

Борьба с пьянством, как указывает И.Н.Пятницкая (1988), имеет многовековую историю. «Шумер и Ассирия. Египет, Древний Китай, Древняя Греция и Республиканский Рим — всюду мы видим нравственное осуждение злоупотребления спиртными напитками и законодательные меры по отношению к пьяницам» [I.e. 250]. В современном социологическом понимании алкоголизация представляет собой один из видов связанного со здоровьем поведения, анализ которого может быть адекватно осуществлен на основе двух «ключевых» категорий — социальных норм и социальных ресурсов.

Связанные со здоровьем нормы — специфические паттерны превентивных действий, воспроизводящихся практик здоровья и поведения по преодолению жизненных трудностей. Ресурсы здоровья — когнитивные и нормативные элементы, ассоциированные с соответствующим поведением, и объединяемые концептом культуры здоровья. Кроме того, они ассоциированы и с личностью, и с ближайшим социальным окружением.

Связанное со здоровьем поведение группы контролируется социальной системой тремя видами процессов — коммуникацией, использованием власти и санкциями. Индивидуальная включенность в систему контроля обеспечивается корреспондирующими значениями когнитивной и эмоциональной подструктур личности и элементов социальной структуры, интернализованных индивидом. Кроме того, связанное со здоровьем поведение управляется и мотивацией здоровья, то есть связанными со здоровьем потребностями и стремлениями индивида или целями коллективов.

Когнитивные, эмоциональные и мотивационные детерминанты поведения воспринимаются и заучиваются, а также модифицируются в течение жизненного цикла. Социальная система структурирует связанное со здоровьем поведение двумя путями: (1) в процессе социального научения; (2) путем контроля [2].

Отсюда вытекает разделение всех превентивных мер в отношении алкоголизации

на просветительско-воспитательные и запретительно-ограничительные, а также меры, основанные на использовании социальных сетей. Практически весь набор подобных мер был известен уже в конце XIX - начале XX веков. Так, В.М.Бехтерев в 1912 г. рассматривал изъятие алкоголя из свободной продажи; проповедь воздержания от спиртных напитков; замещение водки на рынке слабыми напитками естественного брожения; предоставление возможности сельским сходам постановлять приговоры к закрытию водочных и пивных лавок; обеспечение населению возможности одновременного потребления со спиртными напитками и пищевых продуктов, широкое распространение безалкогольных напитков; социально-экономические условия и социальные же меры борьбы [3].

Ф.Ф.Эрисман в 1897 г. подчеркивал значение алкоголизации в семьях для здоровья детей, настаивал на исключении алкоголя из детского питания и педиатрической практики, предлагал систему мер, направленных на семью, школу и высшие учебные заведения, включая развитие добровольных студенческих обществ трезвости, с целью ограждения молодежи от пагубного влияния алкоголя [4].

Л.О.Даркшевич в работе 1900-го года предложил помещать алкоголиков — «дегенерантов», не годных для жизни в обычных условиях, в особого типа приюты-колонии, независимо от их личного желания и на началах исправительных заведений или работных домов, то есть принудительно. Автор утверждал: «Нам нужны не подражания немецким учреждениям; нам нужны учреждения, соответствующие быту и духу местного населения» [5. с. 266].

Все эти меры представлялись настолько разумными и очевидными, что выдающийся отечественный физиолог Н.Е.Введенский в 1915 г. категорически настаивал на недопустимости растраты денег на научные исследования в этой области, отвлекающие внимание от практических вопросов борьбы с пьянством как общественным злом [6]. Радикально иную позицию занял В.М.Бехтерев, настаивая на том, что эта борьба должна вестись «... под руководством вырабатываемых наукою данных» [3 с. 80].

Вся история борьбы с алкоголизмом в XX веке, которую пользуясь определением Р.Nathan [7], можно назвать историей неудач, и которая, по существу, является историей

применения всех названных мер, подтвердила правоту В.М.Бехтерева в этой дискуссии. Современное состояние научных представлений о социальном контроле в сфере употребления алкоголя характеризуется, с одной стороны, большей дифференцированностью, хотя и в отношении того же самого круга мер, а с другой стороны, различной приоритетностью тех или иных мер в зависимости от принимаемой теоретической модели алкоголизации.

Медицинская модель рассматривает лиц, злоупотребляющих алкоголем, как ставших в результате этого больными, и требующими лечения. Конечно, в рамках медицинской модели выделяется и группа тяжело пьющих, но не испытывающих болезненного пристрастия к алкоголю. Они «... пьянствуют вследствие отсутствия у них духовных интересов, моральной распущенности, неумения организовать свой досуг» (КСтрельчук [8, с. 354]).

На основе медицинской модели, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, выделяются три ступени профилактики алкоголизма. Первичная профилактика направлена на предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма, и включает систему запретов и наказаний, санитарное просвещение и выявление групп повышенного риска. Вторичная профилактика охватывает аспекты комплексного лечения с последующими курсами противорецидивной терапии, а третичная профилактика — социальную реабилитацию и реадaptацию больных [9]. Существует и другой подход к разделению профилактики аддиктивного поведения, когда к первичной профилактике относят меры, направленные на все население, ко вторичной профилактике — выявление групп риска, а к третичной профилактике — лечение и реабилитацию заболевших. В общем, только первичная профилактика является профилактикой в полном смысле этого слова, так как другие ее виды можно назвать профилактикой условной или запоздалой (по: [10] ее. 111 и след.)

Поведенческая модель основывается на понимании алкоголизма не как исключительной особенности некоей аберрантной общественной группы, а как одного из полюсов континуума между полной абстиненцией и тяжелым пьянством [11]. Как поведенческое расстройство алкоголизм легко описывается через различные поведенческие характеристики, подобные частоте или количеству в употреблении

алкоголя, ассоциированными поведенческими дисфункциями. Соответственно, поведенческие факторы имеют основное значение в этиологии алкоголизма [12].

Превентивные стратегии, исходящие из поведенческой модели алкоголизма, строятся на основе трех главных теоретических моделей: (а) социокультуральной — энвайронментальной; (б) распределения употребления в популяции; (в) общественного здоровья [7].

Социокультурная модель обосновывается тем, что во всех обществах, где известен алкоголь, его употребление регулируется детально разработанным набором культуральных норм. Пьянство определяется и ограничивается в соответствии с фундаментальными культурально детерминированными мотивами, сопряженными с сохранением существующего социального порядка.

Алкоголь в рамках этой модели рассматривается как культуральный артефакт, поскольку даже поведенческие и эмоциональные следствия употребления алкоголя регулируются культуральными ожиданиями. Алкоголизация служит и своего рода «социальной пунктуацией» для отличия отдельных социальных контекстов и субгрупп. В сложных современных обществах паттерны алкоголизации в каждой субгруппе отражают ее особые культуральные характеристики [13].

В американском национальном исследовании [14] вариация употребления алкоголя была больше связана с социальным окружением и культурой, чем с медицинскими или психологическими проблемами индивидов. Отсюда меры профилактики направлены на изменение превалирующих социальных аттитюдов и норм, регулирующих употребление алкоголя.

Модель распределения употребления исходит из зависимости между уровнем потребляемого на одного человека алкоголя и количеством тяжело пьющих. Эта зависимость, описываемая логнормальным распределением, была выявлена Ledermann. Согласно ей, при ежедневном употреблении 150 гр. абсолютного (100%) алкоголя на каждого члена общности, потребление в общности будет таким же, как у пациентов, помещенных на стационарное лечение по поводу алкоголизма. Конечно, трудно говорить на основании подобной зависимости о конкретном количестве тяжело пьющих в популяции, поскольку различные виды связанного с алкоголизацией поведения

представлены в популяции крайне неравномерно.

При общем низком уровне потребления эта неопределенность повышается, а те, кто употребляет «средние» 150 гр. алкоголя значительно девируют от социокультуральных норм употребления. Основанная на данной модели превентивная стратегия направлена на снижение уровня душевого потребления алкоголя, что должно снижать уровень тяжелого пьянства и алкоголизма. В реальности при использовании этой стратегии не удастся предотвратить социо- и психопатологические манифестации злоупотребления алкоголем.[15].

Модель общественного здоровья заимствована из эпидемиологии инфекционных заболеваний, и включает три основных «звена»: «хозяина», повреждающего «агента» и окружения. С «хозяином» связаны, главным образом, конституциональные факторы влияния алкоголя (пол, возраст, генетический набор и личностные особенности). Окружение рассматривается очень широко, и включает в себя климатические, санитарные, производственные, социально-классовые и социетальные факторы [16].

Соответствующая превентивная стратегия адресуется к индивидам с повышенным риском заболевания алкоголизмом, предлагает изменение набора и крепости напитков на рынке и контекста употребления алкоголя. Профилактика, направленная на «хозяина», включает в себя меры, дифференцированные по стадиям жизненного цикла индивида, и по некоторым социально-статусным признакам, например, для групп меньшинств или мигрантов. Профилактика, направленная на «агента», содержит, кроме названных, меры по повышению возраста начала легального употребления и стоимости алкогольных напитков, то есть ограничивающие доступность алкоголя. Профилактика в окружении подразделяется на образовательные меры, кампании в средствах массовой информации и меры, реализуемые на рабочем месте.

Модель общественного здоровья признается сегодня наиболее эффективной, поскольку позволяет учесть как множественную детерминированность алкоголизации, так и множественность ее социальных проявлений. Вместе с тем, по-видимому, не исчерпаны возможности мер, основанных на моделях распределения и социокультуральной. Их интеграция, как указывает Р. Whitehead [17], позволяет выработать некоторые новые подходы к социальному контролю алкоголизации.

Значительный негативный опыт применения ограничительно-запретительных мер, накопленный в странах Запада, привел к отказу от «амбициозного», как его обозначают F.Jates a. D.Hebblethwaite ([18J pp. 245), стремления к снижению общего уровня употребления алкоголя в популяции, когда «... чиновники общественного здравоохранения пытались внедрить «высокую этику» в культуре, глубоко амбивалентной к употреблению алкоголя». Выявились и чрезвычайно существенные с профилактических позиций недостатки медицинской модели алкоголизма.

Вследствие принятия концепции алкоголизма как болезни личность может определять себя как алкоголика, а врачи — нет, или наоборот, врачи определяют личность как алкоголика, а он сам — нет. В целом, врачи более узко определяют алкогольную болезнь, но проявляют тенденцию к расширению ее понимания, с включением в алкоголизм всех связанных с алкоголизацией состояний, требующих медицинской помощи. Напротив, сами тяжело пьющие склонны сужать свое представление об этой болезни. Подобные противоречия в понимании болезни нарушают комплайенс, то есть согласие пациентов с медицинскими рекомендациями.

Далее, личность, определенная врачами как алкоголик, может быть не лечена из-за концептуализации алкогольной болезни как сферы индивидуальной ответственности личности. Здесь и пациент, и врач согласны относительно определения болезни, поэтому попытки убедить пациента отказаться от алкоголизации неудачны по определению из-за убеждения обеих сторон в том, что «силы воли» для этого недостаточно.

Моделями для определения алкоголизма как болезни могут служить совершенно различные заболевания, причем здесь используется собственный опыт больного. Отсюда подобные модели часто неадекватны, и при их использовании тяжелые социальные пьяницы не оставляют алкоголизацию, поскольку «роковая кнопка уже нажата». Значение медицинских мер преувеличивается. Акцент делается на «превентивную медицину», относительно которой подразумевается, что она может служить ориентиром не только в лечении больных, но и в приводящем к болезни поведении.

Другими наиболее серьезными проблемами, возникающими при рассмотрении

алкоголизма как болезни, являются следующие: только после длительного течения заболевания у алкоголика развиваются какие-то физические и социальные повреждения; роль больного ведет алкоголика к отрицанию собственных возможностей изменить паттерны алкоголизации, и даже преципитирует увеличение тяжести состояния из-за процессов социального этикетирования; возникает ложная надежда на выздоровление благодаря лечению, без собственных усилий больного [19, 20].

Достаточно рано в западной социологии проявилось и понимание медицинской помощи при алкоголизме как института социального контроля. В частности, в сфере первичной профилактики было отмечено ограничение доступа широкой публики к информации о противоречивости оценки алкоголизма как болезни, акцент в просветительских мероприятиях на ценностно детерминированном представлении о «правильной и здоровой жизни», присутствие этого ценностного компонента в диагностике и лечении, ограничение прав личности при ранней ее идентификации как «алкоголика» в ходе профилактических осмотров [21, 22].

Существенное влияние на пересмотр традиционных подходов к профилактике алкоголизма оказали результаты популяционных исследований, выполненных с применением лонгитудинального исследовательского плана (напр.: Plant) [23, 24]. Эти исследования показали, что многие тяжело пьющие индивиды, по клиническим признакам неотличимые от амбулаторных или госпитализированных больных алкоголизмом, резко уменьшают или полностью оставляют алкоголизацию, зачастую без какой-либо профессиональной помощи

В исследованиях удалось идентифицировать факторы, приводящие к отказу от алкоголизации у тяжело пьющих лиц. В получившем широкий резонанс в научной литературе исследовании E.Vaillant а. E.Milofsky [24] такими факторами оказались: подмена алкоголя — лекарствами, наркотиками, азартными играми, едой и т.п.; «естественная» поведенческая модификация, когда алкоголизация приводила к немедленным негативным последствиям, типа ухудшения физического здоровья или наказания на работе; открытие нового стабильного источника надежды и высокой самооценки; — поддерживающие группы, религиозная включенность и т.п., создающие феномен «подмены зависимости»; формирование новых тесных межличностных связей,

например при женитьбе или приобретении наставника на работе.

Программы профилактики алкоголизма, утилизировавшие новые подходы, были ориентированы, прежде всего, на индустриальные организации. Это обусловлено: высокой заинтересованностью промышленности в таких программах; возможностями организаций в создании мотивации лечения при состояниях, интерферирующих с индивидуальной производительностью; способностью таких программ обеспечить помощь максимальному числу алкоголиков; возможностью использования массовых методов лечения и профилактики (VonWiegand, 1972) [25].

Ведущим теоретическим основанием программ стала теория этикетирования, устанавливающая в области индустриального алкоголизма взаимовлияние социального поведения пьющего и социетальной реакции на это. Теория этикетирования специфицирует некоторые положения социокультуральной модели применительно к алкоголизации в индустриальном окружении. В конкретной субкультуре организации существуют нормы и ценности, определяющие «правильное» и девиантное пьянство, а также допустимые в отношении пьянства санкции. Таким образом, эти ценности и нормы будут либо стимулировать, либо редуцировать употребление алкоголя.

Переход к социокультуральной модели отражал эволюцию программ профилактики. Новый подход требовал избегать этикетирования и акцентировал добровольность обращения за помощью [26]. Был разработан «подход беспокоящего работника» (Keller, 1974, [27]), ставящий своей целью раннюю идентификацию и мотивацию к лечению «проблемных пьяниц». Руководители обучались выявлению начальных признаков злоупотребления алкоголем у работников, с последующим направлением за профессиональной помощью. При этом руководитель не ставит диагноза и не включается в обсуждение предполагаемой болезни.

В современном виде описанная ориентация получила развитие в форме так называемых программ помощи занятым (employees assistance programs — EAP's). Особенностью EAP's является то, что помимо проблем индустриального алкоголизма, они включают в себя широкий круг различных аспектов управления индустриальным стрессом и формирование «здорового стиля жизни». EAP's используют организационную политику компании и различные процедуры для идентификации и

реагирования на личностные или эмоциональные проблемы работающих, которые прямо или косвенно влияют на их производительность. Ключевым звеном EAP's является психологическое консультирование. Кроме того, программы обеспечивают информацию и/или направление на соответствующее лечение и в соответствующие учреждения (агентства), включает в себя продолжающийся контакт, а также индивидуализированное наблюдение [2.8].

Первоначально эффективность ориентированных на индустриальное окружение программ оценивалась как очень высокая, однако в дальнейшем выяснилось, что она не превышает обычной эффективности вторичной и третичной профилактики алкоголизма, несмотря на ряд неспецифических позитивных эффектов [21, 25]. Поэтому в последние годы наблюдается тенденция возвращения к жестко запретительной организационной политике в сфере употребления алкоголя, с подкреплением социальных стандартов, препятствующих употреблению, и ранним выявлением алкоголизирующихся лиц при помощи биохимических тестов. Результаты тестирования, однако, не должны разглашаться до привлечения работника к EAP [29].

На уровне общностей представление об алкоголизме как «самоограничивающемся» заболевании нашло выражение в программах, основанных на «естественных методах профилактики». Подобные программы, как показывают F.Jates a. D.Hebblethwaite [18] на примере двух малых городов Северо-восточной части Англии, должны начинаться с «этнографического» исследования практики употребления алкоголя в общности.

Программы включают в себя три уровня реализации. На первом уровне осуществляются меры, направленные на индивида, и заключающиеся в технике самоконтроля и использовании культурально-детерминированных ограничений употребления. На втором уровне воздействие осуществляется через первичные группы с привлечением значимых других, например, членов семьи. Наконец, на третьем уровне, — общности в целом, — формулируются цели программы, корреспондирующие с культуральными особенностями общности, и реализуется организационная схема ее осуществления.

Вся послеоктябрьская история нашей страны пронизана «борьбой с пьянством и алкоголизмом». История этой «борьбы» достаточно полно освещена в отечественных

работах, потому здесь рассматривается только в аспекте мер социального контроля. Не будет преувеличением сказать, что за годы Советской власти на территории страны были применены с большей или меньшей полнотой и последовательностью все известные человечеству способы редукции употребления и нейтрализации негативных последствий злоупотребления алкоголем, за исключением членовредительства и смертной казни (хотя и они обсуждались в литературе).

Все эти меры исходили из идеологически обосновывавшейся медицинской модели алкоголизма. «Переоценка возможностей влияния психологических принципов на социальную жизнь ...» признавалась «... неприемлемой для советских исследователей», хотя не отрицалось, что «... поведение самого больного играет важнейшую роль как в утяжелении картины алкоголизма, так и в развитии влечения к злоупотреблению спиртными напитками» ([30] ее. 91 – 92), морализаторская позиция в отношении такого поведения нашла свое выражение в крайне жестком отношении к больным, что рекомендовалось в качестве лечебной стратегии. «Помощь алкоголику, — как писали А.Н.Молохов и Ю.У.Рахальский, — не должна состоять в соболезнаваниях и уговорах — здесь часто уместна строгость, вплоть до применения ... судебных мер» ([31] ее. 109).

В полном соответствии с этими принципами акцент делался на юридических и институциональных мерах профилактики. Была создана разветвленная система законодательного регулирования, охватывавшая медицинские и социальные аспекты превентивных мер. Эта система состояла из 4-х групп законодательных актов: (1) определявших порядок производства и продажи алкогольных напитков; (2) уголовно- и административно-правовых актов, регулирующих ответственность граждан за преступления и проступки, связанные с потреблением алкоголя, пьянством и алкоголизмом; (3) актов, определявших функции общественности в борьбе с алкоголизмом, задачи общественных, партийных и советских органов; (4) актов, касавшихся лечения больных алкоголизмом [32].

Институциональный характер связанных с алкоголизацией превентивных мер заключался в том, что они основывались не столько на программах, сколько на специализированных государственных организационных структурах. Это политика нашла свое логическое завершение в создании государственной наркологической

службы как единой системы учреждений, предназначенных для реализации лечебно-профилактических, медико-социальных и медико-юридических мероприятий.

Центральным звеном службы являлся наркологический диспансер. В его составе существовали максимально приближенные к населению формы помощи — наркологический кабинет, наркологический пункт и наркологическое отделение на предприятии, дневные и ночные наркологические стационары. Для стационарного лечения больных алкоголизмом выделялись специализированные стационары и отделения психиатрических и общесоматических больниц. Для принудительного лечения больных алкоголизмом была создана сеть лечебно-трудовых профилакториев.

Поскольку все эти учреждения строились и функционировали на принципах так называемого «научного менеджмента», основным содержанием научной работы в области контроля стала разработка и описание функциональных ролей занятых в службе и «смежных» работников — участкового психиатра-нарколога, участковой сестры наркологического кабинета, фельдшера-нарколога, врачей стационаров. Домов санитарного просвещения, учебных заведений, преподавателей ВУЗов и т.д., вплоть до участковых врачей-педиатров [33, 34].

Основным методом контроля выступало динамическое наблюдение как за лицами, злоупотребляющими алкоголем (профилактический учет), так и за лицами, диагностированными как алкоголики (диспансерный учет) [35, 36]. В целом эта система обеспечивала довольно высокую эффективность контроля, и имела, согласно сравнительной оценке В.Segal [37], значительные преимущества по сравнению, например, с американской. В действительности, как отмечает автор, несмотря на все различия в идеологических и теоретических подходах к алкоголизму; в СССР и США происходила ярко выраженная конвергенция методов превенции. Эта конвергенция является хорошей иллюстрацией к заключению В.Pasamanick о том, что в странах, где ответственность за здоровье и болезнь лежала на правительствах, чисто биологическая медицинская модель никогда не существовала [38]. Так, в «застойный» период были организованы самостоятельные хозрасчетные наркологические кабинеты и амбулатории, куда пациент мог обратиться анонимно, а следовательно, избежать этикетирования. Разрабатывались и реализовывались психогигиенические

просветительские программы, адресованные конкретным группам молодежи — рабочей, учащейся, военнослужащим. Начали обсуждаться факторы неэффективности сугубо пропагандистских мероприятий [40; 41].

На уровне общности система превентивных мер реализовывалась через постоянно действующие межведомственные комиссии по борьбе с алкоголизмом, с привлечением общественных организаций [42]. На уровне индустриальных организаций рекомендовалось воздействие на тяжело пьющих через трудовые коллективы, с участием администрации и общественных организаций предприятий в реализации противоалкогольных мер. Было создано Всесоюзное Общество борьбы за трезвость [43].

Стали возникать и альтернативные виды помощи, такие как «кодирование» или хлорэтиловые блокады межгодичной складки. Оценка подобных методов осуществлялась на основе медицинской модели, поэтому не нашел адекватного объяснения такой важнейший фактор их реальной эффективности как высокая культуральная релевантность для российской популяции [44].

Состояние социального контроля алкоголизации в постсоветской России характеризуется следующими основными тенденциями, которые можно выделить на основе анализа текущего законотворческого процесса, материалов периодической печати и данных собственных исследований.

1. В сфере регулирования производства алкогольных напитков произошло фактическое возвращение от государственной монополии к акцизной системе, с неизбежным при этом увеличением на рынке доли суррогатных, фальсифицированных и содержащих токсические вещества напитков.
2. Ряд областей производства, продажи и потребления алкоголя, бывших ранее предметом правового регулирования, оказались вне сферы действия юридических мер контроля. Там, где такой контроль сохранился, его эффективность резко снизилась.
3. Государственная наркологическая служба подверглась деструкции, что привело к ликвидации, прежде всего, подразделений, наиболее приближенных к населению, наряду с подразделениями, выполнявшими, по существу карательные функции.

4. Среди работников службы нарастают процессы деморализации, выражающиеся в нарушении деонтологических принципов, отказе в оказании помощи и поборах с пациентов.
5. Получили широкое развитие альтернативные формы помощи, контроль за деятельностью которых со стороны государственных органов крайне затруднен и малоэффективен. Вместе с тем, эти платные формы помощи оказались экономически более доступны для пациентов, чем государственные наркологические учреждения.

Несомненно, что названные процессы вносят свой «вклад» в резкий рост летальности, связанной с алкоголизацией однако их социальное значение можно будет оценить только *post hoc*, подобно «сухому закону», действовавшему в России в период социальных потрясений начала века. Здесь недопустимы оценки, исходящие из морализаторской позиции и упрощенных имплицитных моделей социального контроля.

Литература

1. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. М.: Медицина. 1988. — 288 с.
2. Noack H. The role of socio-structural factors in health behaviour. In: Health behaviour research and health promotion. //Ed. by R.Anderson, I.Davies, J.Kickbusch, D.VMc Queen, J.Turner. / Oxford: Oxford University Press. 1988. pp. 53-62.
3. Бехтерев В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием. В кн.: Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды./Сост. В.С.Воробьев. М.: Медицина, 1988, ее. 69 - 85.
4. Эрисман Ф.Ф. Влияние алкоголя на детский организм и борьба с алкоголизмом среди молодежи. В кн.: Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды. ' Сост. В.С.Воробьев. М.: Медицина, 1988, ее. 280 - 296.
5. Даркшевич Л.О. Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом. Там же, ее. 257 - 267. Бородкин Ю.С., Грекова Т.И. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика. Л. Наука, 1987, — 159 с.

6. Введенский Н.Е. Заключение по вопросу «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении». В кн.: Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды./Сост. В.С.Воробьев. М.: Медицина, 1988, с. 148 - 151.
7. Nathan P.E. Prevention of alcoholism: A history of failure. In: Prevention in health psychology. /7 Ed. by J.C.Rosen, L.J.Solomon. / Hanover a. London: University Press of New England. 1985. pp. 34-71.
8. Стрельчук Й.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. 2-е изд. М.: Медицина, 1973, — 384 с.
9. Хритинин Д.Ф. Алкоголизм. В кн.: Н.М.Жариков, Л.Г.Урусова, Д.Ф.Хритинин. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1989, гл. 15, с. 336 - 356.
10. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1991. —304 с.
11. Sellers E.M., Cappell H.D., Marshman J.A. Compliance in the control of alcohol abuse. In: Compliance in health care. // Ed. by B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett / Baltimore a. London: John Hopkins University Press. 1979. pp. 223 - 243.
12. Nathan P.E., Goldman M.S. Problem drinking and alcoholism. In: Behavioral medicine: Theory and practice. // Ed. by O.F.Pomerleau, I.P.Brady. / Baltimore: Williams a. Wilkins. 1979. pp. 255 - 277.
13. Mandelbaum D. Alcohol culture. In: Alcohol problems: Reviews, research and recommendations. // Ed. by D.Robinson. IS London a. Basingstoke: Macmillan Press. 1979. /7 Item. pp. 15-21.
14. Cahalan D. Observations on methodological considerations for cross-cultural alcohol studies. In: Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective. // Ed. by M.W.Everett, J.O.Waddell, D.B.Heath. / Paris: Mouton Publ. 1976. pp. 402-407'
15. De Lint J. The epidemiology of alcoholism with specific reference to sociocultural factors. In: Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective. и Ed. by M.W.Everett, J.O.Waddell, D.B.Heath. / Paris: Mouton Publ. 1976. pp. 323 - 339.

16. Cust G. A preventive medicine viewpoint. In: Health education: Perspectives and choices. // Ed. by LSutherland. / London: George Allen a. Unwin. 1979. pp. 64 - 92. I
17. Whitehead PC. The prevention of alcoholism. In: Alcohol problems: Reviews, I research and recommendations. // Ed. by D. Robinson. / London a. Basingstoke: Macmillan Press. 1979. pp. 217 - 226.
18. Yates E, Hebblethwaite D. Using natural resources for preventing drinking problems. In: The misuse of alcohol: Clinical issues in dependence, treatment and prevention. // Ed by NHeather, J.Robertson, PBavies. / London a. Sydney: 1985. C 15. pp. 243 - 254.
19. Robinson D. The alcoholist's addiction. In; Alcohol problems: Reviews, research and recommendations. // Ed. by D.Robinson. / London a. Basingstoke: Macmillan Press. 1979. pp. 63 - 73.
20. Mc Lean P. Alcoholism. In: Mental illness: Changes and trends. // Ed. by P.Bean. / Chichester: John Wiley a. Sons. 1983. C 14. pp. 297 - 328.
21. Zola J.K.. Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society. In: An introduction to medical sociology. /7 Ed. by D.Tuckett. / London: Tavistock. 1978. pp. 255-260.
22. Tuckett D. Choices for health education: a sociological view. In: Health education: Perspectives and choices. // Ed. by LSutherland. / London: George Allen a. Unwin. 1979. C 3. pp. 39 - 63.
23. Plant M.A. Occupations, drinking patterns and alcohol — related problems: Conclusions from a follow-up study. // British journal of addiction to alcohol and other drugs. / Vol. 74. No. 3. Sept. 1979. pp. 267 -274.
24. Vaillant G.E., Milofsky E.S. Natural history' of male alcoholism. TV. Path to recovers'. // Archives of General Psychiatry. / Vol. 39. No, 2. Febr. 1982. pp. 127 - 133.
25. Von Wiegand R.A. Alcoholism in industry. // British journal of addiction to alcohol and other drugs. / Vol. 67. No. 3. Sept. 1972. pp. 181 - 187.
26. Archer J. Occupational alcoholism: A review of issues and a guide to the literature. In: Alcoholism and its treatment in industry. /• Ed. by C.J.Schramm. / Baltimore a. London: The John Hopkins University Press. 1977. pp. 2-28.

27. Keller M. The troubled employee approach. In: Alcohol problems: Reviews, research and recommendations. /; Ed. by D. Robinson. // London a. Basingstoke: Macmillan Press. 1979. pp. 162-171,
28. MacLeod A.G.S. EAP's and blue collar stress. In: Job stress and blue collar work. // Ed. by C.L. Cooper, M.J. Smith. / Chichester: John Wiley a. Sons. 1985. pp. 185-193.
29. Reid L.D., Murphy K.R., Reynolds D.H. Drug abuse and drug testing in the workplace. In: Psychology in organisations: Integrating science and practice. // Ed. by K.R. Murphy. E.E. Saal. / Hillsdale, New Jersey; Hove a. London: Lawrence Erlbaum. 1990. pp. 241 - 265.
30. Лукомский И.И. Алкоголизм и задачи психопрофилактики. В кн.: Вопросы психогигиены / Под ред. Л.А. Богданович, Д.Д. Федотова. М.: Медицина, 1971, сс. 91-97.
31. Молохов А.Н., Рахальский Ю.Е. Хронический алкоголизм. М.: Медгиз. 1959. — 149 с.
32. Бабаян Э.А. Медико-юридические и организационные основы наркологической службы. В кн.: Алкоголизм: Руководство для врачей ей. / Под ред. Т.В. Морозова. В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М.: Медицина, 1983, гл. VII, сс. 375-400.
33. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи, М.: Медицина, 1979. — 288 с.
34. Филатов А.Т.. Алкоголизм, вызванный употреблением самогона. 2-е изд. Киев: Здоров'я, 1986, — 56 с.
35. Зеневич Г.В. Вопросы диспансеризации психически и нервнобольных. 3-е изд. Л.: Медицина, 1983. — 200 с.
36. Штерева Л.В., Неженцев В.М. Клиника и лечение алкоголизма. Л.: Медицина, 1976, — 128 с.
37. Segal B.M. Drinking patterns and alcoholism in Soviet and American Societies: a multidisciplinary comparison. In: Psychiatry and psychology in the USSR. // Ed. by S.A. Corson, E. Corson O'Leary. / NY a. London: Plenum Press. 1976. pp. 181-265.
38. Pasamanick B. What is mental illness and how can we measure it? In: The definition and measurement of mental health. // Ed. by S.B. Sells. / US department of health, education, and welfare. 1968. С 2. pp. 30 - 46.

39. Богданович Л.А. Психогигиена в противоалкогольной пропаганде среди подростков и молодежи. В кн.: Вопросы психогигиены. /Под ред. Л.А.Богданович, Д.Д.Федотова. М. Медицина, 1971, ее. 97 - 106.
40. Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. Л.: Медицина, 1990, — 208 с.
41. Ураков И.Г. Профилактика алкогольных заболеваний. В кн.: Алкоголизм: Руководство для врачей. /Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. М.: Медицина, 1983, ее. 360 - 364.
42. Бабаян ЭА, Гонопольский М.Х. Наркология. М.: Медицина, 1987, — 336 с.