

# Особенности алкоголизации и наркотизации студентов и врачей

СИДОРОВ П.И.

академик РАМН, профессор, ректор Северного медицинского университета (СГМУ), Архангельск

*Морально-этические и интеллектуально-мнестические нарушения, формирующиеся на определенном этапе развития алкоголизма у врачей и студентов, вызывают выраженное профессиональное и социальное снижение, а зачастую невозможность дальнейшей работы по специальности. Результаты изучения частоты и особенности развития алкоголизма у врачей позволяют отметить сравнительно раннее их приобщение к систематическому потреблению алкогольных напитков, что, в свою очередь, обуславливает начало болезни также в молодом возрасте и ставит задачу эффективной профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в студенческой среде.*

Проблема алкоголизации и наркотизации врачей и студентов не является надуманной. Многие исследователи относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками [1]. Особенность профилактики, лечения и реабилитации врачей, больных зависимостью от ПАВ, состоит в отсутствии целевых превентивных программ и малой успешности лечения.

## Злоупотребление алкоголем и наркотиками у врачей

Говорить о специфике “врачебного” алкоголизма сложно. Обучение в медицинском вузе можно рассматривать как “тормозящий” фактор в развитии влечения к алкоголю. Депрессивный фон абстинентного синдрома является отражением преморбидных свойств, а также напряженных гиперответственных условий работы категории врачей. При этом выраженность защитных механизмов — отрицания (алкогольная анозогнозия), рационализации — такая же, как и у немедиков. Наркологи и психиатры недооценивают тяжесть алкоголизма у своих коллег, а также излишне оптимизируют прогноз.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками связано с высоким риском суицидов среди врачей. Как показали исследования, проведенные в США, уровень суицидов среди мужчин-врачей старше 25 лет составляет 36 на 100 тыс. населения, тогда как среди женщин — 41 на 100 тыс. (по сравнению с 12 на 100 тыс. женщин неврачей). Подобные показатели были получены и в Англии, где уровень суицидов среди незамужних женщин-врачей был в 2,5 раза выше, чем у незамужних женщин в целом [2, 3].

Очень часто врачи, совершившие суицид, предварительно имели нерешенные социальные проблемы, трудности в работе и семье. Доступность лекарств и знание токсичности являются важными факторами при совершении самоубийства у врачей. Как предполагают, у женщин-врачей сочетание алкоголизма и суицида связано с фактором эмоциональной дестабилизации. Самый высокий риск наблюдается среди врачей-психиатров, за ними следуют окулисты и анестезиологи [3].

Как показывают исследования за рубежом, в США более 684 тыс. врачей. Женщины составляют 19,5% от их числа. По оценке национального института психического здоровья (программа эпидемиологического исследования ЕСА), 137 397 врачей (131 124 мужчины и 6273 женщины) страдают алкоголизмом, а 48 829 чел. (42 423 мужчины и 6406 женщин) — наркоманией и токсикоманией (табл. 1) [4].

Заметить зависимость от ПАВ, включая алкоголь, можно по негативным изменениям в различных сферах: семья, взаимоотношения с окружающими, финансы, духовное и эмоциональное здоровье, физическое здоровье и, в конце концов, выполнение врачебных обязанностей. Чем раньше будут выявлены эти проблемы, тем более благоприятен прогноз для лечения. Отмечено, что начальные проблемы у врача-алкоголика или наркомана, как правило, касаются семьи. Последующие — работы и других сфер жизни.

Идентификация возможных алкогольных проблем проводится по приведенному ниже списку сфер социальных контактов, который предложен Институтом психического здоровья США:

## Семья

1. Отказ от выполнения своих семейных обязанностей.
2. Супруг(а) начинает стремиться контролировать поведение супруга-алкоголика.
3. Ссоры, непонятная, необычная агрессивность, ярость, супруг пытается контролировать прием ПАВ зависимого супруга.
4. Болезни супруга-алкоголика: изоляция, эмоциональное и физическое проявление гнева, невозможность добиться согласия супруга встретиться со специалистом по лечению зависимостей, растущее одиночество. Созависимость детей. Попытки детей восстановить нормальную жизнедеятельность семьи.
5. У детей начинает развиваться асоциальное поведение: депрессия, беспорядочная половая жизнь, побеги из дому, попытки приема наркотиков и ПАВ.

Таблица 1

Распространенность алкоголизма и наркомании среди всех врачей США (по данным Института психического здоровья США, 1991)

Категория	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Больных алкоголизмом	131124	95,4	6273	4,6	137397	20,1
Больных наркоманией	42423	86,8	6406	13,2	48829	7,1

6. Сексуальные проблемы: импотенция, внебрачные связи.

7. Разобщенность супругов: потребление ПАВ и алкоголя, развод или сепарация.

#### **Межличностные взаимоотношения**

1. Изоляция и отказ от общественной жизни, церкви, друзей, хобби, отдыха, коллег.

2. Скованное поведение во время вечеринок, в гостях.

3. Проблемы с правоохранительными органами, ДТП.

4. Непредсказуемость поведения во время пребывания в обществе.

5. Частое проявление поведения, связанного с риском для жизни.

#### **Служебные и рабочие характеристики**

При появлении этих факторов риск неблагоприятного исхода очень высок.

1. Многочисленные перемены работы в течение последних пяти лет.

2. Частые внезапные переезды.

3. Частые госпитализации.

4. Сложная и тщательно рассказанная история болезни.

5. Длительные промежутки безработицы.

6. Отсутствие рекомендательных писем или отрицательные письма.

7. Должность, не соответствующая квалификации специалиста.

8. Снижение профессиональной производительности.

#### **Физическое состояние**

1. Несоблюдение правил личной гигиены.

2. Небрежность одежды и внешнего вида.

3. Множество проявлений физического нездоровья или осложнений.

4. Употребление лекарств, частое выписывание рецептов.

5. Частые госпитализации.

6. Постоянное отпрашивание с работы по поводу визитов к врачу или стоматологу.

7. Несчастные случаи и травмы.

8. Серьезные эмоциональные срывы.

#### **Административная работа**

1. Постоянные нарушения дисциплины, опоздания на работу.

2. Поведение по отношению к персоналу грубое, резкое.

3. Синдром “хлопанья дверьми”.

4. Частое прописывание ПАВ или получение лекарств в аптеке.

5. Жалобы пациентов на поведение доктора.

6. Отсутствие на работе: неожиданные или частые больничные.

#### **Больница**

1. Опоздание с обходами, неподобающее поведение во время них.

2. Снижение качества выполнения своих служебных обязанностей — заполнения историй болезней, выписных эпикризов.

3. Несоответствующие назначения или прописывание чрезмерно большого количества препаратов.

4. Сообщения персонала (медсестры, секретари, санитарки и др.) об изменении поведения — “сплетни и слухи”.

5. Соучастие в незаконных и уголовно наказуемых действиях.

6. Сообщения из приемного покоя во время дежурства: невозможно найти доктора на рабочем месте или недоступность во время дежурства.

7. Сопротивление и отказ от физического осмотра или сдачи мочи на содержание ПАВ.

8. Употребление алкоголя во время выполнения служебных обязанностей.

Раннее выявление проблем врача, злоупотребляющего ПАВ, достаточно сложное. Прежде всего это связано с укрыванием и умалчиванием членов семьи, друзей, коллег и даже пациентов. Особенно трудно диагностировать зависимость от ПАВ у женщин-врачей.

Лечение врачей с алкогольной и наркотической зависимостью имеет ряд специфических особенностей: прежде всего — частая неблагоприятность прогноза, даже в случае лечения в антиалкогольном или антинаркотическом центре (Hoffman N., Halikas J., 1996). Не слишком эффективны и программы анонимных алкоголиков (АА) или какие-либо обычные реабилитационные программы по поддержанию трезвости.

Многие врачи знают о биопсихосоциальных и генетических причинах алкоголизма и критично и недоверчиво относятся к лечению. Признание алкоголизма вызывает в них чувство вины, стыда и нежелание обсуждать проблему с лечащим врачом. Осознание наличия заболевания еще не означает, что врач реально начнет менять свою жизнь и поведение. Это обычные проявления интеллектуализации или “диванное” лечение на словах.

Не менее сложный вопрос — копинг сопутствующих лечению расстройств — бессонницы. Желательно уменьшение курения и приема кофе, пищи, богатой белками; нормальное, сбалансированное питание в течение всего дня; теплые ванны, массаж, рекомендуются легкое чтение, консультации в любое время дня и ночи, когда пациент страдает бессонницей, т.к. высока вероятность суицида.

Вовлечение семьи в процесс лечения — мощный поддерживающий фактор. Семья знает о заболевании гораздо раньше и больше, чем друзья и коллеги. Естественно, что осознавать себя супругом или ребенком алкоголика очень больно. Но задача психотерапевта — показать необходимость совместных действий и подсказать, каким образом, изменяя собственное поведение, можно помочь супругу и родителю в сложной работе над достижением трезвости.

Как показывают результаты исследований, длительность ремиссии колеблется, по данным различных авторов, от 27% пролеченных до 92% (Gordis E., 1989).

Оценка эффективности лечения зависимости от ПАВ среди медиков осложняется многими причинами:

- некоторые исследования по лечению медиков включают не только врачей, но и медсестер, стоматологов-техников, студентов медвузов;

- значительная разница в методах, продолжительности, интенсивности лечения;

- обманчивое доверие самообсервациям врачей-пациентов о полном излечении;

- алкоголь и некоторые препараты могут не обнаруживаться в моче, если были приняты в течение нескольких суток до исследования, и т.д. [1].

На основании обследования 100 врачей, проходивших психотерапию по специальной реабилитационной программе (Georgia Impaired Physicians Program) в течение июля 1982—1987 гг., выявлено, что: 77 врачей-пациентов

находились в ремиссии от 5 до 10 лет, 1 врач умер, 22 не смогли отказаться от употребления ПАВ. На основании анализов результатов этой программы [1] предлагаются следующие критерии нормального процесса лечения зависимости от ПАВ и успешного достижения продолжительной ремиссии у врачей:

- количество посещений встреч 12-шаговой программы АА за неделю;
- частота встреч со спонсором и деловые взаимоотношения со спонсором;
- проведение регулярных анализов мочи на содержание алкоголя и наркотиков;
- мониторинг основных стадий реабилитации и эмоциональных изменений (вина, злость, депрессия, тревога, бессонница и т.д.);
- отслеживание каждого случая приступа компульсии или обсессии (секс, работа, еда, никотин, азарт, и т.д.);
- оценка состояния после психотерапии, лечения, приема лекарств;
- оценка семейных взаимоотношений;
- состояние физического здоровья;
- количество свободного времени в неделю;
- осложнения, которые возникли в период прохождения 12-шаговой программы и терапии;
- количество времени, посвящаемое физической нагрузке в неделю;
- оценка стрессоров, связанных с работой (профессиональный статус, обязанности на работе, отношение к пациенту на месте работы);
- изменения финансового положения;
- обучение изменениям в процессе отвыкания от ПАВ;
- самооценка качества программы лечения;
- оценка “малых частей” программы выздоровления.

Необходимо учитывать, что лечение зависимости является многостадийным процессом, в котором каждый этап значим для итогового эффекта:

- полный отказ от всех ПАВ;
- твердое намерение изменить свою жизнь для успешного выздоровления;
- изучение настоящей истории своего заболевания и выздоровления;
- изучение навыков, необходимых для начала и продолжения трезвости;
- оценка возможностей излечения в результате прохождения программы;
- умение не отказываться от программы, несмотря на возможные стрессы, проблемы и поведение окружающих.

Проблема потребления алкоголя медицинскими работниками в силу особенностей их деятельности, в которой большое значение имеет пропаганда здорового образа жизни и, главное, личный пример, обретает особое значение.

М. Glatt (1979), изучавшая причины алкоголизма врачей (среди мужчин, лечившихся в госпиталях по поводу алкоголизма, насчитывалось 2–4% врачей), пишет что длительные эмоциональные и физические нагрузки, разочарование в жизни, необходимость расслабиться после многих часов работы побуждают многих врачей прибегать к созданию привычного комфорта, знакомого со времени студенческой жизни. Bissell L. и Le Clair [5], также отмечая необходимость усиления противоалкогольной пропаганды среди студентов-медиков, приводят показатели распространения алкоголизма у врачей: из 900 тыс. врачей США 63 тыс. страдают алкоголизмом.

С помощью специального опросника R.G. Niven и соавт. [6] обследовали большую группу врачей, прибывших в центр для повышения квалификации. Оказалось, что 12% из них являются полными трезвенниками; 81% употребляют алкоголь умеренно; 5% расцениваются как “возможные алкоголики” и 2% составляют врачи с диагнозом *алкоголизм*. Полученные данные позволили авторам заключить, что распространенность алкоголизма у врачей не отличается от таковой у пациентов общесоциальной сети.

Напротив, К. Rawnsley [7] показал, что средняя частота первого поступления в психиатрические учреждения по поводу алкоголизма врачей Шотландии за 1 год составила 171, а по остальным группам — 67 случаев. Смертность от цирроза печени у врачей в 3 раза выше. Автор видит причины высокой частоты алкоголизма у врачей в характере алкоголизации в медицинских учреждениях, сильных эмоционально-стрессовых факторах врачебной деятельности. Эту точку зрения поддерживают Р. Caviston, А. Paton (1986), также обнаружившие в 3 раза большую частоту алкогольного цирроза печени у врачей по сравнению с населением в целом. По их подсчетам, в Великобритании 2–3 тыс. врачей больны алкоголизмом, а регулярно употребляют спиртные напитки около 90% врачей.

В рамках ежегодного опроса медицинских работников Франции в 1988 г. (перед ними были поставлены вопросы социальной направленности) только 60% студентов-медиков высказались против рекламы алкогольных напитков (включая пиво), а среди практикующих врачей общего профиля — 75% (Stroebel Т. 1988). Приведенные данные косвенно свидетельствуют о большой доле лиц с проалкогольной ориентацией среди врачей.

Л.Ф. Тихомировой [8] было проанализировано потребление алкоголя у 851 врача различных специальностей. Среди обследованных мужчин-врачей 11,9% составили лица, которые употребляют алкоголь реже чем 1 раз в месяц, в основном это лица, имеющие соматическую патологию и возраст старше 50 лет. Из обследованных мужчин-врачей спиртные напитки употребляют чаще 1 раза в месяц 88,1%, при этом 69,3% лиц употребляют алкоголь реже чем 1 раз в неделю, 27% — 1 раз в неделю и 3,2% — чаще 1 раза в неделю.

Из обследованных женщин-врачей 51,5% отмечали, что употребляют алкоголь реже чем 1 раз в месяц или не употребляют совсем. Большинство в этой группе составили лица старше 40 лет (67,9%), а также имеющие соматическую патологию. Женщины-врачи, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в месяц, составили 48,5%. Среди них 96,9% отмечали, что употребляют алкоголь реже 1 раза в неделю, и лишь 3,1% отметили, что употребляют алкоголь 1 раз в неделю. Употребляющих алкоголь чаще чем 1 раз в неделю среди женщин-врачей не было. Прослеживается тенденция к более низкому употреблению алкоголя этой категорией обследованных.

В качестве группы риска автор выделила лиц, потребляющих алкоголь раз в неделю и чаще, среди врачей различных специальностей. У анестезиологов этот показатель составил 36%, хирургов — 27,4%, рентгенологов — 14,29%, физиотерапевтов — 9,09%, акушеров-гинекологов — 6,15%, стоматологов — 4,94%.

Автор справедливо подчеркивает, что наличие вредных привычек находится в обратной зависимости от таких положительных факторов, как творчество, учеба, занятия физической культурой и спортом. В результате проведен-

ного исследования выявлено, что только 47% мужчин-врачей занимаются домашней работой, лишь 28% — спортом и физической культурой, деловую квалификацию и профессиональный уровень повышают только 26%. Следовательно, в свободное время мужчины-врачи предпочитают пассивные виды отдыха. Из женщин-врачей 78,5% преимущественно заняты домашней работой, затрачивают на ее выполнение 4 ч и более ежедневно. Только 10% из них занимаются физкультурой и спортом, столько же имеют творческие занятия.

Как показали исследования, проведенные среди 23 врачей-алкоголиков (Юрченко Л.Н. с соавт., 1997), чаще это были городские жители (82,6%). Среди них были терапевты, анестезиологи, хирурги, гигиенисты. Из них меньше число сумели сохранить первый брак, чем пациенты, не являющиеся врачами (контрольная группа), и большая часть врачей-алкоголиков жила вне семьи. По сравнению с общей популяцией, число разводов и нарушения семейного статуса у врачей-алкоголиков выше. Эмоциональные расстройства у жен врачей выше в первые 15 лет становления профессиональной карьеры мужа. У врачей-алкоголиков по сравнению с контрольной группой чаще наблюдалось в анамнезе наличие черепно-мозговых травм с потерей сознания. Алкоголизм у врачей протекал на фоне выраженного депрессивного синдрома с суицидальными высказываниями и поступками. Результаты лечения у врачей-алкоголиков чаще были отрицательными. Мотивировкой для лечения у врачей-алкоголиков были семейные и профессиональные проблемы, но не необходимость лечения алкоголизма или изменения образа жизни. При этом 35% врачей признавали у себя наличие алкоголизма, 20% его отрицали, 45% признавали неблагополучие, но при этом отрицали наличие зависимости от алкоголя. Несмотря на наличие специальных знаний об алкоголизме, врачи не отличались критическим отношением к заболеванию.

Глубокий анализ производственных, микросоциальных, психологических факторов, особенностей клинических проявлений алкоголизма у врачей проведен в комплексном исследовании В.Ф. Мельникова с соавт. [9, 10], предложившего систему конкретных профилактических мер. В общей совокупности заболевших врачей с учетом основной специальности терапевты составили 20%, хирурги — 16%, стоматологи — 15%, врачи скорой помощи — 12%, санитарные врачи — 7%, гинекологи — 5%, психиатры — 5%, организаторы здравоохранения — 3%, патологоанатомы — 37%, рентгенологи — 2%, инфекционисты — 2%, дерматологи — 2%, прочие специалисты — 8%. Относительный показатель заболеваемости на 100 работающих врачей данной специальности был наиболее высок для хирургов (8), стоматологов (7), врачей скорой медицинской помощи (6). Авторы обоснованно предполагают, что особенности профессиональной деятельности хирургов и врачей скорой помощи, часто возникающие стрессовые ситуации, разъездной и сменный (включая ночное время суток) характер работы, относительно большой процент мужчин-врачей в какой-то степени объясняют это явление. Менее ясны причины этого явления в среде стоматологов. В изучаемой группе не встретились представители таких распространенных специальностей, как педиатрия и невропатология.

Как и для большинства других социальных и профессиональных категорий населения, дебютирование алкогольной болезни среди медицинских работников также

приходилось преимущественно на молодой возраст: 20—24 года (23%), 25—29 лет (33%), 30—34 года (31%), 35—39 лет (9%), после 40 лет (4%).

Продолжительность хронического алкоголизма у большинства больных-врачей была довольно велика: до 5 лет — 7%, 5—9 лет — 20%, 10—14 лет — 38%, 15—19 лет — 21%, 20—24 года — 9%, 25 лет и более — 5%. У всех пациентов-медиков диагностированы II и III стадии алкогольной болезни.

Таким образом, проблема наркотизации и алкоголизации врачей актуальна и требует дальнейшего изучения и исследования. Многие врачи, пройдя программу лечения зависимости от ПАВ, начинают активно участвовать в общественной работе в профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения.

### Особенности алкоголизации студентов высшей школы

Практически во всех проанализированных нами социально-гигиенических и клиническо-социальных исследованиях алкоголизации студентов использовался метод опроса в различных модификациях — от заочной анкеты до интервью по телефону и клинического интервью. Наиболее трудно сопоставимы между собой и не поддаются обобщению данные о распространенности и частоте употребления спиртных напитков среди студентов, так как исследователи не только различных стран, но даже одной и той же страны в один и тот же исторический период использовали качественно различные методы выявления употребляющих и не употребляющих алкоголь, различные классификации по возрасту и т.д. Несмотря на это, однако, можно отметить рост объема и частоты алкоголизации студенческой молодежи в последние десятилетия, частоту сочетания алкоголизации с употреблением наркотиков, увеличение распространенности ранних форм женской алкоголизации (табл. 2).

Анализируя факторы, способствующие алкоголизации студентов, можно сказать следующее. Социологи и психологи в качестве основных причин тяги молодежи к алкоголю указывают на растущее психологическое напряжение, неумение правильно использовать свободное время, отчуждение, неустойчивую жизнь, несостоятельность семьи в вопросах воспитания. Неблагополучие в семье и столкновение с действительностью, мода и конфликт с социальными нормами — таковы причины роста алкоголизации и алкоголизма среди студенческой молодежи.

Несмотря на существенную динамику в темпах роста алкоголизации и в ее качестве основные мотивы алкоголизации не претерпели принципиальных изменений во времени за последние 25 лет. Большинство опрошенных J. Desque и соавт. [11] студентов, злоупотребляющих спиртными напитками, ответили, что они пьют, чтобы чувствовать себя свободнее и веселее. Основным мотивом алкоголизации студентов в 40% случаев является стремление к “удовольствию” и “приятным опущениям”. При этом 90% заявили, что не собираются покончить с этой привычкой [12]. По данным S. Monarco и соавт. (1978), ведущими причинами потребления алкоголя студентами университета в Перудже (Италия) являлись “чувство тоски, тревоги, депрессия, утомление, ослабление памяти”. В большинстве случаев алкоголь употребляется студентами, чтобы повысить настроение и улучшить самочувствие, снять беспокойство и облегчить общение. У каждого 20-го студента в США В.Н. Hamilton (1985) обнаружила проблемы в связи с алкоголизацией. Y. Lamontagne,

Таблица 2

## Распространенность и частота алкоголизации студентов (в процентах)

Автор(ы)	Год	Страна	Контингент обследованных	Доля употребляющих алкоголь, %	Частота употребления алкоголя
Block M.	1970	США	Студенты	33–60	
Battistich V.A. [12]	1978	США	145 студентов	82	
Celentano D.D., McQueen D.V. [13, 14]	1978	США	Студенты штата Мэрилэнд	77,02 мужчин 63,3 женщин	
Adams W.G.	1979	Австралия	Студенты последнего курса университета	92 мужчин 96 женщин	
Fill G., Scheda V.	1981	ВНР	900 студентов университета		55% мужчин и 32% женщины выпивают еженедельно
Oshodin O.G. [15]	1981	Нигерия	500 студентов		87% пьют регулярно
Reiskin H., Wechsler H. [16]	1981	США	252 студента	95	
Lutcowich J.M., Lutcowich M.	1982	США	800 студентов четырех колледжей	92	16,5% мужчин и 21,6% женщин реже 1 раза в нед.; 21,5% мужчин и 30,5% женщин 1–3 раза в нед.; 30% мужчин и 34,2% женщин 4–10 раз в нед.; 31,9% мужчин и 39% женщин более 11 раз в нед.
Harford T.C., Spiegler D.L. [17]	1983	США	3036 студентов		57% мужчин и 47% женщин отмечают частое употребление
Rooney F.J. [18]	1983	США	4941 студент колледжей		21,1% регулярно пьют пиво
Johnson O.G.	1985	Англия	104 студента-медика	81	
Guerra M. et al.	1985	Италия	1000 студентов высших школ Флоренции	85 мужчин 79 женщин	11% злоупотребляют спиртным
Clark D.C. Et al. [19]	1986	США	116 студентов-медиков		25% злоупотребляют спиртным
Madix J.F.	1986	США	133 студента-медика старших курсов	96	
Quepo D. et al.	1986	Испания	2921 студент университета, в т.ч. мед. фак-та	90,2 мужчин 73,3 женщин	
SouEIF M.I. et al. [20]	1986	АРЕ	2711 студентов Каирского университета	42	
Engs R.C., Redell K.H.	1987	США	209 студенток-медсестер	87	46% — раз в нед.
Poldrugo F. et al. [22]	1987	Италия	401 студент медицинского и педагогического вузов	78,1	15,2% — выпивают ежедневно; 8,1% — злоупотребляют спиртным
Snortum J.R. [23]	1987	США	120 студентов колледжей	98	мужчины — 104 порции в месяц; женщины — 39
Engs R.C., Hanson D.J. [21]	1988	США	170 студенток мед. факультета	72	8% — “тяжелые” пьяницы
Madonutti G.B.	1988	Италия	1006 студентов медучилища	77	75,6% — умеренно; 10,8% — регулярно
Long P.	1988	Норвегия	64 мед. сестры		46,5% — умеренно; 39,5% — злоупотребляют
А.В. Ляхович	1985 1988	Территория бывшего СССР	1500 студентов вузов, Московский энергетический институт (МЭИ) и Латвийский госуниверситет (ЛЭИ)		МЭИ — 46,6% юношей и 42,2% девушек употребляют алкоголь ЛЭИ — 66,7 и 27,6% соотв.
Госкомитет по народному образованию	1990	Территория бывшего СССР	1815 учащихся ПТУ, ВУЗов		48% — учащиеся ПТУ; 56% — вузов; девушки/юноши — 1/1
П.И. Сидоров	2000	РФ	Студенты Архангельских вузов		30% пробовали наркотики; 42% еженедельно выпивают; 2% физически зависимы от алкоголя; 56% курят
Г.Б. Ткаченко	2000	РФ	Башкирский пед. институт (БГПИ), Башкирский Госуниверситет (БГУ)		80,8% студентов БГПИ; 68,6% студентов БГУ

R. Elie [24] показали, что по сравнению с 1978 г. в 1984 г. алкоголизм среди канадских студентов-юношей уменьшился на 1,2% и возрос на 0,4% среди девушек, однако общее число алкоголизирующихся студентов не изменилось. Большинство студентов стали употреблять вина, некрепкие алкогольные напитки.

В 80-е годы исследователи алкоголизации студентов пытались выяснить ее причины, мотивы и условия, чтобы обосновать систему антиалкогольного воспитания в высшей школе. Так, L.J.O. Brein (1982) отметил, что студенты младших курсов университетов в качестве показателей опасности употребления этанола выделяют лишь частоту его приема и количество. Совершенно незначима для студентов информация о социодемографических и медицинских последствиях употребления спиртного. R.S. Engs [25, 26], сопоставив отношение к алкоголю студентов-медиков Австралии и США, обнаружила более критичное отношение к проблеме алкоголизма у австралийских студентов. Она отмечает преобладание легкого и умеренного употребления этанола студентами, изучающими медицину и юриспруденцию, по сравнению с другими категориями обучающихся.

J. Kinnear и соавт. [27] показали трудности психологической перестройки студентов-медиков на восприятие больных алкоголизмом как “действительно больных”. R.C. Carman и соавт. [28, 29] установили, что ведущей причиной потребления этанола студентами является желание уйти от личных психологических трудностей.

Изучая потребление алкоголя студентами-медиками первого курса, R. Gardner и соавт. [30] отметили необходимость профилактики стрессовых факторов, провоцирующих алкоголизацию. J.S. Peterson, M.A. Alien [31], S.I. Chomak и соавт. [32] обнаружили среди студентов университета мужского пола большее потребление алкоголя (в 1,7 раза) по сравнению с женщинами и большую частоту у первых социальных осложнений, связанных с алкоголизацией. D. Carthy и соавт. (1983) показали отсутствие связи между информированностью студентов о токсических эффектах этанола и реальным поведением, связанным с его потреблением. J.E. Buckley, R.S. Ambler (1980) среди источников информации студентов о действии алкоголя называют семью (в 85% случаев); врачей (в 75%); общество АА (в 70%); публикации в печати (в 67%); личный опыт (в 64%); специальные учебные программы (в 61%); радио и телевидение (в 53%); преподавателей (в 51%); пьющих друзей (в 26%); продавцов алкогольных напитков (в 24%). Установлено, что пьющие друзья были источником информации об этаноле у 57% непьющих, у 74% пьющих иногда и у 85% регулярно пьющих студентов. Никто из последних не имел непьющих друзей, тогда как у непьющих студентов только 7% друзей регулярно употребляли алкоголь. Эту же тенденцию обнаружили E.R. Shore, P. Rivers [33], показавшие преобладающее влияние на алкогольное поведение студентов непосредственного окружения в колледже, нежели собственного предыдущего опыта и традиций семьи. Несколько иные данные приводят D. Gardner и соавт. (1986) на основании лонгитудинального исследования студентов медицинского колледжа. Злоупотребляющие алкоголем студенты (25% выборки), как правило, много пили еще до поступления в колледж, были более агрессивны и не ориентированы на глубокие межличностные контакты. Злоупотребление алкоголем у студентов не обнаружило связи с социодемографическими характеристиками, преоблада-

ющим фоном настроения, успеваемостью и алкогольными обычаями семьи. Эти студенты оказались наименее чувствительными к внешним влияниям, в том числе со стороны сверстников.

Таким образом, перечисленные зарубежные исследователи подчеркивают сравнительно низкую информативность и эффективность противоалкогольных учебных программ, преобладающее давление “проалкогольных” источников информации об этаноле, ведущую роль сверстников и групповых форм поведения студентов в развитии алкоголизации.

Среди отечественных исследователей также возрастает интерес к вопросам алкоголизации студентов. Так, Ю.Е. Рахальский и соавт. [34] опросив студентов III–IV курсов медицинского вуза, выяснили особенности их отношения к алкоголю. Было обнаружено, что 20,9% мужчин и 30,6% женщин допускали в качестве “нормы” еженедельное употребление алкоголя. У 9% мужчин и 1% женщин обнаружены признаки амнестического опьянения. Опохмеляются по утрам 9% студентов и 1,6% студенток. У 5,4% обследованных женщин возникали реальные конфликты в связи с употреблением спиртного. Д.М. Менделевич и соавт. [35] опросили 600 студентов (II и IV курсов технического и гуманитарного вузов) с целью изучения их ориентации в проблеме алкоголизма. Анализ полученных результатов показал большую терпимость студенчества к употреблению алкоголя; относительно более высокий уровень алкоголизации отмечался среди лиц, прибывших на обучение из сельской местности и проживающих в студенческих общежитиях. С переходом на старшие курсы усиливается положительное отношение студентов к употреблению спиртных напитков. Среди юношей технического вуза уровень алкоголизации достоверно ниже по сравнению с девушками, это соотношение обратно пропорционально для контингента обследованных из числа студентов гуманитарного вуза, где алкоголизация юношей достоверно выше, чем девушек. В целом только у 3–10% обследованных выявили высокий уровень антиалкогольной активности.

Проведя интервьюирование более 2 тыс. студентов нескольких вузов Томска, В.Б. Миневиц и Ю.И. Прядухин [36] обнаружили у 0,2% мужчин ежедневное употребление алкоголя, у 5% — 2–3 раза в неделю, у 28,7% — 2–3 раза в месяц, у 32,2% — 1 раз в месяц и у 33,8% — реже 1 раза в месяц. Под угрозой развития злоупотребления алкоголем и алкоголизма, по мнению авторов, находились 4,4% мужчин и 2,8% женщин.

Очевидно, что у абсолютного большинства медицинских работников стереотипы алкоголизации формируются в период обучения в вузе. Исходя из концепции определяющего влияния малых групп на формирование и становление личностных особенностей потребления алкоголя, А.В. Басов [37] взял в качестве объекта исследования студенческую группу. При таком подходе положительными моментами является то, что все студенты хорошо знают друг друга, группа имеет свой социально-психологический статус, во многом определяющий действия каждого ее члена. Студенты в группе объединены не только формальной структурой, но и большим набором неформальных отношений, в том числе в связи с употреблением алкоголя. Ставилась задача оценить уровень потребления спиртного каждым студентом в группе и связанных с этим особенностей поведения с точки зрения как самого испытуемого, так и других студентов. В среднем мужчины-сту-

денты, по их собственным оценкам, потребляют алкоголь 4,5 раза в месяц, по 460 г водки за один прием. По мнению студентов группы, оценивавших потребление каждого студента, эти показатели, соответственно, составляют 4,5 раза и 380 г. У женщин, по их собственным оценкам, потребление алкоголя составляет 1,14 раза в месяц и 140 г водки за один прием, в то время как по экспертным оценкам одноклассников эти показатели составляют, соответственно, 1,74 и 180. Мужчины, давая оценку своему потреблению, оценили частоту потребления так же, как и эксперты (4,5 раза в месяц). Что касается количества, употребляемого за один прием, то расхождение оценки испытуемых (460 г водки на один прием) с оценкой одноклассников в качестве экспертов (385 г) можно отнести за счет, с одной стороны, вероятной максимальной оценки мужчинами своих возможностей, но более правдоподобно, что частота потребления алкоголя является легко фиксируемым самим потребителем феноменом, в то время как точно подсчитать количество выпиваемого при наблюдении со стороны довольно сложно.

Тот факт, что женщины, оценивая свое потребление, дают заниженные показатели в сравнении с экспертными оценками как частоты (1,14 раз в месяц против 1,74), так и количества выпиваемого за один раз (140 г против 180), отражает давно наблюдавшуюся многими исследователями тенденцию к стремлению женщин скрыть свою алкоголизацию. Это объясняется важностью для них внешнего социального осуждения подобного явления, а также особенностями воспитания.

На вопрос о том, может ли он отнести себя к “любителям выпить”, 50% студентов-мужчин ответили положительно, остальные затруднились ответить.

Оценивая ситуацию в целом, А.В. Басов [37] отмечает широкое распространение алкоголизации среди студентов-медиков старших курсов, отсутствие четко сформированных антиалкогольных установок у будущих врачей. Сформировавшееся отношение к потреблению алкоголя в структуре психологического статуса окончательно закрепляется при переходе к практике постоянного санкционированного потребления алкоголя. А это происходит уже в период обучения в институте, а не в школе, где потребление спиртных напитков осуждается и преследуется. Именно во время учебы в вузе реализуется закрепление знаний о возможных последствиях “опасного” злоупотребления алкоголем.

Не менее важной проблемой студентов и учащейся молодежи является проблема наркотизации, как показывают различные опросы студентов.

Из комплексных исследований проблем наркотизации, проведенных среди студентов, особое внимание заслуживает опыт НИИ комплексных социальных исследований Санкт-Петербургского государственного университета и службы профилактики наркозависимости Комитета по делам семьи, детства и молодежи администрации Санкт-Петербурга, описанный П.Д. Шабановым и О.Ю. Штакельбергом на основании данных, предоставленных А.А. Козловым [38].

Для опроса респондентов использовалась анкета, состоящая из 84 вопросов. Исследование проведено на обширной территории — 20 районов Санкт-Петербурга. В исследовании принимали участие 7229 интервьюеров. Авторы оценивают, что их исследование охватило примерно 1% молодежи города. Исследователи пытались выяснить уровень наркотизации молодежи, ситуацию с до-

ступностью и возможностью приобретения наркотиков, факторы, влияющие на уровень наркотизации, и на основе полученных данных описать “стратегии построения системы мер антинаркотической направленности, анализ степени личной потребности... молодежи в контакте и помощи служб, занимающихся вопросами профилактики наркозависимости”.

Как показывают авторы исследования, в опросе принимали участие школьники и гимназисты — 52%, 23% — учащиеся лицеев и ПТУ, 15% — студенты и 6% опрошенных имели иной род занятий. После таких социальных проблем, как бедность, рост преступности, безработица, загрязнение окружающей среды наркомания была названа одной из наиболее острых проблем. При этом 47% опрошенных считают, что “наркомания угрожает человечеству”, 40% молодых людей считают, что “наркомания поражает только слабых и проблемных людей” и 63% указали на то, что наркомания угрожает их друзьям. Помимо этого авторы исследования сделали попытку выявить основные заблуждения, касающиеся проблем наркомании, степень адекватности оценки воспринимаемой информации и те факторы, которые влияют на эту оценку. Результаты оказались настораживающими, так как 33,4% респондентов считают, что “наркотик бывает “всерьез” и “не серьезно” (среди них 51,8% — потреблявшие наркотики и 24,3% — не потреблявшие наркотики), и 14,9% считают, что “наркотик делает человека свободным”.

Можно предполагать, что стереотип наркомана как “слабого человека” и установка “мне наркомания не грозит” достаточно часто распространены среди молодежи. А. Bandura (1977), К. Whittaker 1979, S. Geller (1976) исследовали проблему “ожидания собственной эффективности результатов”. Как оказалось, зачастую в результате проявлений алкоголизма, наркомании внешний раздражитель — сам вид бутылки или наркотиков — способен вызвать повышение мыслительной активности и воображения, требующих немедленного удовлетворения путем приема ПАВ.

В случае, когда человек думает о том, что “он никогда не станет наркоманом или алкоголиком”, психологи очень часто сталкиваются с проявлением защитных механизмов по типу отрицания и изоляции [39]. Подтверждение данной теории можно найти в результатах проведенного в Санкт-Петербурге исследования [38], из которого следует, что половина респондентов считает, что наркоман “может отказаться от злоупотребления наркотиками” и 71% считает, что “бывший наркоман может возвратиться в общество полноценным человеком”. Авторы включили в свою анкету истинные и ложные утверждения о наркомании, и, как оказалось, 57,3% опрошенной молодежи не отличают правильного утверждения от неправильного.

Из факторов, способствующих развитию наркомании среди учащейся и неучащейся молодежи, авторы выделили следующие наиболее высокозначимые:

а) проблемы личности, к которым относится частое попадание респондентов в ситуации, кажущиеся безвыходными (56% опрошенных). Эта видимость безвыходности опять-таки заставляет прибегать к механизму “бегства в наркотики” — 10% опрошенных и к алкоголю — 32%. Помимо механизмов защиты, 38% молодых людей испытывают эмоциональные и поведенческие проблемы, низкую самооценку;

б) семейные факторы риска: конфликты с родителями — 56%; оскорбления в семье — 50,5%; психологическое



давление — 45%; безразличие со стороны родственников и физическая агрессия — 15,5%;

в) опасность первой пробы: как оказалось, 53,4% опрошенных продолжали употреблять наркотики после первой пробы.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что профилактическое наркологическое звено среди учащейся молодежи должно в достаточной степени опираться на образовательную, информационную деятельность, направленную не только на информирование о негативных последствиях воздействия наркотических веществ на организм, но и на создание консультативных центров для решения проблем молодых людей. Например, создание в лицеях, техникумах, вузах сети социально-психологических служб, которые достаточно компетентно и своевременно могут предоставлять помощь студентам.

Обобщая итоги проанализированных исследований, можно выделить следующие основные пути преодоления алкоголизации и наркотизации среди медицинских работников:

- последовательное внедрение в медицинских вузах и училищах программ антинаркотического воспитания, включая не только административные меры, но и комплексную систему воспитания и формирования личности будущих специалистов-медиков;
- создание в каждой учебной группе, трудовом коллективе обстановки негативного отношения к любым проявлениям наркотизации и алкоголизации в месте работы;
- обучение и распространение знаний об алкоголизме и наркомании, принципах реабилитации;
- оказание своевременной наркологической помощи медицинским работникам, злоупотребляющим спиртными напитками, и введение профессиональных ограничений для страдающих алкоголизмом врачей на период их лечения и реабилитации.

#### **Организация здорового образа жизни студентов медицинского вуза**

Алкогольная политика является делом всего государства. Однако в ряду последствий алкоголизма на первое место должен быть поставлен вред, наносимый общественному здоровью и здоровью отдельного человека. Поэтому исторически сложилась ведущая роль медицинской общественности в решении не только медицинских, но и других аспектов этой проблемы. Действительно, квалифицированное научно обоснованное решение вопросов борьбы с алкоголизмом возможно лишь при активном участии специалистов-медиков, при глубоком изучении проблемы алкоголизма во всех ее аспектах.

Однако на изучение вопросов социальной и клинической наркологии в медицинских вузах пока выделяется явно недостаточное количество часов. Так, в программах высших медицинских учебных заведений США на проблему алкоголизма отводится меньше 1% учебного времени [40]. Только 27% опрошенных в США врачей считают себя компетентными в лечении больных алкоголизмом [6], хотя еще в конце 60-х годов была обоснована необходимость усиления просветительской работы и преподавания вопросов алкоголизма в колледжах. Были разработаны специальные программы для учителей и врачей. В медицинских школах СИТА в 1976 г. проблемам алкоголизма и злоупотребления лекарствами отводилось только 25,7 ч, в том числе на курсы фармакологии и психиатрии соответственно 4,7 и 12 ч. Тогда же американское меди-

цинское общество признало необходимость введения специализации врачей по вопросам наркологии [41].

Медицинским центром университета в штате Теннесси была разработана программа по выявлению и лечению служащих университета, страдающих алкоголизмом. Программа включает 12 пунктов, регламентирующих проведение соответствующих мероприятий (Spickard W.A., Tucker P.J., 1984). В данной программе алкоголизм определен как состояние, при котором постоянное употребление алкоголя мешает полноценному выполнению служебных обязанностей или (и) наносит вред здоровью.

Согласно программе, каждый служащий университета, страдающий алкоголизмом, обязан обратиться за медицинской помощью (реабилитированными считаются лица, полностью отказавшиеся от употребления алкоголя или употребляющие его эпизодически и не имеющие замечаний по службе). С другой стороны, среди служащих университета выделяются лица, ответственные за активное выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, и направление их на лечение.

Для студентов медицинского факультета университета и будущих медицинских сестер в программу обучения был включен специальный курс "Алкоголизм; клиническая перспектива". В ходе обучения студентам прививается отношение к алкоголизму как к болезни, требующей лечения. Курс включает ознакомление студентов с начальными проявлениями алкоголизма, с возможностями медицинского учреждения по излечению лиц, страдающих алкоголизмом, изучение медико-биологических аспектов отрицательного влияния алкоголя на организм и ряда других вопросов.

Большая результативность действия профилактических программ может быть достигнута включением следующих положений, вменяемых в обязанность руководству университета: выявлять лиц, страдающих алкоголизмом, на ранних стадиях заболевания и побуждать их к лечению; предъявлять ко всем сотрудникам установленные требования в плане выполнения ими служебных обязанностей; содействовать служащим, страдающим алкоголизмом, в получении лечения, вплоть до оплаты госпитализированным части расходов на лечение; гарантировать служащим возвращение на прежнее место работы по окончании ими курса лечения с предоставлением возможности продолжить работу, если ее выполнение будет соответствовать установленным критериям (Spickard W.A., Tucker P.J., 1984).

M.J. Hanlon [42] сделан обзор работ, вышедших в США, главным образом, в 70-е и 80-е годы, в которых освещаются вопросы осведомленности студентов-медиков и врачей по проблемам алкоголизма и их отношение к этой патологии, в частности к возможности излечения больных алкоголизмом, а также состояние подготовленности учащихся отдельных медицинских школ по указанным вопросам. Рассматриваются и оцениваются соответствующие программы. Подчеркивается возросший в последнее время интерес специалистов к этому важному разделу медицины.

Подход медиков к лечению алкоголизма и отношение к его возможным результатам в значительной мере влияет на решение лиц, страдающих алкоголизмом, начать лечение. Между тем врачи и студенты-медики зачастую крайне пессимистически относятся к возможности излечения этого заболевания. В ряде случаев, например, среди работников службы неотложной медицинской помощи такое



отношение к алкоголизму объясняется тем, что при поступлении к ним больных алкоголизмом их состояние диагностируется как психосоциальная дисфункция, в силу чего истинное алкогольное заболевание устанавливается лишь при далеко зашедшей стадии, когда применяемые методы противоалкогольного лечения оказываются малоэффективными.

При опросе группы психиатров, использующих в лечении больных алкоголизмом индивидуальную психотерапию и транквилизаторы, выяснилась слабая эффективность этих методов. Однако отношение к лечению алкоголизма со стороны врачей общей практики, психиатров, социальных работников, медицинских сестер, технических работников, занятых в специализированных отделениях по лечению этой патологии, значительно более оптимистично. По-видимому, для успешного лечения алкоголизма необходимы раннее установление диагноза и осуществление лечения квалифицированным персоналом, имеющим постоянные практические контакты с этим контингентом. Среди медиков пессимистическое отношение к лечению алкоголизма усиливается с ростом их теоретических знаний, касающихся этой патологии; отрицательную настроенность медиков в отношении результативности лечения снижает лишь позитивный клинический опыт. Для успешного лечения алкоголизма на всех уровнях подготовки медицинского персонала необходимо воспитывать гуманистический и оптимистический подход к пациентам, давая возможность специалистам наблюдать такой подход непосредственно в условиях клинической практики.

В работах, посвященных исследованию состояния антиалкогольной подготовки в медицинских школах США, отмечается, что в учебных программах такой подготовке зачастую уделяется мало внимания, к тому же они не отвечают основному принципу подготовки специалистов по лечению алкоголизма, заключающемуся в максимальном использовании клинического и практического подхода в качестве главного метода обучения и преподавания. В большинстве школ вопросы лечения алкоголизма включаются в факультативные программы, обязательные сведения студенты получают на кафедрах психиатрии и фармакологии. Отмечено недостаточное число учебных часов, отводимых на изучение вопросов алкоголизма. Подчеркивается, что во многих медицинских школах США ознакомление студентов с различными аспектами алкоголизма и наркомании весьма слабое. Для улучшения качества обучения в этой сфере необходимо изучение алкоголизма выдвинуть в качестве одной из главных проблем, привлекая для преподавания специалистов по смежным дисциплинам и используя практическое участие студентов в мероприятиях по лечению алкоголизма с демонстрацией излечившихся пациентов.

В медицинских школах США не существует единой программы преподавания вопросов алкоголизма. Многочисленные публикации учебных программ в этой области появились лишь в течение последних 4–5 лет. Отмечается их большое разнообразие, преобладание лекционной формы. Результативность таких программ оценивается с помощью тестов, выявляющих отношение студентов к лечению алкоголизма. Несмотря на полученные знания, студенты считали, что оказание помощи больным алкоголизмом не входит в круг основных обязанностей врача. Они относят алкоголизм к общему разделу хронических заболеваний, тогда как при рациональном лечении вос-

становление нарушенных функций при алкоголизме может быть доведено до значительно более высокого уровня, чем при большинстве хронических заболеваний. Наиболее результативными были программы с высокой насыщенностью практическими контактами с пациентами, страдающими наркоманиями и алкоголизмом. Преодоление пессимистического отношения к результативности мероприятий по борьбе с наркоманиями и алкоголизмом со стороны персонала, осуществляющего медицинскую помощь этим контингентам, крайне важно в комплексе мероприятий по лечению алкоголизма [42].

В литературе появляются сообщения о внедрении конкретных форм и методов антиалкогольной работы со студентами-медиками. К.С. Mills и соавт. [43] описали опыт работы экспериментальной таверны в студенческом общежитии, где проводились безалкогольные “вечера” и разнообразные мероприятия антиалкогольной направленности. Таверну посещали от 66,5 до 93,1% студентов, проживающих в общежитии. Одним из показателей эффективности антиалкогольной работы являлось то, что 33,5% студентов, ею охваченных, заказывают в общественных барах безалкогольные напитки (в контрольной группе 22,4%). В.Н. Hamilton (1985) считает наиболее эффективными формами антиалкогольной подготовки студентов обучение их умению “отказаться от выпивки”, добиваться мышечной релаксации для снятия чувства беспокойства как альтернативы выпивке, а также внутригрупповое воздействие студентов друг на друга. E.R. Shore, P.C. Rivers [44] указывают, что рекомендательный характер антиалкогольной политики университетской администрации более эффективен, чем запретительные меры, которые могут даже стимулировать алкоголизацию.

В студенческом коллективе с использованием плакатов, университетской газеты, радио- и телевизионных средств J. Mckillip и соавт. (1985) проводили кампанию за “ответственное употребление алкоголя”, суть которой сводилась к двум тезисам: “не является неприличным отказаться выпить” и “друзья не должны принуждать друзей пить”. Выборочный опрос студентов (371 интервью, 1113 итоговых анкет) показал, что у них значительно повысилась осведомленность в пропагандируемых темах, однако осталось неизвестным, как это отразилось на их фактическом алкогольном поведении. K. Rawnsley [45] предложил специальную схему антиалкогольной работы с врачами-анестезиологами, которые, по его мнению, являются группой повышенного риска с точки зрения развития алкоголизма.

В 1978 г. во Франции создано Французское общество алкогологии, включившее врачей разных профилей: терапевтов, гастроэнтерологов, психиатров, представителей теоретических дисциплин, специалистов по профессиональной гигиене, а также юристов, экономистов, социальных работников. На первом этапе была поставлена задача добиться единства действий всех специалистов в борьбе с употреблением алкоголя и его последствиями [46]. Авторы предлагают ввести преподавание алкогологии на медицинских факультетах Франции.

С 1986 г. в Норвегии действует курс последипломной подготовки по проблемам алкоголизма и наркомании для работников первичного звена здравоохранения: врачей общей практики, психологов, социальных работников. Курс рассчитан на 40 часов и занимает 5 дней. Тематика занятий отличается большой широтой. Рассматриваются вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения ал-

коголизма, соматических осложнений, особенностей заболевания у женщин, биохимические маркеры алкоголизма, связь со СПИДом и др. Последние 1,5 дня отводятся на практическое обучение методике интервьюирования больного и лечения алкоголизма (Fauske S., 1988).

Можно выделить некоторые особенности организации антиалкогольной работы со студентами-медиками в российских вузах:

1) имеющаяся “базовая” информация о вреде алкоголя на организм человека создает своеобразный “иммунитет”, толерантность, “невосприимчивость” к новой, дополнительной информации; такая “перегрузка” может формировать определенный скепсис, что, естественно, снижает эффективность пропаганды;

2) наличие определенного рода негативных традиций и установок в среде медиков;

3) попытки “научного” обоснования целесообразности употребления алкоголя (“антистрессор”, “средство, идентичное эндогенному этанолу” и т.д.);

4) облегченный доступ к этанолу и спиртосодержащим препаратам во время практики в лечебно-профилактических учреждениях.

Все это снижает эффективность проводимой стандартными формами и методами противоалкогольной работы и заставляет искать новые, более дифференцированные подходы к антиалкогольной пропаганде среди данного контингента — молодежи.

Можно выделить следующие целевые задачи антиалкогольного воспитания студентов-медиков: дать студентам целостную систему знаний по социальной и клинической наркологии; по системе профилактики наркологических заболеваний и формированию здорового образа жизни людей; обеспечить формирование трезвеннических установок и организацию общественного движения против наркотиков и злоупотребления алкоголем среди студентов; повысить социальную активность студентов, потребность в самореализации и самоактуализации.

К сожалению, масштабы, глубина и координирование в преподавании наркологии, мультидисциплинарный подход к этой проблеме в медицинских вузах еще не стоят на достаточно высоком уровне, отвечающем остроте и важности проблемы. Например, среди студентов 3-го курса как медицинских, так и гуманитарных факультетов (2000—2001 гг.) на вопрос о том, является ли алкоголизм неизлечимым заболеванием, утвердительно отвечали 4 из 60 чел. Остальные считали, что алкоголизм является излечимым и что человек, которому поставлен диагноз “алкоголизм”, впоследствии “может научиться употреблять алкоголь в разумных пределах”. Примерно столько же процентов студентов считают, что наркомания является излечимым заболеванием. Студенты путают понятия *ремиссия* и *излечение*, считая отказ от алкоголя и поддержание абстиненции излечением от алкоголизма. Многие из студентов не понимают проблемы созависимости, считая, что первостепенное значение в алкоголизме отводится биологическим и физиологическим нарушениям.

Нами был разработан комплексный подход к противоалкогольной работе со студентами-медиками. Программа противоалкогольной работы включала следующие мероприятия, проводимые в течение учебного года: семинары для преподавателей и студенческого актива; перестройку лекций и практических занятий с учетом преподавания студентам наркологической тематики; систематические публикации в институтской газете; специальные выстав-

ки и стенды новейшей литературы по проблеме алкоголизма в библиотеке; кинолекторий для студентов; выставки и фотовитрины в общежитиях; привлечение студентов к патронированию семей больных хроническим алкоголизмом, а также к чтению лекций и проведению бесед противоалкогольного плана среди населения; оформление студентами санбюллетеней по противоалкогольной тематике в ходе практических занятий в клиниках, проведение конкурсов на лучший санбюллетень; написание студентами рефератов по проблеме алкоголизма и выполнение этой темы в учебной и научно-исследовательской работе студентов (УИРС и НИРС) в адекватных формах на каждой кафедре.

Рабочая гипотеза предполагала обнаружение статистически значимой положительной динамики в нравственных оценках и установках студентов по вопросам алкоголизации в ходе развертывания противоалкогольной пропаганды. До начала работы и после ее завершения (через год) было проведено анкетирование студентов разных курсов. Анализ результатов исследования (ниже в скобках даны цифры повторного опроса) показал, что положительно относятся к возможности употребления спиртных напитков по праздникам 92% студентов, при встрече с друзьями — 66,9%, со стипендии — 5,5%, в выходные дни — 4,4%.

Общественное мнение студенческих групп в отношении алкоголизации распределялось по следующей шкале: нетерпимое — 3,4%, критичное — 44,4%, неопределенное — 0,7%, не критичное — 43,6%, положительное — 7,9%. Среди мотивов алкоголизации наиболее часто студенты отмечали следующие: “за компанию” — 36,7% (17,7%), “по традиции” — 22,7% (41,4%), “для настроения” — 4,7% (12,1%), “чтобы развеселиться” — 5,4% (0), “чтобы снять напряжение” — 3,5% (0), “как все” — 3,5% (0,9%).

Одну из ведущих ролей в борьбе с пьянством и алкоголизмом призвана играть активная противоалкогольная работа среди студентов.

Как же студенты оценивали разные ее формы в 1990 г.? Смотрели передачи противоалкогольной тематики по телевидению 72,1% (76,1%) опрошенных, из них негативно оценивали эти передачи 20,7% (15,7%). Слушали соответствующие передачи по радио 38,1% (46%), из них негативно воспринимали информацию 22,2% (11,4%). Читали плакаты и санбюллетени по противоалкогольной пропаганде 46,7% (72,6%), негативно оценивали эту форму 18,8% (11,3%). Читали антиалкогольные брошюры и статьи 57,2% (65%), негативно оценивали их 8,5% (0), посещали лекции и беседы. 46,1% (61%), негативно оценивали эту форму 12,6% (13,1%). Таким образом, существующие методы противоалкогольной пропаганды, не адаптированные для студенческой аудитории, встречают существенное сопротивление со стороны объекта воздействия, что может приводить к формированию нравственного формализма. Из числа опрошенных студентов принимали участие в беседах и диспутах по вопросам алкоголизма: а) дома — 58,4% (76,7%) юношей и 59,6% (69,7%) девушек; б) в учебной группе — 44,5% (66,7%) и 47,8% (56,3%) соответственно; в) в общественных местах — 35% (45%) и 30,9% (45,4%) соответственно. Признаются, что задумывались о последствиях пьянства и алкоголизма 65,9% (95,6%) юношей и 92,6% (95,1%) девушек; считают себя подготовленными к противоалкогольной пропаганде среди населения 35,8% (46%) и 25% (24,6%), а реально принимать участие в этой пропаганде так или иначе при-

ходило 41,3% (36,1%) и 31,1% (47,7%) соответственно. Таким образом, из числа студентов, которые привлекаются к противоалкогольной работе среди населения, около 6% не считают себя к ней подготовленными, не говоря уже о более тонких вопросах, касающихся их убеждений и установок.

По мнению опрошенных, занимаются подготовкой студентов к противоалкогольной пропаганде кафедры: психиатрии (25,8%), фармакологии (11,2%), акушерства и гинекологии (11,2%), общей терапии (6,7%), факультетской терапии (5,3%), факультетской хирургии (3,7%), туберкулеза (3%), социальной и общей гигиены (3%), общей хирургии (2,6%), кожно-венерических заболеваний (2,3%), патологической физиологии (1,1%); 19,1% студентов не смогли указать ни одной кафедры, где бы освещались проблемы социальной и клинической наркологии.

Анализ полученных материалов обнаружил положительную динамику целого ряда показателей в результате проведенной противоалкогольной работы. Так, возрастает активность студентов в восприятии информации противоалкогольного содержания, они чаще смотрят и слушают соответствующие передачи по телевизору, радио, посещают лекции и беседы, читают брошюры и статьи. Студенты чаще включались в диспуты и беседы, затрагивающие рассматриваемую проблему, дома, в учебной группе, общественных местах. Уменьшается скептическое отношение к различным формам и методам противоалкогольной пропаганды, обыденное мышление в восприятии проблемы вытесняется научными и глубоко сознательными представлениями.

В результате проделанной работы сужается фронт “алкогольной экспансии” юношей в отношении девушек на фоне растущей “алкогольной эмансипации” последних.

Значительно расширилась тематика научно-исследовательских работ студентов и молодых ученых по проблемам наркологической превентологии. Это не только исследования и разработка практических тем по первичной профилактике алкоголизма, но и предупреждение распространения наркомании и токсикомании среди школьников и подростков, беременных женщин. Печально, но темы исследований, связанные с наркотическим абстинентным синдромом плода, алкогольным и табачными синдромами новорожденных не являются сегодня редкостью среди неонатологов Архангельска.

На основании проведенного исследования в СГМУ была доработана и утверждена в Министерстве здравоохранения комплексная координированная программа преподавания основ профилактики вредных привычек в медицинском вузе и изданы методические рекомендации по организации антиалкогольного воспитания студентов-медиков.

В 2000 г. сотрудником СГМУ В.Н. Неверовым были опрошены более 3000 студентов ряда гуманитарных вузов Московской области. Опрос проводился по той же анкете “Как я отношусь к употреблению ПАВ”, которая применялась в 1990 г. Были получены сопоставимые результаты, отражающие десятилетнюю динамику.

В 1990 г. наиболее частым (67%) мотивом употребления алкоголя были праздничные застолья. Эта причина и сейчас называется не на-

много (на 5%) реже. В то же время резко увеличилось количество выпивок при встречах с друзьями (с 5 до 24%) и исчезли ответы о роли стипендии — большинство студентов обучается на коммерческой основе и стипендии не имеет.

Достаточно значимы в определении мотивов различия по полу и возрасту. Так, молодые мужчины предпочитают алкоголь и курение в праздники и в “любое время”. В выходные дни это желание не играет существенной роли. В возрасте 25 лет и старше употребление алкоголя по праздникам становится реже, но увеличивается интерес к выпивке с друзьями по выходным и в “любое время”. В то же время отрицается курение.

Во всех возрастных группах девушки являются своеобразными лидерами в праздничных застольях, но менее склонны к дружеским выпивкам и охотно курят (25–50%). Табак в нашей стране считается безобидным удовольствием (чему способствует привлекательная реклама табачных изделий как в средствах массовой информации, так и в транспорте, на улицах и т.д.), хотя студенты информированы о его вредном воздействии на организм.

Сравнение с данными 1990 г. свидетельствует о повышении своего рода востребованности ПАВ “с целью снять напряжение” (с 4 до 25%) и “для настроения” (с 17 до 26%) при понижении выпивок “за компанию” (с 36 до 17%).

Первичная профилактика всех видов зависимости от ПАВ соответствует современной концепции здорового образа жизни, и здесь на первом месте стоит уровень знания по проблеме. Информацию о негативном влиянии ПАВ современный молодой человек может получить из разнообразных источников: телевидения, радио, бюллетеней и плакатов, статей, книг, специальной литературы. Причем девушки отдают предпочтение TV и специальной литературе, мужчины — TV и радио. В возрастном аспекте сохраняется тот же характер ответов. На первом месте стоит информация по TV, однако интерес к ней в 17–20 лет проявилось 42%, а в 21–30 лет — 34% опрошенных. С возрастом повышается заинтересованность в данных по проблеме в статьях и другой специальной литературе (с 24 до 35%), оценка этой информации увеличивается с 2 до 3 баллов.

В 1990 г. активная антинаркотическая (в основном антиалкогольная) пропаганда имела больший успех, все показатели были выше по сравнению с 2000 г. в 1,5–2 раза (рис. 1).

Интерес молодых людей к информации о ПАВ снижается: если 10 лет назад проблему существенной и важной для себя считали все студенты, то сейчас — только 30%. Обсуждают эти вопросы дома 27% опрошенных студентов, в учебной группе — 31, с товарищами — 12 (рис. 2).

За 10 лет существенно повысилась толерантность студенчества к проблемам употребления ПАВ, и это понятно, если учесть, что в среднем каждый третий студент

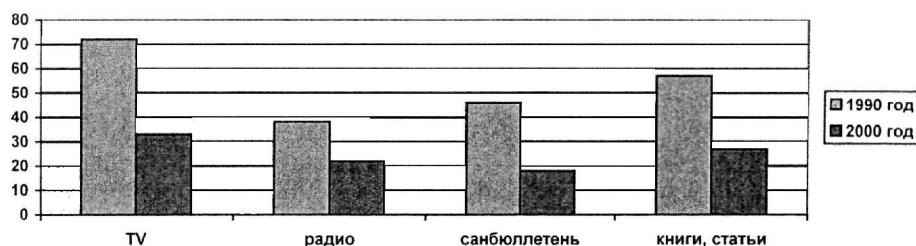


Рис. 1. Сравнительная характеристика роли различных форм антинаркотической пропаганды среди студентов (в % от числа опрошенных)

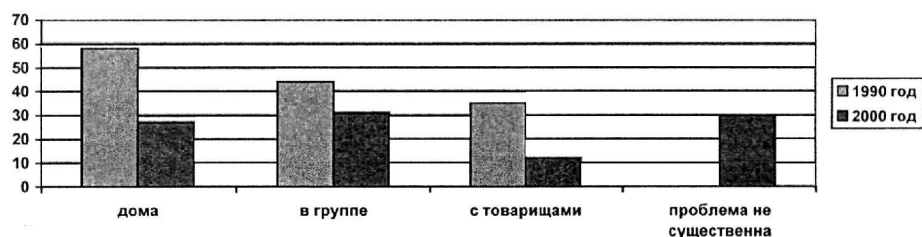


Рис. 2. Сравнительная характеристика участия студентов в обсуждении проблемы употребления ПАВ (в % от числа опрошенных)

пробовал наркотики. Именно поэтому сегодня требуется качественный пересмотр всей воспитательной работы в школе и вузе.

Работа по профилактике девиантного поведения студентов в вузе сегодня является задачей №1 еще и потому, что изменилась концепция образования. Сегодня вуз — это комплекс подразделений довузовского образования (колледжи, лицеи), вузовское образование (дневное, заочное, очное, вечернее, дистанционное) и послевузовское. Естественно, что только при поддержке со стороны самих студентов и преподавателей можно говорить о системе профилактической работы, а не только о декларации запрещения курения и распития спиртных напитков.

Противоалкогольное воспитание студентов может быть эффективным и действенным лишь при условии, если оно станет частью идейно-воспитательной работы и будет органически включено в учебный процесс. В системе профилактики алкоголизации среди студентов, по-видимому, не может быть главных и второстепенных, ведущих и вспомогательных звеньев. Все они имеют самостоятельное значение. Поэтому эффективность антиалкогольного воспитания в вузе — это вопрос комплексности, последовательности и преемственности усилий всех кафедр и служб в рамках единой общеинститутской программы утверждения здорового образа жизни, без алкоголя, наркотиков и сигарет.

В 2002 г. в Северном медуниверситете был организован отдел социальной защиты, курирующий психологическую и социологическую службы вуза, телефон доверия, институт кураторов на I-х курсах, программы пропаганды здорового образа жизни сотрудников и студентов. Студенты факультетов социальных работников и клинической психологии в течение учебного года работают по программам этого отдела, освобождаясь от летней практики и аккумулируя накопленный опыт в курсовых и дипломных работах.

Проблема антиалкогольного и антинаркотического воспитания актуальна в настоящее время еще в большей степени, чем в прежние годы, что связано с социально-экономическими переменами, отразившимися на распространении вредных привычек среди молодого поколения, особенно среди лиц с неустойчивой психикой и неустроенной судьбой.

С 1985 г. по 1988 г. А.В. Ляховичем были проведены исследования по формированию гигиенического воспитания молодежи, в которых особое место уделялось изучению наркотизма, опрошено около 1500 студентов вузов (среди них Московский энергетический институт, Латвийский госуниверситет). Как оказалось, и в МЭИ, и в Латвийском университете студенты-первокурсники отрицали возможное причинение вреда организму при употреблении небольших доз алкоголя, при этом 19% опрошенных считали, что употребление небольших доз алкоголя не мешает занятию спортом. Наибольшее отрицание

вызвало утверждение о том, что алкоголь даже в небольших количествах вредно влияет на нервную систему и интеллект. Как считают специалисты Минздрава, “молодежь не имеет квалифицированной информации, а пользуется случайными сведениями, не имеет внутренней убежденности для неприятия того стиля поведения, который допускает “культурное потребление алкоголя”.

Как показало исследование, 46,6% опрошенных юношей и 42,2% опрошенных девушек в МЭИ употребляют алкоголь. В ЛГУ эти цифры составили 66,7 и 27,6% соответственно (Ткаченко Г.Б., 2000). В результате проведения исследования в МГПИ была апробирована программа “Профилактика пьянства, наркомании, токсикомании и СПИД”. Данная программа была предназначена специально для студентов вузов и рассчитана на 10 лекций, 5 практических занятий, сопровождаемых показом видеофильмов.

Еще одна прекрасная идея была выдвинута в 90-е годы. Эта идея называлась “Здоровье через образование”. Эта программа предусматривала формирование здорового образа жизни среди студентов путем внедрения гигиенического воспитания в учебный процесс при помощи всех управленческих структур различного уровня.

Так в Башкирском педагогическом институте (БГПИ) и Башкирском госуниверситете (БГУ) была апробирована программа “Гигиеническое воспитание и здоровье”. Эта программа носила не только информативный, но и образовательно-педагогический характер. Как оказалось, до 68,6% студентов БГПИ и до 80,8% студентов БГУ употребляли алкогольные напитки до внедрения программы. После проведения программы число студентов, ограничивающих потребление алкоголя, снизилось до 10,2% (Ткаченко Г.Б., 2000).

Серьезная работа по привлечению студентов к профилактике употребления ПАВ среди молодежи проводится в Омске. В рамках этой программы студенты Омской медицинской академии принимают участие как лекторы-волонтеры в просветительной работе в общеобразовательных учреждениях. Для них организованы группы личностного роста и проводятся круглые столы (Бабичева Л.Л., 1999).

Интересным представляется опыт по внедрению профилактических программ. Например, в широко известном университете МГИМО разработана и проводится целевая профилактическая “Программа медико-социальных мероприятий среди студентов” (авторы И.А. Логинов, А.Е. Бобров, Н.Б. Романцева, 1997). Цель программы — предупреждение употребления наркотиков студентами института и полное прекращение в тех случаях, когда приобщение произошло. Основными направлениями работы являются:

- 1) разъяснительные и просветительные мероприятия, опирающиеся на современные представления о наркомании как биопсихосоциальном явлении, тесно связанном с проблемами психического здоровья. Помимо дискуссий и лекций планируется включение семинаров по психопрофилактике среди студентов I-го курса;

- 2) выявление студентов с повышенным риском потребления наркотиков — диспансеризация и выборочные обследования студентов. Определенный контингент студентов будет попадать по направлению врачей-терапевтов

и других специалистов. Планируется проведение скрининговых обследований студентов;

3) психопрофилактическая и психокоррекционная работа со студентами, входящими в группу риска, — основана на индивидуальном динамическом наблюдении, осуществлении повторных наблюдений, проведении групповой терапии.

В ходе реализации программы была проведена конференция “Студенчество без наркотиков: мировой и российский опыт”.

В заключение необходимо отметить, что распространенность алкоголизма и наркомании у медицинского сообщества в целом не отличается от распространенности в любой субпопуляции. Однако течение и проявления зависимости имеют некоторые профессиональные особенности, связанные, прежде всего с высокой латентностью симптоматики и возможностями самопомощи. В то же время очень часто наркотизация и алкоголизация врачей и студентов медицинских вузов связана с риском суицида.

Сложность раннего выявления алкогольной или наркотической зависимости у врачей, особенно у женщин-врачей, обуславливает злокачественность прогноза при лечении алкоголизма или наркомании у данной профессиональной категории даже в случае лечения в антиалкогольном или антинаркотическом центре.

Антиалкогольная и антинаркотическая работа в медицинском вузе должна стать приоритетом воспитательной деятельности. Необходимо подчеркнуть важность мобилизации в наркологии достойных представителей врачебного цеха. Врач-нарколог, противостоящий социальной болезни, должен быть яркой и гармоничной личностью, носителем здорового и социально активного образа жизни.

### Список литературы

- Gallegos K., Talbott D. Physician and other health professionals // *A Comprehensive Textbook*. — S. 1., 1999. — P. 744-753.
- Hays L.R., Cheever T., Patel P. Medical student suicide, 1989-1994 // *Amer. J. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 153, №4. — P. 553-555.
- Lindeman S., Laara F. Suicide mortality among medical doctors in Finland: Are females more prone to suicide than their male colleagues // *Psychol. Med.* — 1997. — Vol. 27, №5. — P. 1219-1222.
- Robins L. Assessing substance abuse and other psychiatric disorders: history of problems, state of affairs // *NIDA Res. Monogr.* — 1991. — Vol. 105. — P. 203-212.
- Bissell L. Alcoholism in physicians. Tactics to improve the salvage rate // *Postgrad. Med.* — 1983. — Vol. 74, №1. — P. 177-187.
- Niven R.G., Hurt R.D., Morse R.M., Swenson W.M. Alcoholism in physicians // *Mayo Clin. Proc.* — 1984. — Vol. 59, №1. — P. 12-16.
- Rawnsley K. Alcoholic doctors // *Alcohol Alcohol.* — 1984. — Vol. 19, №3. — P. 257-259.
- Тихомирова Л.Ф. Распространенность вредных привычек среди врачей // *Актуальные проблемы профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр.* — Ярославль, 1985. — С. 27-29.
- Мельников В.Ф., Сырейщиков В.В., Никитина Н.Б. Некоторые социально-правовые вопросы взаимоотношений между наркологическими учреждениями и промышленными предприятиями // *Актуальные проблемы профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр.* — Ярославль, 1985. — С. 82-87.
- Мельников В.Ф., Сырейщиков В.В. Об организации работы передвижных наркологических пунктов и кабинетов // *Труды V Всерос. съезда невропатологов и психиатров.* — М., 1985. — Т. 1. — С. 170-175.
- Decrueq J., Sand E.A., Florent D., Lannoy M. Etude sue la consommation de boissons alcoolisées dans un échantillon d'étudiants de la ville de Bruxells // *Arch. belges Med. soc.* — 1976. — Vol. 34, №1. — P. 32-38.
- Battistich V.A., Huffman S. Psychoactive drug use in a Midwestern high school: extent of current use and future trends // *Int. J. Addict.* — 1978. — Vol. 13, №6. — P. 975-980.
- Celentano D.D., McQueen D.V. Comparison of alcoholism prevalence rates obtained by survey and indirect estimators // *J. Stud. Alcohol.* — 1978. — Vol. 39, №3. — P. 420-434.
- Celentano D.D., McQueen D.V. Reliability and validity of estimators of alcoholism prevalence // *J. Stud. Alcohol.* — 1978. — Vol. 39. — №5. — P. 869-878.
- Oshodin O.G. Alcohol abuse: a case study of secondary school students in a rural area of Benin District, Nigeria // *Drug Alcohol Depend.* — 1981. — Vol. 8, №3. — P. 207-213.
- Reiskin U., Wechsler H. Drinking among college students using a campus mental health center // *J. Stud. Alcohol.* — 1981. — Vol. 42, №9. — P. 716-724.
- Harford T.C., Spiegler D.L. Developmental trends of adolescent drinking // *J. Stud. Alcohol.* — 1983. — Vol. 44, №1. — P. 181-188.
- Rooney J.F. The influence of informal control sources upon adolescent alcohol use and problems // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* — 1982 — 83. — Vol. 9, №2. — P. 233-245.
- Clark C.D., Daugherty S.R., Zeldow P.B. et al. Alcohol use patterns of first-year medical students: II. Psychosocial characteristics associated with drinking level // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1986. — Vol. 10, №1. — P. 65-70.
- Soucif M.I., Darweesh Z.A., Hannourah M.A. et al. The extent of drug use among Egyptian male university students // *Drug Alcohol Depend.* — 1986. — Vol. 18, №4. — P. 389-403. Wagner C. 1987
- Engs R.C., Hanson D.J. University students' drinking patterns and problems: examining the effects of raising the purchase age // *Public Health Rep.* — 1988. — Vol. 103, №6. — P. 667-673.
- Poldrugo F., Modonutti G.B., Buttolo R. Attitudes toward alcoholism among Italian future teachers and health professionals // *Drug Alcohol Depend.* — 1986. — Vol. 17, №1. — P. 31-36.
- Snortum J.R., Kremer L.K., Berger D.E. Alcoholic beverage preference as a public statement: self-concept and social image of college drinkers // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol. 48, №3. — P. 243-251.
- Lamontagne Y. Alcohol and drug consumption in students at the college level. A 1978-1984 comparison / Y. Lamontagne, R. Elie // *Union Med. Can.* — 1985. — Vol. 114, №8. — P. 652-657.
- Engs R.C. Drinking patterns and attitudes toward alcoholism of Australian human-service students // *J. Stud. Alcohol.* — 1982. — Vol. 43, №5. — P. 517-531.
- Engs R.C. Medical, nursing, and pharmacy students' attitudes towards alcoholism in Queensland, Australia // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1982. — Vol. 6, №2. — P. 225-229.
- Kinney J., Bergen B.J., Price T.R. A perspective on medical students' perceptions of alcoholics and alcoholism // *J. Stud. Alcohol.* — 1982. — Vol. 43, №5. — P. 488-496.
- Carman R.S., Fitzgerald B.J., Holmgren C. Alienation and drinking motivations among adolescent females // *J. Pers. Soc. Psychol.* — 1983. — Vol. 44, №5. — P. 1021-1024.
- Carman R.S., Fitzgerald B.J., Holmgren C. Drinking motivations and alcohol consumption among adolescent females // *J. Psychol.* — 1983. — Vol. 114, 1st Half. — P. 79-82.
- Gardner R., Wilsnack S.C., Slotnick H.B. Communication, social support and alcohol use in first-year medical students // *J. Stud. Alcohol.* — 1983. — Vol. 44, №1. — P. 188-193.
- Peterson J.S., Allen H.A. Internal-external control and motivations for alcohol use among college students // *Psychol. Rep.* — 1983. — Vol. 52, №3. — P. 692-694.
- Chomak S., Collins R.L. Relationship between sexrole behaviors and alcohol consumption in undergraduate men and women // *J. Stud. Alcohol.* — 1987. — Vol. 48, №3. — P. 194-201.
- Shore E.R. Knowledge of alcohol effects among women and men employed in business and professional occupations // *Addict. Behav.* — 1985. — Vol. 10, №1. — P. 109-112.

34. Рахальский Ю.Е., Богомолов Л.Л., Жирков Р.П., Саньков А.Н. Социально-психологические и клинические данные об алкоголизации молодежного коллектива // Патогенез алкоголизма. — Орск, 1977. — С. 56-61.
35. Менделевич Д.М., Яхин К.К., Муравьев А.А. Некоторые аспекты противоалкогольной пропаганды среди студентов // Клинические аспекты алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — М., 1982. — С. 114-119.
36. Миневич В.Б., Прядухин Ю.И. Частота употребления алкоголя студентами // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Респ. сб. науч. тр. — М., 1985. — С. 37-60.
37. Басов А.В. Особенности потребления алкоголя студентами-медиками старших курсов // Актуальные проблемы профилактики пьянства и алкоголизма: Респ. сб. науч. тр. — Ярославль, 1985. — С. 24-27.
38. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патофизиология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 367 с.
39. Domachowski W., Talar M. Occupational therapy in the therapeutic community of a psychiatric department // Psychiatr. Pol. — 1984. — Vol. 18, №3. — P. 257-262.
40. Korcok M. How can we teach students about alcoholism? // Can. Med. Assoc. J. — 1984. — Vol. 130, №3. — P. 305-308.
41. Galanter M. Postgraduate certification in alcohol and drug dependence // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1985. — Vol. 9, №5. — P. 387-389.
42. Hanlon M.J. A review of the recent literature relating to the training of medical students in alcoholism // J. Med. Educ. — 1985. — Vol. 60, №8. — P. 618-626.
43. Mills K.C., Bisgrove E.Z. Body sway and divided attention performance under the influence of alcohol: dose-response differences between males and females // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1983. — Vol. 7, №4. — P. 393-397.
44. Shore E.R. Knowledge of alcohol effects among women and men employed in business and professional occupations // Addict. Behav. — 1985. — Vol. 10, N1. — P. 109-112.
45. Rawnsley K. Alcoholic doctors // Alcohol Alcohol. — 1984. — Vol. 19, N3. — P. 257-259.
46. Hillemand B., Joly J.P., Lhuintre J.P. From alcoholism to alcoholology. Relations with internal medicine // Rev. Med. Interne. — 1985. — Vol. 6, №4. — P. 361-372.

# THE PECULIARITY OF ALCOHOL AND NARCOTIC SUBSTANCES USING AMONG PHYSICIAN AND STUDENTS

SIDOROV P.I. Academician, RAMS. Professor, rector of North Medical University,  
Arkhangelsk

*The physician and medical and nonmedical students are the high risk professional groups in relation to alcohol and drug addiction. The peculiarity of clinic pathogenesis, prognosis and treatment of alcoholism among doctors and students are discussed.*