

Наркологическая грамотность населения Чувашии (на примере злоупотребления алкоголем и начальной стадии алкогольной зависимости)

ГОЛЕНКОВ А.В.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии

Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, e-mail: golenkovav@inbox.ru

САФРОНОВ С.А.

главный врач Алатырской психиатрической больницы Минздравсоцразвития Чувашии,

e-mail: alat_psb@medinform.su; alat_psb@cbx.ru

ДОМОРОЩИНОВА М.Г.

медицинский психолог Алатырской психиатрической больницы Минздравсоцразвития Чувашии,

e-mail: alat_psb@medinform.su; alat_psb@cbx.ru

МАРИНЁНКОВА Е.Н.

специалист по социальной работе Алатырской психиатрической больницы

Минздравсоцразвития Чувашии, e-mail: alat_psb@medinform.su; alat_psb@cbx.ru

Опрошено 1500 жителей Республики (743 мужчины, 757 женщин) в возрасте от 16 лет до 81 года (средний возраст — $39,1 \pm 13,3$ года) с использованием клинических ситуаций для распознавания людей, злоупотребляющих алкоголем и страдающих начальной стадией алкогольной зависимости. Выявлены довольно высокий уровень распознавания населением больных алкоголизмом (более 71%) и низкий уровень — лиц, злоупотребляющих алкоголем (17,7%). Эти показатели различались в зависимости от пола респондентов, возраста, уровня образования, знаний причин развития патологических состояний, связанных с приемом алкоголя, принципов их лечения и профилактики. Исследование показало, что поздняя обращаемость населения Чувашии за наркологической помощью связана не с трудностями распознавания начальной стадии алкогольной зависимости, негативными оценками результатов ее лечения, а с социально-психологическими причинами (стигмой больных алкоголизмом и наркологической службы, в целом).

Ключевые слова: наркологическая грамотность, алкогольная зависимость, злоупотребление алкоголем, население Чувашии

Введение

Своевременному и как можно более раннему выявлению больных с наркологической патологией всегда придавалось приоритетное значение [2, 6, 7, 9, 11]. От этого напрямую зависят результаты их лечения, медико-социальные и экономические последствия заболеваемости населения. Поэтому в литературе активно обсуждаются вопросы наркологической грамотности и отношения населения к людям, злоупотребляющим алкоголем и страдающим алкогольной зависимостью (АЗ) [6, 10—18].

В Чувашии, как и в России, в целом, современная наркологическая ситуация характеризуется высоким уровнем злоупотребления алкоголем. Под наблюдением наркологической службы Республики остается наиболее тяжелый контингент (с начальной стадией АЗ 14,6%); соотношение мужчин и женщин — 4,1:1; городских жителей — 57,5%, сельских — 42,5%. В последние годы отмечаются прогностически неблагоприятные тенденции в регистрации алкогольных психозов: их увеличение среди лиц в возрастной группе 18—19 лет, рост количества женщин, преобладание атипичной клинической картины [3].

В предыдущей работе были идентифицированы и описаны факторы, определяющие показатели болезненности наркологической патологией в Чувашии [5]. В статистическую модель распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в Республике вошли следующие показатели: обеспеченность населения врачами, время работы психиатра (нарколога) в районе, уровень заработной платы и этнокультурные особенности населения (естественный прирост населения, средний размер семьи, доля коренного населения). Однако остались неизученными вопросы наркологической грамотности населения Чувашии, распознавания людей, злоупотребляющих алкоголем и страдающих начальной стадией АЗ.

Объект и методы исследования

Опрошено 1500 жителей Республики (743 мужчины, 757 женщин) в возрасте от 16 лет до 81 года (средний — $39,1 \pm 13,3$ года). В городских поселениях проживало 994 чел. (66,3%), в сельской местности — 506 чел. (33,7%). Начальное образование имели 1,7% респондентов, среднее — 31,3%, среднее специальное — 38,9%, незаконченное высшее и высшее — 28,1%. Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 99,7%) выборки (1405 чел.)

производился на калькуляторе при доверительном интервале — 4% для 1 274 000 жителей Чувашской Республики (<http://surin.marketolog.biz/calculator.htm>).

Каждому респонденту давались 1—2 описания пяти клинических ситуаций (см. приложение), взятых из монографий А.А. Портнова, И.Н. Пятницкой [9] (два примера начальной стадии алкоголизма: навязчивое влечение к алкоголю, утрата контроля над количеством выпитого, палимпсесты, амнестические формы опьянения, рост толерантности к алкоголю, а также начало формирования алкогольных изменений личности) и Э.Е. Бехтеля [2] (три примера: умеренное потребление спиртных напитков, систематическое пьянство = алкогольная акцентуация, привычная форма пьянства = преалкоголизм). С каждым респондентом проводилось структурированное интервью (оценка состояния, знакомство с больным алкоголизмом/ злоупотребляющим алкоголем, необходимость в помощи специалистов, их профиль, предполагаемые результаты лечения, возможность снижения риска описанных состояний, их возможные причины). В итоге было собрано 792 анкеты респондентов, в которых содержались ответы на описание ситуации с начальной стадией АЗ (408 и 384 соответственно) и 708 анкет с ответами на ситуации, описывающие различные степени злоупотребления алкоголем (306, 199 и 200 соответственно). Математико-статистическая обработка осуществлялась методами описательной статистики, χ^2 -распределения, корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение

Как видно из табл. 1, АЗ в описаниях клинических ситуаций правильно опознали 71,1% респондентов, причем женщины достоверно лучше мужчин (соответственно 75,9 и 66,2%; $p=0,002$), а по критерию образования достоверно больше правильных ответов дали лица, имеющие высшее образование (82,3% против 66,9% со средним специальным образованием, 63,5% средним и ниже; $df=2$; $p<0,001$); различий в оценках двух примеров с начальной стадией алкоголизма выявлено не было. Среди неправильных ответов преобладали высказывания: «пьяница, пьющий, потребитель алкоголя», «любитель выпить», а также «норма», «наш мужик», «психологическое состояние», «кризис среднего возраста», «психическое расстройство (депрессия, стресс)», «безвольный, слабохарактерный, сниженная самооценка».

Злоупотребление алкоголем без признаков зависимости распознали всего 17,7%. Здесь уже достоверно лидировали мужчины (22% против 13,5% женщин; $p=0,002$) и лица в возрасте до 21 года (28,6% против 17% лиц в возрасте 21—59 лет и 6,1% лиц в возрасте 60 лет и старше; $df=2$; $p=0,01$). Респонденты намного лучше ($df=2$; $p<0,001$) различали умеренное потребление алкоголя (24,3%) по сравнению с «алкогольной акцентуацией» (9,1%) и привычной формой пьянства (16%), оценки которых достоверно не различались между собой. Среди неправильных отчетливо преобладали ответы, описывающие различные психологические состояния с повто-

Таблица 1

Правильные ответы в социально-демографических группах обследованных, %

Показатель	Всего	АЗ	Злоупотребление алкоголем
Пол			
Оба пола	45,9	71,1	17,7
Мужской	44,5	66,2	22,0
Женский	47,2	75,9	13,5
P	НД	0,002	0,002
Возраст			
До 21 года	44,4	61,5	28,6
21—59 лет	45,6	66,9	17,0
60 лет и старше	52,2	78,0	6,1
P*	НД	НД	0,01
Уровень образования			
Среднее и ниже среднего	41,5	63,5	18,9
Среднее специальное	40,3	66,9	17,5
Незаконченное высшее и высшее	58,7	82,3	16,0
P*	0,001	0,001	НД
Примечание. Здесь и далее по тексту: НД — недостоверно; * — $df = 2$ — число степеней свободы для таблицы 3 × 2 рассчитывали по формуле: $(3 - 1) \cdot (2 - 1) = 2$			

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

рением деталей из ситуаций («не создан для семейной жизни», «живет под давлением, боится жены, подкаблучник», «тихушник», «старается выпить тайком», «кризис среднего возраста», «безвольный, слабохарактерный, тьюфак, неудачник»; «нет стержня в жизни», «потеря своего «Я», «трудоголик», «маниловщина», «отсутствие смысла, цели в жизни», «зануда»; «не пьет по состоянию здоровья», «страх смерти», «больной человек в возрасте»). Оценка «алкоголизм (АЗ)» среди респондентов выставлялась всего в 11,4% случаев.

Встречали в своей жизни хотя бы одного человека с алкоголизмом 74,1%, более 10 чел. — 26%; встречали в своей жизни хотя бы одного злоупотребляющего алкоголем 63,1%, более 10 злоупотребляющих — 15,4%. Таким образом, достоверно чаще указывались больные с АЗ ($p < 0,001$).

По мнению респондентов, в помощи специалистов нуждались 81,5%. Как видно из табл. 2, чаще всего упоминались такие специалисты, как наркологи, психиатры (при АЗ достоверно чаще $p < 0,001$), психотерапевты, психологи и прочие врачи (при злоупотреблении алкоголем — $p < 0,001$). Такой метод лечения, как «кодирование», в ответах встречался довольно редко (1,1%) и чаще он назывался в случаях с АЗ ($p = 0,005$).

Причем полное и частичное восстановление после лечения у названных специалистов предполагали 55,3% респондентов (достоверно чаще при АЗ; $p < 0,001$). В связи с трудностями в отношении распознавания лиц, злоупотребляющих алкоголем, респонденты чаще отвечали «Не знаю» на вопрос о результатах лечебной помощи ($p < 0,001$).

76,6% респондентов допускали возможность профилактики развития АЗ и злоупотребления алкоголем (табл. 3). Превентивным аспектам деятельности [по 11] системы здравоохранения отдавалось приоритетное значение. Однако административно-правовые ($p < 0,001$), социальные ($p = 0,01$) и педагогические ($p < 0,001$) направления превентологии достоверно чаще указывались в отношении больных с АЗ, а психологическое ($p < 0,001$) — людей, злоупотребляющих алкоголем. Среди административно-правовых аспектов фигурировали высказывания, направленные на изменение существующего законодательства: «принять сухой закон», «ввести ограничения на продажу и выпуск алкоголя», «увеличить плату за алкоголь», «уменьшить, запретить рекламу алкоголя» («больше рекламы о его вреде»), «вернуть ЛТП», «организовать полицию нравов», «проводить борьбу с алкоголизмом на государственном уровне» и др. Социальные аспекты касались занятости населения («борьба с безработицей»), улучшения условий труда, социальной среды, повышения зарплаты, роста экономики, изменения отношения государства к людям, в целом.

В редких ответах (1,8—4,0%) респондентов ими для профилактики АЗ (пьянства) предлагалось шире использовать мероприятия здорового образа жизни и как можно раньше обращаться за помощью к наркологам или другим специалистам. Многие опрошенные затруднялись с ответом на этот вопрос.

Значительно чаще респонденты приводили различные общественные мифы об алкоголизме. В частности, у 11% получила подтверждение точка зрения о слабой воле, бесхарактерности, ведомости больных

Таблица 2

Мнения респондентов по поводу профиля помощи и ее вероятные результаты, %

Показатель	Всего	АЗ	Злоупотребление алкоголем*	p
Профиль помощи				
Наркология	50,5	66,8	32,3	0,0001
Психиатрия	15,4	19,7	10,6	0,0001
Психотерапия, психология	9,7	5,4	14,4	0,001
Общая медицина	8,5	5,1	12,4	0,001
"Кодирование"	1,1	1,8	0,3	0,01
Религия	0,5	0,4	0,6	НД
Нетрадиционная медицина	0,5	0,8	0,2	НД
Результаты помощи				
Полное восстановление	12,2	11,4	13,1	НД
Частичное восстановление	43,1	50,5	34,9	0,0001
Без изменений	5,3	5,9	4,5	НД
Ухудшение	0,6	0,6	0,6	НД
Не указано	38,8	31,6	46,9	0,0001
Примечание. * — 207 чел. (29,2%) затруднились с указанием профиля помощи.				

алкоголизмом и т.п. Наверное, поэтому таким людям предлагали «взять себя в руки», «браться за ум» (в 1,4% случаев) либо «уменьшить дозу принимаемого алкоголя», «пить как все», «вовремя останавливаться и не пить» (3%); большой алкоголизмом может «бросить пить сам», «все зависит от человека» (3,5%). Другим мифом являлся домысел о том, что «алкоголизм — извечная русская традиция», «живем в России, где всегда пили» (2,3% респондентов), поэтому «болезнь неизлечима, что-либо делать бесполезно» (0,6%). Вылечить АЗ внушением или гипнозом предлагалось в единичных ответах. Никто из опрашиваемых не считал кодирование обманом, а лечение алкоголизма — «шарлатанством, простым способом зарабатывания денег». Судя по высказываниям людей, врачи-наркологи (психиатры) ничем не отличаются от врачей других специальностей.

Называли АЗ психическим расстройством 8,6% респондентов (чаще всего стрессовым или депрессивным). Генетические факторы в качестве ведущих причин алкоголизма указали 2,4%.

Корреляционный анализ результатов опроса показал, что лучше идентифицировали патологию, связанную с приемом алкоголя, лица с более высоким уровнем образования, знающие больных с АЗ, ответившие на все вопросы анкеты, указавшие на вероятные причины таких состояний и на необходимость лечения у специалистов (врачей). Причем состояние АЗ лучше распознавали женщины, люди старших возрастных групп, рекомендовавшие обращение за помощью к наркологу, а состояние злоупотребления алкоголем — мужчины и люди молодого возраста, рекомендовавшие направлять нуждающихся в лечении к психотерапевту. Намного чаще неправильно распознавали связанный с алкоголем состояния респонденты, затрудняющиеся с ответами на вопросы, рекомендовавшие обращение за помощью к психологам.

К наиболее типичным моделям употребления алкоголя в России, как известно, относится эпизодическое или систематическое [7], что в целом соответствует умеренному, систематическому и привычному пьянству, по классификации Э.Е. Бехтеля [2], выбранному нами в качестве примеров для выявления наркологической грамотности. Описания начальной стадии АЗ, заимствованные у А.А. Портнова, И.Н. Пятницкой [9], на наш взгляд, отвечают поставленной цели исследования. Привлечение клинических описаний (vignette) для опроса населения нередко используется в зарубежных и отечественных исследованиях [10, 13, 14].

Выявленный уровень идентификации АЗ у населения Чувашии (выше 71%) намного превосходит аналогичные показатели исследования И.Р. Семина [10], проведенного в Томской области (у мужчин — 19%, у женщин — 48,5%). Подтвердилась закономерность о лучшем распознавании АЗ женщинами, а также лицами старших возрастных групп и с образованием. Однако в нашем исследовании место проживания респондентов не выявило существенных различий в идентификации АЗ. В цитируемой работе респонденты-женщины из сельской местности чаще горожанок распознавали алкоголизм, а наркологическая грамотность населения Томской области оказалась крайне низкой, судя по ответам респондентов, независимо от их образовательного уровня.

Диаметрально противоположные оценки ситуаций респондентами из Чувашии, по-видимому, можно объяснить несколькими причинами: высокой долей жителей Республики, потребляющих алкоголь, высокой толерантностью к проявлениям пьянства (злоупотреблению алкоголем) и неосознаваемыми защитными механизмами (субъективной недооценкой последствий алкоголизации). Поэтому взятые нами примеры бытового пьянства — от умеренного употребления алкоголя до «преалкоголизма» [по 2] — укладыва-

Таблица 3

Направления и программы профилактики в группах респондентов, %

Показатель	Всего	АЗ	Злоупотребление алкоголем	p
Направления превентологии				
Здравоохранение	18,1	17,8	18,5	НД
Административно-правовое	8,5	12,2	4,4	0,001
Психологическое	9,7	6,3	13,6	0,001
Социальное	8,9	10,5	6,9	0,01
Педагогическое	5,7	9,2	1,7	0,001
Культуральное	0,6	0,9	0,3	НД
Духовное	0,2	0,3	0,1	НД
Не указано	51,7	56,2	44,5	0,001
Профилактические программы				
Здорового образа жизни	4,0	4,9	3,0	НД
Раннего вмешательства	1,8	2,4	1,1	НД

лись в диапазон приемлемости (групповые нормы, алкогольные обычаи и установки) и не квалифицировались респондентами как злоупотребление алкоголем (отклонение от нормы). Только развитие болезни с четкими симптомами зависимости большинством респондентов идентифицировалось как патология — алкоголизм. Как свидетельствуют данные М. Лукомской, усиление наказаний (тотально-репрессивный характер антиалкогольных компаний) в отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем, отрицательно отразилось на обращаемости таких людей за наркологической помощью и на ухудшении выявления их среди населения [6].

Чувашия всегда относилась к регионам с относительно высоким потреблением алкоголя на душу населения [4], включая традиционное изготовление спиртных напитков в домашних условиях (пива, медовухи, самогона) [1]. Если посмотреть на показатели «алкогольного урона», то в Республике он, в целом, коррелирует со среднероссийскими показателями [8]. Относительно низкие показатели распространенности наркологической патологии объясняются сравнительно низкой ресурсной обеспеченностью наркологической службы, высокой долей сельского населения Чувашии и плохой выявляемостью среди этой группы больных алкоголизмом (злоупотребляющих алкоголем) [5].

В нашей стране отношение населения к больным алкоголизмом терпимее, чем к больным с психическими расстройствами, лечившимся у психиатра [10]. За рубежом наблюдаются противоположные тенденции. Так, в Западных странах большой алкоголизмом является одним из самых стигматизированных субъектов; хуже отношение в обществе только к больным наркоманиями [17]. В опросах населения Германии преобладает мнение против выделения средств на лечение больных алкоголизмом, оказания им квалифицированной помощи и реабилитации [12, 16]. В США 80% населения относится с предубеждением к таким больным, хотя 74% имеют проблемы, связанные с потреблением алкоголя, а 41% хотел бы получить медицинскую помощь от специалистов. Они согласны на медикаментозную терапию, если врач даст такую рекомендацию или это поможет редуцировать проявления абстиненции и влечение к алкоголю. Однако нежелание терпеть тяготы такого лечения и страх возможных социальных помех в дальнейшем являются ведущими причинами отказа от обращения за медицинской (наркологической) помощью [18].

Негативное отношение населения развитых стран к наркологическим больным обусловлено тем, что большинство респондентов считает алкогольную зависимость моральной слабостью [12, 16, 17]. Если в развитии болезни (шизофрения, депрессия) ведущую роль играют биологические причины, отношение к носителям болезни терпимее, в то время как у больных

алкоголизмом болезнь ассоциируется с психосоциальными причинами, в которых частично виновен сам человек [15, 18].

Схожая точка зрения бытует среди населения Бразилии. Менее 20% граждан считают алкоголизм психическим расстройством. Развитие болезни связывается с комплексом психосоциальных факторов: безработицей, одиночеством, потреблением психоактивных веществ, семейными проблемами, слабостью характера и сниженной самооценкой, несчастливым детством, стрессом [13]. Поэтому наиболее предпочтительными и прогностически благоприятными для населения Бразилии являются следующие мероприятия: группы самопомощи, психологическая и психотерапевтическая помощь, трудоустройство, повышение физической активности, обращение к церкви (религии). Причем лечение у медиков оценивается скорее вредным, чем полезным вмешательством [14].

Многие из перечисленных факторов, участвующих в формировании алкоголизма и злоупотребления алкоголем, можно встретить и в оценках жителей Чувашии. Однако в ответах респондентов Республики все же преобладала медицинская модель оказания помощи, в первую очередь с участием наркологов и психиатров, несмотря на то, что алкоголизм считали психическим расстройством около 9% опрошенных.

Заключение

Таким образом, опрос жителей Чувашии показал, с одной стороны, хороший уровень распознавания больных с начальной стадией АЗ, с другой, — респонденты «просматривали» случаи злоупотребления алкоголем, обращали внимание на сторонние (психологические, семейные и соматические) причины, что можно объяснить высокой степенью толерантности их к потребителям спиртных напитков, неспособностью увидеть опасность пьянства как переходного этапа к алкогольной болезни, а также психологическими защитными механизмами. В то же время следует признать вполне удовлетворительными мнения о результатах лечения АЗ, косвенное положительное (нейтральное) отношение к наркологам, психиатрам и психотерапевтам, не отличающееся от оценок врачей других специальностей. Данные обстоятельства следует учитывать работникам наркологической службы и учреждений здравоохранения в работе с больными и членами их семей. Общественные мифы об алкоголизме и пьянстве, не вполне адекватные представления о причинах и развитии этих состояний среди населения Республики могут стать основанием для разработки и внедрения соответствующих комплексных образовательных, медико-социальных и профилактических программ в Чувашии.

Вопросы для описываемых в анкете примеров

1. Встречали ли Вы таких людей в жизни?
2. Если да, то сколько человек?
3. Как бы Вы назвали ее (его) состояние?
4. Нужна ли ей (ему) помощь специалистов?
5. Если да, то каких именно?
6. Если специалисты окажут помощь ей (ему), какой будет результат:
 - а) полное восстановление;
 - б) частичное восстановление;
 - в) без изменений;
 - г) ухудшение;
 - д) не знаю.
7. Как Вы думаете, возможно, ли уменьшить риск развития таких состояний?
8. Если да, то как?
9. Какие вероятные причины способствуют развитию таких состояний у людей?

Примеры с начальной стадией алкоголизма [9]

1. *Обследуемый М.*, 26 лет, слесарь-сантехник. Женат, имеет одного ребенка. Алкоголь впервые попробовал в 15 лет. Регулярно начал потреблять спиртные напитки после окончания школы (17—18 лет) под влиянием «дружков». Сперва пил понемногу (100—150 г), быстро пьянел и ничего, кроме отвращения к алкоголю, не испытывал. Однако постепенно стал увеличивать дозы приема. Если раньше предельным количеством было 0,25 л, то теперь — 0,5 л. На утро после выпивки обычно себя плохо чувствовал, жаловался на слабость, разбитость, подавленное настроение. Как правило, при этом с омерзением вспоминал о спиртном и одну неделю совсем не принимал спиртные напитки. С 25 лет отмечает, что стоит выпить 100 г водки, как «просыпается сильное желание выпить еще и еще». Это желание с каждой последующей рюмкой усиливалось. Иногда утром не все помнил, что с ним было в состоянии опьянения накануне и как он очутился дома. Несколько раз под влиянием товарищей пробовал похмеляться, однако это не облегчало состояние. В ряде случаев утренний прием алкоголя даже в небольшой дозе вызывал рвоту, поэтому, как правило, никогда не похмеляется и пьет

только после работы. Однако чем ближе к концу дня, тем назойливей становится мысль об алкоголе («выпивке»).

2. *Обследуемый Н.*, 28 лет, строитель. Женат, имеет двоих детей. Алкоголь начал употреблять с 17 лет. Сперва принимал 100 г водки. Эта доза обычно усиливала аппетит и вызывала приятное чувство опьянения. Так продолжалось почти ежедневно в течение 6 лет. После демобилизации из армии прежние дозы алкоголя стали недостаточными. Мог выпить уже до 0,5 л водки и чувствовать себя так же хорошо, как когда-то было после 100 г. В состоянии опьянения был весел, словоохотлив, смел, легко знакомился с людьми. К этому времени относится утрата чувства самоконтроля. С 26 лет, если выпивал более чем 0,5 л водки (0,7—1 л), часто выпадали из памяти события, произошедшие в период опьянения. Участились скандалы с женой. Постепенно перестал интересоваться компьютером, музыкой и фильмами. Если раньше был домоседом, то теперь стал приходить домой только спать, забыл об интересах семьи. Несмотря на плохое материальное положение семьи, никогда не спрашивал жену, каким способом ей удастся свести концы с концами.

Примеры умеренного потребления алкоголя, систематического пьянства (алкогольной акцентуации), привычного пьянства (преалкоголизма) [2]

3. *Обследуемый С.*, 28 лет, после окончания ПТУ работает слесарем, женат 6 лет, имеет двух детей. До женитьбы часто выпивал с товарищами по работе по случаю зарплаты, перед дискотеккой. Пил в среднем 1—2 раза в неделю, в основном вино (до 0,5 л). Не напивался, в состоянии опьянения поведение правильное, весел, слегка расторможен, рассказывает анекдоты. После женитьбы пить меньше не стал. Жена, женщина «с характером», властная, сразу заняла в семье доминирующее положение; она яркая поборница трезвости. Буквально не терпит мужа, когда он пьян, устраивает публичные скандалы, даже применяет силу. Обследуемый старается выпить тайком от жены, когда она с детьми у матери или в гостях. Последние 4 года отдыхает в отпуске один, так как жена занята детьми. Пить начинает с момента посадки в поезд и пьет практически весь отпуск. Толерантность до 0,5 л водки. По возвращении опять становится тихим, примерным, пьет редко, уклоняется от участия в выпивках на работе, поскольку боится семейных скандалов.

4. *Обследуемый А.*, 35 лет, инженер-электрик. После окончания университета в аспирантуру не поступал, работал на заводе. Однако все же хотел написать диссертацию. Писал диссертацию долго и с большими трудностями. С невероятными усилиями через 9 лет защитил ее. После защиты испытал не радость, а разочарование и растерянность, «как

будто чего-то лишился». Не знал, куда себя деть, чем заняться. Если раньше пил 1—2 раза в месяц и понемногу, так как не было ни времени, ни желания, то теперь охотно соглашался на предложения друзей «отметить» событие. Начал пить с банкета по поводу защиты диссертации и пил с небольшими перерывами в течение 2 мес. На работе появлялся периодически, часто прогуливал, что ему охотно прощали. Затем также неожиданно бросил пить. Опять захотелось работать. Через 2 года: спиртные напитки употребляет редко (1—2 раза в месяц) в небольших количествах. Пьет неохотно, больше уступая давлению окружающих.

5. *Обследуемый Ф.*, 45 лет, слесарь-сантехник. В течение последних 10—15 лет пил часто и помногу — 1—3 раза в неделю и «не меньше бутылки». В рабочее время никогда не пил. Внешние признаки опьянения выражены умеренно. Поведение в состоянии опьянения не изменено. Не опохмеляется. Работу не прогуливал. В вытрезвитель не доставлялся. Считается хорошим работником. С 36—38 лет стал быстрее пьянеть, в состоянии опьянения часто засыпает. Несмотря на снижение толерантности, количество алкоголя не уменьшается. Перенес инфаркт 4 года назад. Врач сказал, что пить нельзя, так как он может умереть. С этого времени практически не пьет. Позволяет себе полбокала сухого вина в праздничные дни.

Список литературы

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Ярулин А.Х., Максимов Ю.Г. Репродуктивно-демографические показатели. — Казань: Заря-Тан, 1994. — 196 с.
2. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
3. Бульгина И.Е., Федорова С.Д. Динамика ситуации, связанной с потреблением психоактивных веществ в 1985—2010 гг. в Чувашии // Четверть века наркологической службе Чувашии: Материалы науч.-практ. конф. — Чебоксары, 2010. — С. 56—64.
4. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дис. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1998. — 368 с.
5. Голенков А.В. Региональная статистическая модель выявляемости и распространенности наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. — 2000. — №2. — С. 75—79.
6. Лукомская М. Алкоголизм в России: Социально-психологическое и клиническое исследование. — М., 1997. — 192 с.
7. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — 720 с.
8. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М., 2003. — 136 с.
9. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
10. Семин И.Р. Психически больной в обществе (результаты экспериментального исследования) // Психиатрия в контексте культуры: Сб. науч. тр. — Томск; Улан-Удэ, 1995. — С. 132—186.
11. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: руководство. — Изд.-е 2-е, перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с.
12. Beck M., Dietrich S., Matschinger H., Angermeyer M. Alcoholism: low standing with the public? Attitudes towards spending financial resources on medical care and research on alcoholism // Alcohol. Alcohol. — 2003. — Vol. 38, №6. — P. 602—605. doi:10.1093/alcalc/agg120.
13. Peluso E., Blay S. Public perception of alcohol dependence // Rev. Bras. Psiquiatr. — 2008. — Vol. 30, №1. — P. 19—24.
14. Peluso E., Blay S. How should alcohol dependence be treated? The public view // Alcohol. Alcohol. — 2008. — Vol. 43, №5. — P. 600—605.
15. Pescosolido B., Martin J., Long J. et al. «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence // Am. J. Psychiatry. — 2010. — Vol. 167, №11. — P. 1321—1330.
16. Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. Alcoholism: illness beliefs and resource allocation preferences of the public // Drug Alcohol Depend. — 2006. — Vol. 20, №82 (3). — P. 204—210.
17. Schomerus G., Holzinger A., Matschinger H. et al. Public attitudes towards alcohol dependence // Psychiatr. Prax. — 2010. — Vol. 37, №3. — P. 111—118.
18. To S., Vega C. Alcoholism and pathways to recovery: new survey results on views and treatment options // Med. Gen. Med. — 2006. — Vol. 4, №8(1). — P. 2.

**NARCOLOGICAL LITERACY OF THE POPULATION OF CHUVASHIA
(ON AN EXAMPLE OF ALCOHOL ABUSE AND AN INITIAL STAGE OF ALCOHOL DEPENDENCE)**

GOLENKOV A.V., SAFRONOV S.A., DOMOROSHCHINOVA M.G., MARINYENKOVA E.N.

1500 inhabitants of the Republic (743 men, 757 women) at the age from 16 to 81 years old (average age — 39.1±13.3) are interrogated with the use of clinical settings for identification of people abusing alcohol and suffering from initial stage of alcoholic dependence. The research has shown a rather high level of recognition of alcoholics (more than 71%) by the population, and a low index — for persons abusing alcohol (17.7%). Identification depended on a sex, age, educational level, knowledge of the reasons of development of the pathological conditions connected with alcohol intake, principles of their treatment and preventive measures. Late appealability of the population of Chuvashia for narcological help is connected not with difficulties of diagnostics of the initial stage of alcohol dependence, negative estimations of the results of its treatment, but with socially-psychological reasons (the stigma of alcoholism and alcohol-related services).

Key words: narcological literacy, alcohol dependence/abuse, the population of Chuvashia