заниматься конкретными делами; регулирует потребление алкоголя с помощью административно-законодательных мер и пытается прививать населению культуру питья путем увеличения ассортимента безалкогольных напитков и слабоалкогольных вин, расширяя сеть ресторанов, кафе и других мест общественного питания, где человек во время еды может выпивать, не превышая социальную норму, ориентируясь при ее выборе на административный кодекс и т.д.

Отсутствие официальной точки зрения о социально-приемлемом уровне алкоголизации приводит к тому, что СМИ распространяют и внедряют в сознание масс бытовую, вредную по сути версию о якобы склонности россиян к запредельной алкоголизации. Кроме того, обсуждаются вопросы о несчастных жертвах алкоголизма, низкой или высокой эффективности лечения, пропаганде абсолютной трезвости и упускается важный вопрос: как человеку следует выпивать, не нарушая общественной морали? То есть, существует ли социально-приемлемая форма и норма алкоголизации или нет?

В сложившихся условиях молодежь, которая начинает взрослую жизнь, не имеет четких ориентиров на потребление алкоголя, поэтому легко переходит к злоупотреблению, которое в дальнейшем перерастает в алкогольную болезнь.

Итак, каждый выпивающий человек, и особенно молодежь, которая начинает приобщаться к потреблению алкоголя, должны научиться определять свою социально-допустимую индивидуальную дозу нормы и форму алкоголизации. Полученные знания позволят создать *этап умеренного (мера, норма) употребления* алкоголя длиной в жизнь.

Социально-приемлемую норму потребления и форму алкоголизации легко определить в процессе взросления

человека. После окончания *периода абсолютного неупотребления* (детства, юношества) молодой человек (девушка), как правило, впервые приобщаются к спиртному, начинают выпивать. Практически все они путем проб и ошибок находят свою дозу — *норму, которая вызывает легкое опьянение*. Алкоголизация такими дозами и с такой формой опьянения может сохраняться неизменной в течение значительного отрезка времени, у некоторых всю жизнь, и таким образом создается *период умеренного (мера, норма) употребления* алкоголя. При такой форме потребления человек получает желаемое состояние комфорта, а общество — отсутствие негативных и асоциальных явлений, характерных для чрезмерного потребления (злоупотребления) алкоголем. Напрашивается вывод, что алкоголизация подобного типа является той нормой, которая социально-приемлема для общества в целом.

Однако у некоторых умеренно выпивающих молодых людей объем потребляемого алкоголя продолжает расти и формирует *опьянение средней степени*, которое провоцирует человека на нарушение общественной морали и асоциальные действия (*этап злоупотребления без признаков болезни*), затем возможен переход к *тяжелому опьянению*, характерному для *алкогольной болезни*.

Таким образом, увеличение дозы потребляемых спиртных напитков приводит к нарастанию тяжести опьянения (в пределах квалификационного ряда: опьянения нет, опьянение легкой, средней и тяжелой степени). В свою очередь, состояния опьянения определенной тяжести создают и характеризуют соответствующие этапы потребления алкоголя (абсолютное неупотребление, умеренное употребление, злоупотребление без признаков болезни и алкоголизм).

Напрашивается вывод, что знание такой классификации, основанной на конечном результате алкоголизации — *алкогольном опьянении*, позволит каждому ориентироваться в *алкогольном процессе*, определять социально-приемлемую форму алкоголизации и индивидуальную-приемлемую норму потребления алкоголя.

Определение содержания социально-приемлемой нормы потребления алкоголя

В обсуждаемом вопросе понятие *норма* сочетается с терминами *врожденная, индивидуальная, социально-приемлемая нормы* потребления алкоголя, которые требуют расшифровки. В советском энциклопедическом словаре [7] норма (от лат. *norma* — руководящее начало, правило, образец) рассматривается, как правовая норма, а также как установление средней величины чего-нибудь (норма выработки и т.п.).

Если рассматривать норму потребления алкоголя, как усредненную дозу, которая должна отвечать интересам каждого члена общества, то необходимо указать на участие в ее образовании большого количества факторов: это и индивидуальность каждого человека, и возрастные и этнические особенности. На норму оказывают влияние наследственность, особенности личности, социальные факторы и, в том числе, социальное окружение, сезоны года, климатические условия, состояния стресса или покоя и многочисленные другие факторы. Все это делает невозможным или очень сложным определение нормы как

конкретной величины, которая должна стать эталоном при употреблении алкоголя для каждого члена общества.

Правильнее к решению данного вопроса подойти другим путем, а именно: рассмотреть потребление алкоголя с позиций нормы, которая допустима по ряду критериев и стала приемлемой для общества; назовем ее *социально-приемлемой нормой потребления алкоголя*. Особенностью такой признанной обществом социальной нормы является то, что она не назначалась «сверху», ее формирование происходило в самом обществе и основным регулирующим ее фактором стало общественное мнение, которое отторгало неприемлемые для общества формы алкоголизации, вызывающие социально негативные явления; т.е. речь идет о постепенном формировании и культивировании в обществе в течение большого отрезка времени такой формы потребления, которая должна была удовлетворять подавляющую здоровую часть членов общества.

Выбирая из ряда вариантов, общество отказалось от единой для всех, фиксированной дозы (нормы) и приняло за образец нормы социально-приемлемую форму *алкогольного опьянения*. Именно форма опьянения оказалась тем простым и понятным для всех членов общества наглядным «барометром», с помощью которого выпитую токсическую дозу спиртного легко может определить как сам выпивающий, так и его окружение, общество. Из поколения в поколение передаются уничижающие, несущие презрительный подтекст фразы, метко отражающие состояние выпившего человека и его поведение, выходящее за рамки социально-приемлемой формы *алкогольного опьянения*: «Ноги заплетаются», «Лыка не вяжет», «Ничего не соображает», «Зенки залил» и др. При таком подходе социально-приемлемую норму можно представить не как одну, единую для всех дозу, а как диапазон доз от «Х» до «У» (например, от 0 до 100 мл 40%-ного *алкогольсодержащего напитка*). Это дает возможность каждому подобрать индивидуальную норму в промежутке от «Х» до «У», т.е. позволяет учитывать интересы практически всех членов общества и, главное, конечный результат алкоголизации (*алкогольное опьянение*) должен соответствовать общественно признанной форме потребления, не содержащей социально негативных моментов. Таким образом, общественно признанной нормой потребления алкоголя может быть такая средняя доза, которая с поправкой на индивидуальную, присущую каждому норму, формирует общественно признанную форму *алкогольного опьянения*. Человек в таком случае сам активно определяет свою позицию и, участвуя в *алкогольном процессе*, понимает ее цель и ценность для себя и для общества.

Алкогольное опьянение в рамках общественно приемлемой нормы поддерживалось церковью, которая порицала негативные явления, связанные с превышением нормы, и злоупотребление алкоголем. Государство отдельные элементы сложившегося в обществе понятия *норма потребления алкоголя* закрепило в законодательных актах. В настоящее время действует Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, который запрещает человеку, употребляющему алкоголь, находиться в общественных местах в социально неприемлемом для общества состоянии *алкогольного опьянения*. Общественное мнение о социально-приемлемой норме представлено в средствах массовой информации, пропаганди-

руется организованными и неорганизованными общественными организациями, выборными государственными структурами, которые изучают, обсуждают возникающие в связи с алкоголизацией населения проблемы, разрабатывают и утверждают новые законодательные акты.

В целях формирования здорового общества предлагается новое решение поставленной задачи. Необходимо отказаться от нереального, на данном этапе, призыва к населению вести трезвый образ жизни. Предлагается принять положение о социально-приемлемой норме употребления алкоголя и считать такой нормой соответствующую форму алкогольного опьянения, не вызывающего не только социально опасных последствий, но и последствий, разрушающих здоровье потребителя. Для этого, конечно, необходимо и научное обоснование индивидуальной дозы — нормы, и обучение всех слоев населения этим нормам потребления алкоголя. Как должно строиться предлагаемое социально-приемлемое потребление алкоголя?

С позиции государства алкоголь является пищевым продуктом «высокой калорийности» [13], который население употребляет во время питания на протяжении всей истории своего существования. В.П. Нужный [4] так оценивает это качество алкоголя: «Исключительно важной особенностью этилового спирта, отличающей его от других психоактивных веществ (ПАВ), является его способность выступать в качестве пищевого продукта. Его энергетическая ценность составляет 7,1 ккал/г. При систематическом употреблении алкоголя в количествах, не превышающих 5—10% энергетической ценности пищевого рациона, он не оказывает влияния или увеличивает уровень энергопоступлений, способствуя увеличению массы тела». Но одновременно и медицина, тоже не без оснований, утверждает, что чрезмерное употребление алкоголя ведет к патологии (болезням многих органов и другим медицинским и социально негативным факторам).

Доказательством является признание в мировом масштабе алкогольной болезни и другой патологии, с ней связанной, одной из самых опасных в течение всего периода потребления человечеством алкоголя, особенно на границе XX — XXI вв. Жизнь показала, что верны и позитивное, и негативное отношение к взаимодействию алкоголя и человека. Поэтому важнейшей задачей, по мнению автора, при употреблении алкоголя является умение найти для себя и сохранять в течение всей жизни социально-приемлемую форму опьянения, а для этого — знать границу между нормой и патологией.

Знание границы, умение отличить норму от патологии позволят населению использовать алкоголь как пищевой продукт, в пределах установленной для себя индивидуальной нормы, получая от алкоголя те ощущения, к которым человек стремится. Одновременно население, владея с детства информацией о формах алкоголизации, вызывающих негативные явления, болезнь и смерть, приступая к употреблению алкоголя, сможет, используя полученные знания, научиться ориентироваться в норме, патологии, границе между ними и управлять на начальных этапах своей алкоголизацией.

Полученные знания и опыт позволят обществу прийти к выводу, что нормой жизни являются не только абсолютная трезвость, но и употребление алкоголя в пределах индивидуальной нормы, которая вызывает состояние опья-

нения и уровни алкоголизации в пределах социально допустимой нормы потребления, не наносит вреда человеку, позволяя вести здоровый образ жизни.

И действительно, государственная политика направлена на повышение культуры потребления алкоголя, т.е. на опосредованное формирование у населения понимания индивидуальной дозы, социально-приемлемой формы и уровня алкоголизации. С этой целью принимаются меры по повышению качества выпускаемой алкогольной продукции и спирта (сертификация, передача производства государственным структурам и пр.). Для снижения потребления алкоголя розничная продажа алкогольной продукции регламентируется по месту, времени, возрасту, т.е. сокращается число мест розничной продажи и исключаются из алкоголизации дети и подростки. Торговлю алкоголя пытаются проводить через специализированные отделы, проводится политика замещения крепких алкогольных напитков на слабоалкогольную и безалкогольную продукцию; расширяется сеть общественного питания (кафе, баров, ресторанов и других мест), где алкоголь можно употреблять во время питания в количествах, не превышающих социально-приемлемые дозы, не вызывающих патологических форм опьянения и т.д. Таким образом, государство проводит работу, которая должна дать в перспективе положительный результат.

Определение социально-приемлемой нормы алкоголя начнем с оценки влияния алкоголя на организм человека в зависимости от изменения его количества в крови человека. По мнению Д.П. Билибина и В.Е. Дворникова [2], по их эффектам можно выделить следующие уровни содержания алкоголя в крови:

- до 30 мг% — видимое влияние алкоголя на организм человека отсутствует;
- 30—50 мг% — алкоголь оказывает незначительное влияние, внешние признаки опьянения практически отсутствуют;
- 50—100 мг% — алкоголь оказывает легкое влияние, внешние признаки опьянения выявляются только у непривычных к алкоголю людей;
- 100—150 мг% — наблюдается выраженное влияние алкоголя, внешние признаки выявляются не у всех;
- 150 мг% — во многих странах такой уровень принимают как границу абсолютной невозможности управлять автомобилем;
- 150—200 мг% — оказывает среднее влияние на организм, при этом внешнее проявление опьянения выявляются у большинства людей;
- 200—300 мг% — оказывает сильное влияние, внешние признаки опьянения наступают почти у всех людей;
- 300—400 мг% — ведет к тяжелому опьянению, внешние проявления опьянения наблюдаются у всех людей, в любых условиях;
- 400—500 мг% — угрожающая жизни алкогольная концентрация, для некоторых людей смертельная;
- 500—800 мг% — безусловно смертельная концентрация алкоголя в крови.

Исследование концентрации алкоголя в крови выпивающих помогло выявить близкие по своему влиянию на организм человека группы:

- незначительное, приемлемое влияние алкоголя в диапазоне от 40 до 150 мг%;

- переходный период между незначительным влиянием и угрожающим — 150—300 мг%;

- патологический период (тяжелая и смертельная степень опьянения) — 300—500 мг% и выше.

Проведенная систематизация позволила Д.П. Билибину и В.Е. Дворникову [2] создать классификацию состояний опьянения в зависимости от роста концентрации алкоголя в крови:

- 40—150 мг% — легкая степень опьянения;
- 150—300 мг% — средняя степень опьянения;
- 300—500 мг% — тяжелая степень опьянения;
- 600—800 мг% — смертельная концентрация.

Выделение градации нарастающих степеней алкогольного опьянения ставит вопрос о дополнительных факторах, которые потенцируют и переводят развитие алкогольного процесса из уровня с незначительным влиянием алкоголя на уровень с более выраженными последствиями хронической алкогольной интоксикации (болезни), в число таких факторов входят потребляемая доза и частота алкоголизации.

Исследования, проведенные В.П. Нужным и П.П. Огурцовым [5], позволили установить, что хроническая алкогольная интоксикация развивается при систематическом (1 раз в неделю и чаще) употреблении алкоголя в дозах, превышающих уровень его «базального» метаболизма, на протяжении длительного периода времени (1 год и более). Для здорового человека «базальный» метаболизм составляет около 1 г чистого этанола (96°) на 1 кг массы тела. Понятие *базального*, или *исходного*, метаболизма характеризует то количество однократно принятого этанола, которое может быть утилизировано в организме таким образом, что весь образующийся при этом ацетальдегид успевает окислиться по месту его образования (печень, почки, легкие), не поступая в общий кровоток.

Д.П. Билибин и В.Е. Дворников [2] указывают, что «характеристики «злоупотребление» в каждом отдельном случае будут весьма значительно различаться, однако большое количество исследователей считает, что прием спиртных напитков, начиная с дозы 80—100 г в день, в пересчете на чистый этанол (96°) и чаще двух раз в неделю можно считать злоупотреблением, так как употребление алкоголя начиная с указанных пределов может приводить к стабильному поражению различных органов человека». Из вышеказанного можно сделать выводы, что авторы акцентируют внимание на дозах алкоголя, указывающих на уровень перехода от нормы к патологии и далее; их внимание не привлекают дозы, которые находятся ниже уровня патологии. Несколько подробнее этот уровень описал А.Е. Успенский [13]. Оценивая исследования, выполненные на здоровых испытуемых с применением психофизиологических тестов и тестов на сохранение двигательных функций, было установлено, что при содержании этанола в крови менее 0,5 г/л (прием внутрь до 0,5 г/кг массы тела этанола в любом его виде) невозможно уверенно отличить изменения, вызванные этанолом, от вариантов нормы. В диапазоне от 0,5 до 1,0 г/л (прием внутрь до 1,0 г/кг массы этанола) наблюдаются отчетливые нарушения внимания и двигательных реакций, если последние не являются привычными для испытуемых. Этот диапазон получил название *контролируемого опьянения*, когда волевым усилием в привычной ситуации испы-

туемый еще может выполнять некоторые психофизиологические пробы не хуже, чем в контроле. И только при концентрации этанола в дозе выше 1,0 г/л контроль за адекватностью своих действий становится невозможным.

Итак, при «базальной» «итоговой» дозе 1,0 г/кг массы и выше длительное систематическое потребление алкоголя с частотой 1—2 раза в неделю и выше приводит к формированию хронической алкогольной интоксикации (алкогольной болезни). Одновременно можно предположить, что ниже «базальной» дозы длительное, ежедневное употребление алкоголя в индивидуальных для каждого дозах, соответствующих социально-приемлемым формам потребления при приеме пищи, не приведет к развитию хронической алкогольной интоксикации, скорее может сформироваться этап умеренного (мера, норма) употребления длиною в жизнь. Подобное же предположение делает А.Е. Успенский [13], когда говорит, что в профилактике неблагоприятных последствий употребления этанола положительные результаты дает, как правило, ограничение потребления этанола. По его предположению употребление этанола в рамках «базального метаболизма» не приведет к тяжелым отрицательным последствиям.

В то же время Э.Е. Бехтель [1] отмечает, что считающие «адекватным» такой уровень потребления алкоголя, ниже которого можно его употреблять без опасения каких-либо последствий, упускают из виду, что такой уровень установить невозможно, поскольку функция «доза—эффект» неоднозначна. «Можно было бы говорить о таком употреблении, ниже которого риск возрастает настолько мало, что не достигает статистической значимости. Но этот искусственный порог 100% этанола вначале считался равным 80 г/сут., затем — 40 г/сут. В настоящее время показано, что прием более 20 г/сут. этанола уже может сопровождаться алкогольными проблемами».

По мнению автора, неоднозначный подход обусловлен рядом не учитываемых вышеуказанными авторами факторов: во-первых, работа с единой для всех испытуемых пороговой дозой алкоголя проводилась без учета индивидуальных особенностей каждого испытуемого; во-вторых, игнорировались причины умеренного потребления алкоголя в быту, которые поддаются систематизации. В практической наркологии сложилась терминология, характеризующая потребление алкоголя в быту с учетом индивидуальных особенностей каждого: «разовая» и «суточная» алкоголизация.

«Разовую» дозу на этапе умеренного употребления можно отождествить с дозой, которую человек употребляет однократно, например во время еды, обеда или ужина. Алкогольный напиток при этом должен вызывать ощущение законченного удовольствия от пищи, но не опьянение, поэтому спиртные напитки употребляются в небольших количествах. Можно предположить, что, согласно [1], этот уровень будет соответствовать дозе до 20 г/сут. 100% этанола, что в пересчете на 40%-ные алкогольные напитки составит до 50 г, а в пересчете на 10—20%-ное вино доза колеблется в пределах до 200—100 г. Индивидуальный подход лиц, употребляющих спиртные напитки во время еды, исключает появление негативной функции «доза—эффект» и появление в дальнейшем сопутствующих алкогольных проблем. Согласно [13], «разовую» дозу можно сравнить с дозой этанола, изменение ре-

акции организма от которой невозможно уверенно отличить от вариантов нормы. А согласно [2], это доза, при которой «видимое влияние алкоголя на организм человека отсутствует» или «влияние незначительное, а внешние признаки опьянения практически отсутствуют». Прогноз нарастания интенсивности «разовой» алкоголизации рассматривается ниже в специальном разделе.

Под «суточной» дозой подразумевается эпизодическое употребление алкоголя во время семейного праздника или официального банкета, когда торжества, включая застолье, растягиваются на значительный промежуток времени дня или вечера, а употребление спиртных напитков во время застолья совершается неоднократно. В этих случаях доза употребляемых дробно алкогольных напитков становится больше «разовой», человек ощущает состояние легкого опьянения, которое в редких случаях может приближаться к максимальному уровню легкого опьянения, т.е. к границе между легким и средним опьянением.

По [13] этот диапазон получил название *контролируемого опьянения*, когда волевым усилием в привычной ситуации испытуемый может выполнять некоторые психофизиологические пробы не хуже, чем в контроле; по классификации Д.П. Билибина и В.Е. Дворникова [2], она соответствует легкой степени опьянения, когда уровень алкоголя в крови оказывает на человека легкое влияние, а внешние признаки опьянения выявляются только у непривычных к алкоголю людей. Наконец, согласно [1], употребление алкоголя с учетом индивидуальных особенностей может находиться в диапазоне от 0 до 80 г/сут. 100%-ного этанола; в пересчете на 40%-ный алкоголь это составит от 0 до 200 г, а потребление 10—20%-ного вина возможно в диапазоне от 0 до 800 г соответственно.

Дробное употребление человеком спиртных напитков в индивидуальном объеме с формированием и дальнейшим поддержанием легкого опьянения в течение длительного, многочасового праздничного застолья и веселья, в сопровождении разнообразного меню возможно и реально как для женщин, так и для мужчин. При условии, что праздники отмечаются достаточно редко, указанная алкоголизация на уровне легкого опьянения не может иметь каких-либо алкогольных последствий, что подтверждается большой группой населения, употребляющей алкоголь в пределах социально-приемлемой нормы. Подобная алкоголизация считается в обществе социально-приемлемой и поддерживаемой подавляющей частью общества.

Рассматривая дозы, пригодные и не пригодные для длительного и безопасного употребления алкоголя, нельзя обойти вниманием страны—производители винной продукции (Италия, Испания, Греция и др.), где алкоголь традиционно часто, многими ежедневно, используется во время еды. Как правило, используется вино. Регламентировать государством или ограничивать его употребление в указанных странах нереально и, тем не менее, население всех названных стран по прошествии многих веков тотально не страдает алкоголизмом, не деградировало и не вымерло. Вывод, который напрашивается, заключается в том, что в данном случае население регулирует свое потребление; люди выпивают в рамках индивидуальной нормы, не превышают социально-приемлемую форму опьянения и сохраняют в течение жизни уровень алкоголизации в пределах традиционной социально-приемле-

мой нормы. Говоря о роли общества в регулировании алкоголизации населения, нельзя не сослаться на пример жестокой «учебы», которая применялась уже в древние времена в отдельных городах Греции, когда во время общественных праздников специально спаивались до тяжелого, «скотского» состояния рабы, чтобы на их примере свободные греки могли понять, к каким последствиям могут привести тяжелое опьянение и тем более злоупотребление алкоголем.

Индивидуальная (социальная) норма потребления алкоголя

Понятие *индивидуальная норма потребления алкоголя* определено давно и используется в научной и научно-популярной литературе. Применяются специальные таблицы и формулы для ее определения, где учитываются пол, возраст, вес человека, в расчет принимаются также состояние здоровья, наличие заболеваний, отягощенной наследственности и т.д. [1, 13]. Но, как показала практика, из-за сложности населения их не использует.

Населению необходима простая и понятная методика — изучение этапов развивающегося алкогольного процесса, что позволит каждому человеку самостоятельно ориентироваться и определять, а государственным структурам пропагандировать социально-приемлемую индивидуальную норму, форму и этап потребления алкоголя. Указанным требованиям отвечает классификация алкоголизма, но существующие классификации предназначены исключительно для врачей психиатров-наркологов, поэтому сложны терминологически, что делает их недоступными населению. Кроме того, основное внимание в них уделяется рассмотрению развития самой болезни в ущерб той стадии процесса, которая освещает состояние предболезни, так называемого бытового употребления алкоголя. Наконец, за основу в существующих классификациях берутся частота, количество, объем употребляемого алкоголя или мотивационный фактор, который не исключает субъективную интерпретацию итоговых показателей со стороны исследователя, экспериментатора.

В предлагаемой нами классификации за основу взято конечное состояние потребления алкоголя — алкогольное опьянение; его терминология и динамика хорошо известны всем, даже детям (опьянения нет, легкая, средняя и тяжелая степени опьянения). В свою очередь, состояния опьянения формируют и характеризуют четко очерченные этапы алкогольного процесса (абсолютная трезвость, умеренное употребление, злоупотребление без признаков болезни и алкоголизм), которые представляют собой единую систему всех этапов — алкогольный процесс (классификацию). Таким образом, классификация (поэтапного развития алкогольного процесса) получилась настолько простой, что стала понятной и доступной всем, включая детей и олигофренов. Каждый, пользуясь такой классификацией, способен определить у себя соответствующий этап умеренного употребления, содержащий социально-приемлемую индивидуальную норму и форму потребления алкоголя.

Соответствует ли обозначенная автором индивидуальная (социально-приемлемая) норма и форма потребления алкоголя физиологическим возможностям организма и действующим нормативно-правовым актам? Приемлемой для человека нормой является индивидуальная доза алко-

голя, вызывающая легкое опьянение, она создает ощущение комфорта, не вызывает негативных явлений в организме, т.е. не угрожает его здоровью. При превышении индивидуальной дозы нормы развивается среднее опьянение и при состоянии, промежуточном между легким и средним опьянением, возникают защитные реакции, дающие информацию об опасности. Эти защитные реакции организма на избыточную алкоголизацию появляются со стороны желудочно-кишечной, мышечной системы и сознания. Защитные реакции, характеризующие врожденную индивидуальную норму потребления, наиболее характерны для молодых людей при передозировке алкоголя на начальных этапах алкоголизации. Тошноту, возникающую на границе легкого и среднего опьянения, и последующую рвотную реакцию можно расценивать как систему охраны, вначале предупреждающую (тошнота), а затем защищающую (рвота) организм человека от отравления алкоголем. К числу защитных реакций, подающих сигнал о нарастающем неблагополучии (своеобразный «предохранитель»), относятся также нарушение координации движений тела, расстройство речи, изменение сознания, характерные для средней степени опьянения. *Таким образом, в состоянии легкого алкогольного опьянения, наступающего после одноразового или неоднократного потребления алкоголя, организм сам определяет свою максимально-приемлемую индивидуальную норму, а при ее превышении подает человеку сигналы о появлении опасности.*

На состояние алкогольного опьянения, как говорилось выше, влияют многочисленные факторы, но употребляемая индивидуальная норма алкоголя при этом меняется незначительно и не оказывает выраженного влияния на привычную форму легкого опьянения. В редких случаях, как правило, связанных с экстремальной ситуацией, человек способен выпивать «не пьянея» значительно большие дозы по сравнению с обычной индивидуальной нормой, что объясняется особенностями реакции организма на экстремальную ситуацию и стремлением человека при любых обстоятельствах не выходить за пределы привычной социально-приемлемой формы легкого опьянения, если она становится для него основным ориентиром при употреблении алкоголя.

Рассмотрим норму потребления алкоголя с других позиций. Алкогольную продукцию государство относит к пищевой группе товаров, продажа которых проводится торговой сетью, а не аптеками. Неправильное, нерациональное питание (при недостатке или избытке потребляемых пищевых веществ) является причиной многочисленных заболеваний (ожирение или истощение, сахарный диабет и т.д.), что привело к поиску оптимальной суточной потребности организма в употребляемых веществах и калориях. Такая суточная потребность взрослого человека в пищевых веществах была определена как *формула сбалансированного питания* [8]. Установлены и активно пропагандируются нормы потребления хлеба, молока, мяса, белков, жиров, углеводов и т.д., что помогает сохранить здоровье, долголетие и активный образ жизни. Ненормированное потребление алкоголя тоже приводит к заболеваниям (алкоголизм, цирроз печени и др.), следовательно, для алкоголя тоже должна существовать рекомендуемая норма потребления, которая будет нацеливать человека на профилактику алкоголизма и других заболеваний, вызываемых злоупотреблением алкоголем. Кроме того, в последние

годы появились данные о положительной (липотропной) реакции небольших доз алкоголя на организм человека, что тоже стимулирует поиск нормы потребления.

Таким образом, появляется новое понятие — норма потребления алкоголя (индивидуальная, социальная). *Индивидуальная норма потребления алкоголя — небольшая по объему «разовая», «суточная» доза, которая вызывает опьянение легкой степени и комфортное состояние. При этом нарушения здоровья, общественно негативные и асоциальные действия отсутствуют.*

Итак, употребление алкоголя в пределах индивидуальной нормы соответствует физиологическим возможностям организма, не противоречит моральным принципам общества, а усредненный ее вариант может стать основой для определения и признания обществом социально-приемлемой нормы.

Существующие нормативно-правовые акты не регламентируют, т.е. разрешают пребывание человека в общественных местах в легком алкогольном опьянении. Учитывая это и то, что прием алкоголя связан с питанием, в общественных местах имеются рестораны, кафе, бары, буфеты; они существуют даже на транспорте (в поездах, самолетах, на речных и морских кораблях), т.е. там, где употребление алкоголя допустимо в пределах социальной нормы, не нарушающей общественную мораль — легкого алкогольного опьянения.

Запрещено и наказывается в административном порядке распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции и появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность. Необходимо подчеркнуть, что вышеуказанные состояния и действия характерны не для легкого опьянения, а, как правило, сопровождают опьянение средней степени и выше, т.е. отражают поведение лиц, злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом. *Запрещено* управление транспортным средством (в том числе личным) водителям, находящимся в состоянии опьянения (в некоторых странах управление транспортом в опьянении легкой степени допускается), что связано с высоким уровнем опасности транспортных средств, которая резко возрастает при управлении транспортом в состоянии опьянения. Трудовой кодекс Российской Федерации *запрещает* появление на работе в состоянии алкогольного опьянения.

Следовательно, согласно нормативно-правовым документам только состояние легкого алкогольного опьянения считается приемлемым для пребывания в общественных местах и не нарушающим общественную мораль.

Классификация алкогольного процесса

Рассмотрим предлагаемую классификацию алкогольного процесса, основанную на оценке конечного состояния потребления алкоголя — алкогольного опьянения.

Период I. Доклинические этапы:

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

Период II. Стадии болезни:

- 4-й этап — Хронический алкоголизм:
- 1-я стадия — начало болезни;
- 2-я стадия — развитие болезни;
- 3-я стадия — завершение болезни.

В классификации выделены периоды, этапы и стадии; все они рассматриваются в едином развивающемся процессе, не нарушают его целостности, но помогают ориентироваться в нем. Рассмотрим их содержание вкратце (подробное описание каждого этапа и стадии дается в специальных разделах книги).

Первый, доклинический, *период* состоит из трех этапов, формирование которых связано с возрастом и увеличением принимаемой дозы.

Первый этап абсолютного неупотребления (детство и подростковый возраст) ограничивается 18 годами — это возраст, в котором любая алкоголизация считается неприемлемой. Молодежь на данном этапе уже должна:

- во-первых, знать о социально-приемлемой форме алкоголизации — легком опьянении, которое возникает при употреблении индивидуальной нормы на этапе умеренного употребления;
- во-вторых, иметь представление о действии механизмов защиты, которые сигнализируют о переходе алкоголизации человека из состояния легкого опьянения в среднее и о переходе на новый этап — злоупотребление без признаков болезни;
- в-третьих, знать о возможном появлении систематически тяжелого опьянения, т.е. о формировании этапа болезни (алкоголизма).

Кроме того, на этом этапе осуществляется врачебная работа (детского психиатра-нарколога (руководителя проекта), педиатра, детского невропатолога, психолога, психотерапевта) по коррекции органической и психопатологической симптоматики у детей «группы риска» (предрасположенных к употреблению алкоголя).

Второй этап — умеренное употребление алкоголя, отражает социально-приемлемый уровень потребления — индивидуальную норму и легкое опьянение.

Для третьего этапа — злоупотребление без признаков болезни, характерно опьянение средней степени, при котором потребление алкоголя превышает индивидуальную норму, но количество и качество потребления алкоголя еще не достигло уровня болезни.

Во втором периоде развитие алкоголизма (трех стадий болезни) связано с формированием и нарастанием болезненного влечения, которое, как правило, не контролируется человеком и как любое хронически протекающее заболевание, постепенно утяжеляясь, различается только скоростью и остротой процесса. Под действием болезненного влечения один день тяжелого опьянения в 1-й стадии перерастает в многодневные ложные запои во 2-й стадии, а в 3-й стадии — в неуправляемые истинные, перемежающиеся и постоянные запои.

Модель развития и клиника алкогольного процесса

Для большинства людей наиболее сложным и непонятным является то, как и почему происходит переход бытового потребления алкоголя в болезнь — алкоголизм? Предложена простая модель, объясняющая такое превращение и доказывающая неизбежность перехода при наращивании доз потребляемого алкоголя.

Если в первом доклиническом периоде расставить употребляемые дозы, состояния алкогольного опьянения и этапы развития по мере их роста, то создается жесткая схема, где каждому этапу будут соответствовать только

определенная доза потребляемого алкоголя и соответствующее состояние алкогольного опьянения. Схема указывает на *количественный рост* всех составляющих первого периода алкогольного процесса.

Развитие алкогольного процесса

Период I. Доклинические этапы (*количественный вариант*):

- 1-й этап — абсолютное неупотребление: нет опьянения — нет дозы;
- 2-й этап — умеренное употребление: легкое опьянение — доза в норме;
- 3-й этап — злоупотребление: опьянение средней степени — увеличение дозы.

Период II. Стадии болезни (*качественный вариант*):

- 4-й этап — хронический алкоголизм: тяжелое опьянение — максимальная доза;
- 1-я стадия — начало болезни: тяжелое опьянение — максимальная доза;
- 2-я стадия — середина болезни: тяжелое опьянение — максимальная доза;
- 3-я стадия — завершение болезни: тяжелое опьянение — максимальная доза.

Во втором периоде на этапе болезни (трех ее стадий) ситуация кардинально меняется: с 1-й и по 3-ю стадии доза остается максимальной, а алкогольное опьянение тяжелым, т.е. количественное развитие отсутствует. Однако наличие на всех трех стадиях болезни только тяжелого опьянения и только максимальной дозы не останавливает дальнейшее развитие болезненного процесса, а приводит к появлению новых изменений (*качественных*) — *появляется болезненное влечение к алкоголю*.

Качественное развитие трех стадий алкоголизма вызвано тем, что растущее болезненное влечение заставляет больного вновь и вновь достигать однодневного тяжелого опьянения, характерного для 1-й стадии, и напиваться до такого состояния на вторые, третьи сутки и т.д., т.е. формируется новое понятие — *запой*. С развитием болезни интенсивность болезненного влечения нарастает и приобретает злокачественный, приказной характер, что приводит к увеличению количества дней тяжелого опьянения — запоя. Если для 1-й стадии характерно состояние тяжелого опьянения в течение одного дня (суток) и появление только отдельных форм болезненного влечения, то во 2-й стадии наблюдается многодневное тяжелое опьянение (ложный запой) с развернутыми формами болезненного влечения. Наконец, 3-я стадия представлена неодолимым болезненным влечением с многодневным неконтролируемым (истинным) запоем, длящейся месяцами перемежающейся формой запоя и постоянной формой злоупотребления. В итоге *болезненное влечение приводит к увеличению числа дней запоя вплоть до того, что состояние ежедневно тяжелого алкогольного опьянения (запоя) становится для человека нормой*. Но так как организм не способен выдерживать такую токсическую нагрузку, больной алкоголизмом в итоге обрекает себя на смерть.

Результатом растущего запоя является рост хронической интоксикации, а ее воздействие на больного приводит к трансформации личности. Изменения личности в

первом доклиническом периоде, как правило, отсутствуют, правда, в средней степени опьянения могут развиваться возбуждение, злоба, агрессия, но после протрезвления все исчезает. Изменения личности происходят на этапах болезни: от неврастенической симптоматики в 1-й стадии болезни до признаков выраженной деградации личности в третьей.

Для ориентации в алкогольном процессе (классификации) следует знать основные клинические признаки, характерные для первого и второго периодов, которые приведены в табл. 1. Основными признаками первого доклинического периода являются: индивидуальная доза нормы, трансформируемая толерантностью и нарастающее состояние алкогольного опьянения. Во 2-м периоде, когда доза алкоголя и алкогольное опьянение стабильно максимальны, появляются новые клинические признаки — растущее патологическое влечение к алкоголю и вызываемое им состояние тяжелого опьянения (запой).

Итак, отличие *первого периода* алкоголизации до болезни от периода болезни можно сгруппировать следующим образом:

1) по форме развития — связан с изменением количества потребляемого алкоголя (трансформация в динамике трех стадий болезни имеет качественно-количественное различие);

2) по клиническим признакам — основной клинический признак — индивидуальная доза нормы и ее продукт — состояние алкогольного опьянения (основными клиническими признаками трех стадий хронического алкоголизма является патологическое влечение к алкоголю и вызываемое им состояние тяжелого опьянения — запой);

3) отсутствуют изменения личности (во втором периоде они нарастают от невротической формы в 1-й стадии до деградации личности в третьей).

Причину существующих различий в едином алкогольном процессе можно объяснить следующим образом. Первый, доклинический, период алкоголизации представлен небольшими дозами алкоголя, которые человек

традиционно использует во время питания, подбирая оптимальную для организма индивидуальную норму потребления. Негативное действие начинает проявляться во втором периоде (на стадии болезни) при систематической алкоголизации в дозах и объемах, намного превышающих уровень индивидуальной нормы, что приводит к формированию болезненного влечения. **Следовательно, алкоголь можно рассматривать как объект двойного назначения: в небольших дозах (вызывающих легкое опьянение на этапе умеренного употребления) он выступает как пищевой продукт; в больших дозах (приводящих к тяжелому опьянению этапа болезни) его воздействие на формирование болезненного влечения к алкоголю представляет собой эффект наркотического вещества.**

Применение классификации

Представляются три возможных направления применения классификации в профилактике преимущественно ранних, предшествующих болезни этапов алкогольного процесса.

Безусловно, *первым* из таких направлений является получение учащимися школ и технических училищ, колледжей и вузов информации о социально-приемлемых нормах, частоте и форме потребления алкоголя, понимание аморальности, пагубности и, следовательно, неприемлемости алкоголизма.

Не менее важным является *второе*, информационное направление — распространение среди населения разъяснительной информации с помощью СМИ, литературы, кино- и телепродукции и формирование социально-приемлемого уровня потребления алкоголя благодаря полученным знаниям.

Третьим направлением является работа наркологической службы с лицами, совершающими в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения асоциальные и противоправные действия, сведения о которых поступают в наркологическую службу.

Таблица 1

Клинические признаки алкогольного процесса

Период I. Доклинические этапы алкогольного процесса					
Этапы	Индивидуальная доза	Алкогольное опьянение	Защитные реакции	Патологическое влечение	
1-й этап. Абсолютное неупотребление	Нет	Нет	Нет	Нет	
2-й этап. Умеренное употребление	Индивидуальная норма	Легкое опьянение	Есть при максимальной дозе нормы	Нет	
3-й этап. Злоупотребление без признаков болезни	Рост дозы	Среднее опьянение	Есть при максимальной дозе среднего опьянения	Нет	
Период II. Стадии болезни					
4-й этап. Хронический алкоголизм	Максимальная доза	Тяжелое опьянение (частота случаев)	Патологическое влечение		
			В трезвом состоянии	При опьянении	Абстинентный синдром
1-я стадия	Растет	1 (один) день	Имеется	Имеется	Отсутствует
2-я стадия	Максимальная	Запой (ложный)	Усиливается	Усиливается	Имеется
3-я стадия	Снижается	Запой (истинный): перемежающийся; постоянный	Максимальное и компульсивное		

Работа по третьему направлению проводилась автором (1985, 1989, 1990 гг.). Была создана информационно-справочная картотека, что позволило систематизировать поступающую из разных источников информацию и контролировать поэтапное развитие алкогольного процесса (умеренное употребление — злоупотребление без признаков болезни — алкоголизм). Планировалось поступление информации:

- из ГАИ — о лицах, задерживаемых при управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- из отделов милиции (дежурной части, медицинского вытрезвителя, детской комнаты милиции и других отделов) — о гражданах, нарушающих общественный порядок в состоянии алкогольного опьянения;
- о лицах, получивших в состоянии алкогольного опьянения травмы и другие нарушения здоровья, которым требовалась скорая и неотложная медицинская помощь;
- о больных, наказанных за употребление алкоголя во время амбулаторного и стационарного лечения;
- о работниках, получивших дисциплинарные взыскания за выход на работу в состоянии алкогольного опьянения и употребление алкоголя на территории производства.

Фактически работа проводилась с медицинским вытрезвителем, ГАИ, детской комнатой милиции, СМП и с 70% автотранспортных предприятий; уклонились от совместной работы учреждения образования и здравоохранения, большинство предприятий и организаций. Проводимая работа позволила наркологической службе получать официальную и объективную информацию о гражданах, которые в состоянии алкогольного опьянения совершали в общественных местах асоциальные и противоправные действия. В их число входили, во-первых, лица, состоящие на профилактическом учете наркологической службы, злоупотребляющие алкоголем без признаков болезни и больные алкоголизмом, находящиеся на диспансерном учете; во-вторых, лица, не состоящие на наркологическом учете, которых условно можно назвать «группой риска». Сама возможность получения наркологической службой официальной информации о рецидивах и срывах у лиц, состоящих на наркологическом учете, повышало ответственность учетного контингента за лечение и качество ремиссии.

Сложности возникли при работе с лицами «группы риска». Учитывая, что информация о них поступала впервые, они для постановки диагноза нуждались в проведении врачебного обследования, а для уточнения диагноза

— в дополнительной информации. Дополнительная информация могла поступать в наркологическую службу только путем ее пассивного накопления, активное получение дополнительной информации через участковую службу исключалось, так как человек не находился на наркологическом учете. В «группе риска», учитывая первичность информации, рассматривались все три варианта диагноза: умеренное употребление, злоупотребление без признаков болезни и болезнь — алкоголизм. Для уточнения диагноза участковая медсестра приглашала лиц из «группы риска» на наркологический прием. Практически все они от приема уклонялись. В такой ситуации оставался единственный выход: устанавливать уклонившимся от обследования предварительный диагноз, соответствующий социальной норме: *умеренное употребление*. Этот диагноз не мог причинить указанным лицам ни морального, ни материального ущерба.

Сохранение в архивах первичной информации в течение трех лет давало возможность в дальнейшем разобраться в ситуации. Так, отсутствие повторной информации о фактах асоциальных действий в состоянии алкогольного опьянения подтверждало предварительно сформулированное первичное заключение о социальной норме алкоголизации. Получение повторной информации указывало на развитие процесса, позволяло уточнить первоначальный диагноз и, при необходимости, пересмотреть его. Одновременно делались попытки проводить с лицами, входящими в «группу риска», профилактические антиалкогольные мероприятия, а получение повторной информации о новых случаях антиобщественных и противоправных действий в состоянии алкогольного опьянения указывало на необходимость усиления мер профилактики алкогольного процесса у данного потенциально го пациента.

Работа с «группой риска» выявила трудности преимущественно организационного характера. Размер выявляемой группы, даже при работе не со всеми запланированными предприятиями и организациями, оказался очень большим (табл. 2). Число выявляемых лиц с установленным диагнозом *умеренное употребление* превышало число поставленных на учет лиц, злоупотребляющих без признаков болезни в 1996—1998 гг. соответственно по годам в 12, 7 и 38 раз, а число больных алкоголизмом — в 20, 14 и 46 раз. Число установленных лиц с диагнозом *умеренное употребление* превышало число состоящих на учете лиц, злоупотребляющих алкоголем, соответственно по годам в 8, 7 и 8 раз, а больных алкоголизмом — в 2; 2; 2 раза. С та-

Таблица 2

Данные отчета по г. Салехарду за 1996—1998 гг. Салехардский окружной психоневрологический диспансер

Год	Диагноз								
	Умеренное употребление			Злоупотребление без признаков болезни			Алкоголизм		
	Выявлено, чел.	Снято с учета, чел.	Состоит на учете, чел.	Выявлено, чел.	Снято с учета, чел.	Состоит на учете, чел.	Выявлено, чел.	Снято с учета, чел.	Состоит на учете, чел.
1996	1401	105	3114	112	12	386	68	146	1386
1997	1126	703	3301	160	85	425	77	110	1382
1998	1446	1502	3158	38	92	403	31	103	1422

Примечание. несоответствие итоговых показателей сумме лиц, поставленных на учет и снятых с учета, связано с дополнительным вкладом переводов учетного контингента между группами

ким объемом дополнительной работы не могла справиться участковая служба наркологического учреждения, число штатных должностей в которой рассчитано по нормативам согласно числу учтенных больных и лиц, злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни.

Отсутствовали документы, регламентирующие работу и ответственность сторон наркологического учреждения и лиц «группы риска». Это вело к параличу усилий наркологической службы, когда приглашение на прием к врачу психиатру-наркологу проигнорировала основная масса указанных лиц (медицинское освидетельствование проводится добровольно и с согласия граждан — ст. 32 и 33 Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» №2288 от 24.12.1999 г.), а тот минимум учтенных, кто посещал врача, как правило, отрицал злоупотребление алкоголем. Практически отсутствовали методики по организации профилактической работы с контингентом «группы риска». Недостатком существующих методик по профилактике алкоголизма являлось отсутствие в них определения и описания социально признанной нормы, формы и уровня употребления алкоголя как ориентира и образца для лиц «группы риска». Это не давало возможности врачам правильно ориентировать указанный контингент, а лица из «группы риска», которые нуждались в такой информации, не имели возможности сверять свою степень алкоголизации с социально допустимой нормой, формой и этапом алкогольного процесса и не выходить за допустимые пределы. Существующие методики определения индивидуальной нормы потребления алкоголя были сложными (в них применялись таблицы и формулы, в которых учитываются пол, возраст, вес человека, в расчет принимаются также состояние здоровья, наличие заболеваний, отягощенная наследственность и т.д.) и в силу этого предназначались только для индивидуального применения, что делало невозможным их использование в информационной пропаганде с помощью СМИ, для массовой информации и обучения населения.

Таким образом, сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны, существует большой контингент лиц, которые склонны к употреблению больших доз алкоголя и в состоянии алкогольного опьянения совершают асоциальные и противоправные действия; с другой, — отсутствие профилактических мероприятий неизбежно ведет к прогрессирующему развитию у них алкогольного процесса от умеренного употребления к злоупотреблению алкоголем и далее к алкоголизму. В то же время наркологическая служба (организационно, методологически и штатно) не готова к профилактической работе с указанным контингентом, алкоголизация которого находится на начальных этапах алкогольного процесса. Отсутствуют штаты и нормативные акты, регламентирующие работу с данным контингентом, и методические пособия, разъясняющие и обучающие, что такое социально-приемлемая норма, форма и уровень потребления алкоголя, которые могли стать ориентиром и образцом для населения и помочь каждому сформировать социально-приемлемый уровень потребления алкоголя. Существующие же методики, построенные на запугивании населения тяжелыми последствиями алкогольной болезни, малоэффективны; индивидуальные методики по определению индивидуальной нормы потребления алкоголя сложны, не рассчитаны для массового применения и не содержат информации о социальной норме, форме потребления и уровне алкоголи-

зации. В сложившихся условиях единственным реально действующим на больных фактором являлся психологический эффект — сам факт сообщения конкретному лицу о поступлении на них информации в наркологическую службу и приглашение посетить врача психиатра-нарколога. Но отсутствие реальных методов воздействия и полезной информации быстро сводило на нет и этот полученный психологический эффект.

Предлагаемая для проведения профилактики алкоголизма *классификация алкогольного процесса* лишена вышеуказанных недостатков. Она предназначена как для массового применения, так и самостоятельного индивидуального получения информации и знаний всеми независимо от уровня развития алкогольного процесса (предпочтение отдается ранним этапам), классификация акцентирует внимание на социально-приемлемую норму, форму и уровень (этап) потребления алкоголя, т.е. дает ориентир на социально допустимую норму алкоголизации. Изучать классификацию можно индивидуально или в группе под руководством врача психиатра-нарколога, а распространять знания о социально-приемлемой норме, форме и этапе потребления алкоголя — с помощью СМИ.

Разнообразие методов применения позволяет выбрать приемлемые формы для работы наркологической службы с социально неблагополучным контингентом — «группой риска». Наиболее эффективными являются получение информации (обучение) в группе под руководством врача психиатра-нарколога и параллельное распространение методического руководства среди получающих информацию для индивидуального использования и закрепления полученных знаний. Так как получение информации (обучение) у врача психиатра-нарколога не входит в перечень медицинских мероприятий (освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция), которые проводятся только с согласия пациента, оно не вступает в противоречие со ст. 32–33 Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и может применяться без его согласия. Направление для прохождения обучения у врача-нарколога должны давать структуры, которые фиксируют или наказывают человека за асоциальные и противоправные действия в алкогольном опьянении (отделы милиции, структуры здравоохранения и образования, отделы кадров предприятий и организаций и др.). Отдельные лица, учитывая асоциальный характер контингента, могут уклоняться от обучения, для них необходимы дополнительные меры воздействия — решение суда. В решение суда могут входить штрафные санкции и принудительная доставка пациента на обучение. Предлагаемая форма работы не нова, она успешно применяется в развитых странах.

Совершение новых противоправных и асоциальных действий в состоянии алкогольного опьянения после прохождения обучения указывает на наличие или появление у человека неконтролируемой болезненной зависимости от алкоголя и (или) особенностей личности, то и другое в совокупности формируют социально опасную личность, которая в состоянии алкогольного опьянения способна совершать общественно опасные действия, лишь незначительная часть которых фиксируется официальными структурами. И болезненная зависимость, и особенности личности, будучи причиной возникновения социальной опасности, требуют обследования у врача психиатра-нарколога, постановки диагноза и проведения необходимого лечения и наблюдения. Предлагаемое решение (обследо-

вание, лечение и др.), по мнению автора, может рассматриваться в рамках ст. 34 ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены 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 согласия их законных представителей — судом». Непроведение обследования и лечения, безусловно, способствует дальнейшему развитию болезненного процесса, нарастанию социальной агрессии и, в конечном итоге, заканчивается формированием социально опасных, криминогенных алкогольных личностей, которые совершают различной тяжести уголовные преступления и составляют костяк многих наиболее значимых статей уголовного кодекса.

Таким образом, профилактическая работа наркологической службы с контингентом, совершающим на ранних этапах алкоголизации социально опасные и противоправные действия, позволит снизить криминогенную обстановку в стране и пополнить общество значительным количеством здоровых и добропорядочных граждан.

Выводы

1. Предлагается новая наркологическая идея — рассматривать как норму жизни не только абсолютную трезвость, но и возможность употреблять алкоголь в пределах *индивидуальной нормы*, формирующей социально-приемлемую форму опьянения и соответствующий этап (умеренное употребление) алкогольного процесса. Новая идея неизбежно начнет формировать у населения здоровые моральные принципы, важно отметить, что при этом стремление отдельного человека будет совпадать с задачей, стоящей перед обществом и государством. В новых условиях *стратегической задачей государства* по противодействию алкоголизму становится перестройка сознания всей нации, в первую очередь у подрастающего поколения. Новой общественной идеологией и моралью должно стать понимание, что употребление алкоголя в пределах индивидуальной и социально-приемлемой нормы с позиций общественной морали — приемлемо, злоупотребление алкоголем — аморально, а алкоголизм, ведущий к потере человека для общества, неприемлем.

2. Для обучения населения создана простая классификация, охватывающая весь цикл человеческой жизни, она концентрирует внимание на первом доклиническом периоде классификации, основное внимание в котором уделяется социально-приемлемой форме алкоголизации — индивидуальной норме потребления алкоголя и легкому алкогольному опьянению. Четкость и простота построения предлагаемой классификации позволяет каждому, ознакомившись с ней, понять механизм формирования алкогольного процесса, сделать вывод о сохранении или превышении у себя уровня индивидуальной нормы, определить этапы развития или стадии болезни. Эти знания дают человеку возможность на начальных этапах управлять процессом алкоголизации, снижают потребление алкоголя не административными мерами и усиливают активность населения в сфере противодействия алкоголизму. Существ-

ующими нормативными документами пребывание человека в общественных местах в легком алкогольном опьянении не запрещено, так как не противоречит общественной морали.

3. Предлагается повышать наркологическую грамотность населения, используя разработанную классификацию и модель алкогольного процесса, по трем направлениям:

- включать в учебные программы образовательных учреждений курс изучения классификации и модели формирования алкоголизма, что приведет к снижению злоупотребления алкоголем без признаков болезни и хронического алкоголизма;
- использовать СМИ для повышения наркологической грамотности и информированности различных групп населения, что будет способствовать формированию социально-приемлемых установок в отношении потребления алкоголя;
- наркологической службе информировать и обучать как состоящих на диспансерном, профилактическом учете лиц, так и лиц, не состоящих на учете, но в состоянии алкогольного опьянения нарушающих нормативно-правовое законодательство в общественных местах, дома и на производстве.

Список литературы

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М., 1986. — С. 9—10, 106.
2. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. — М.: Университет дружбы народов, 1990. — С. 16, 30.
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. — 30.12.2001. — №196. — ФЗ. — С. 69, 79, 145.
4. Нужный В.П. Механизмы и клинические проявления токсического действия алкоголя // Руководство по наркологии: в 2-х т. Т. 1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 76.
5. Нужный В.П., Огурцов П.П. Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации // Руководство по наркологии: в 2-х т. Т. 2. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 83.
6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан// ФЗ. — 02.03.98. — №30. — С. 26—27.
7. Советский энциклопедический словарь. — М.: Советская энциклопедия, 1981. — С. 911.
8. Тутельян В.А., Самсонов М.А. Справочник диетолога. — М.: Медицина, 2002. — С. 13.
9. Тихонов Г.Б. Формы и методы выявления лиц, нуждающихся в наркологической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. — 1985. — №11. — С. 24—25.
10. Тихонов Г.Б. Динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) наркологического участка // Новые формы организации наркологической помощи населению и профилактика алкоголизма. МЗ РСФСР НИИ психиатрии. — М., 1989. — С. 69.
11. Тихонов Г.Б. Диагностика алкогольного заболевания // Актуальные вопросы наркологии (тезисы докладов республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г. Калининграде 23-25 апреля 1990 г.). — М., 1990. — С. 109.
12. Трудовой кодекс Российской Федерации// ФЗ — 30.12.2001. — №197. — ст. 81. — С. 42.
13. Успенский А.Е. Общая токсикологическая характеристика этанола. — Итоги науки и техники. Сер. Токсикология. — ВИНТИ. — М., 1984. — Т. 13. — С. 11, 22—23, 23—24, 44.