

---

---

## **ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ И МЕТОДИКИ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В.В. Радаев, Я.М. Рощина  
(Москва)

### **ИЗМЕРЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

Статья посвящена методологическим вопросам, возникающим при измерении уровня и характера потребления алкоголя, в особенности его чрезмерного и рискованного потребления, на основе данных опросов населения. Используя опыт международных исследований, авторы определяют исходные понятия и разрабатывают инструментарий, который, с одной стороны, привязан к международным рекомендациям по измерению потребления алкоголя и открывает возможности для международных сравнений, а с другой – позволяет использовать микроданные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Предлагаются способы типологизации потребителей алкоголя по уровню и моделям его потребления. В статье приводятся формулировки вопросов, предложенные авторами для RLMS-HSE и апробированные на этой базе, а также результаты вариативных расчетов, сделанных на основе данных RLMS-HSE и иллюстрирующих использование этих индикаторов.

*Ключевые слова:* потребление алкоголя, проблема измерения, типологизация, опросы населения.

---

**Вадим Валерьевич Радаев** – доктор экономических наук, профессор, руководитель Лаборатории экономико-социологических исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», первый проректор НИУ ВШЭ. E-mail: radaev@hse.ru.

**Яна Михайловна Рощина** – кандидат экономических наук, доцент, старший научный сотрудник Лаборатории экономико-социологических исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». E-mail: yroshchina@mail.ru.

### ***Вводные замечания***

Хорошо известно, что вред здоровью наносит в большей мере не потребление алкоголя как таковое, а прежде всего его чрезмерное потребление. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «риск вреда для здоровья и социального вреда повышается пропорционально количеству алкоголя, потребленного на протяжении всей жизни, и в результате сочетания частоты употребления алкоголя и количества, выпиваемого за один раз» [1]. Чем выше количество выпитого, тем выше риск не только алкоголизма, но и других последствий, вредных для здоровья людей и благосостояния общества. Именно поэтому возникает вопрос адекватного измерения объема потребления и определения доз, которые оказывают негативное влияние на здоровье и поведение человека. Однако кроме собственно объема выпитого важным для оценки вреда, наносимого здоровью, является и то, за какой период времени было выпито это количество (за один день или за несколько, за сколько часов в течение дня); сопровождалось ли потребление алкоголя едой; пил ли человек в одиночестве или в компании [2, р. 23]. Именно поэтому принято говорить скорее о «моделях потребления алкоголя» (*drinking patterns*), чем просто о его количестве [3]. Таким образом, признается принципиальная важность социологических подходов, которые, с одной стороны, характеризуют практики потребления алкоголя, не сводя их к количеству выпитого, а с другой стороны, помогают разделить модели потребления на типы в зависимости от степени их опасности для здоровья и характера возникающих социальных последствий.

Проблема потребления алкоголя, и в первую очередь его чрезмерного потребления, в России по-прежнему стоит весьма остро. Россия относится к числу стран с наиболее высоким уровнем потребления алкоголя. По оценкам ВОЗ, она делит четвертое-пятое места в мире с Польшей и пропускает вперед лишь бывшие республики СССР – Литву, Беларусь и Латвию [4]. При этом для России харак-

терен так называемый северный тип потребления с преобладанием крепких алкогольных напитков промышленного и домашнего производства [5, 6, 7], относительно высокой долей нелегального оборота алкогольной продукции [8, 9], широким распространением чрезмерного потребления алкоголя и высоким уровнем смертности, связанным с такого рода потреблением [10, 11].

Итак, проблему можно считать общепризнанной. Но чтобы приступить к ее решению, нужно для начала научиться адекватно измерять объемы потребляемого алкоголя и определять параметры, фиксирующие его чрезмерное потребление. И здесь сразу же возникают серьезные методологические трудности. На наш взгляд, большинство рассуждений на данную тему в России, к сожалению, не опираются на четко определенные понятия и выверенные измерительные инструменты. А используемые термины и измерители, как правило, не соответствуют международной практике, делая невозможными эффективные межстрановые сопоставления<sup>1</sup>. Добавим к этому сохраняющийся дефицит надежных данных для расчетов реального потребления алкоголя и расхождение имеющихся данных, например между статистикой ВОЗ, Росстата, Росалкогольрегулирования и Минздрава. Несоответствия возникают в том числе в силу серьезных расхождений в оценках объемов незаконного оборота алкогольной продукции, масштабов потребления домашнего алкоголя и суррогатной алкогольной продукции (спиртосодержащих медицинских препаратов, косметических средств, предметов бытовой химии), которая не предназначена для питья и потому не учитывается в формальной статистике (подробнее см.: [13]). В результате место России по уровню потребления алкоголя на

---

<sup>1</sup> Существуют, например, рекомендации международных профессиональных ассоциаций. В качестве примера можно привести Национальный институт злоупотребления алкоголем и алкоголизма (NIAAA, США). Важные обобщения международного опыта академического сообщества исследователей потребления алкоголя содержатся в работе Д. Доусона и Р. Рума [12].

международной арене определяется по данным ВОЗ без возможности проверить качество этих данных. Это порождает благодатную почву для абстрактных спекуляций и циркулирующих мифов про «всеобщее пьянство» или, наоборот, про пятикратное снижение потребления алкоголя в России в 2010-е гг.

Цель данной работы – предложить способы измерения объема потребляемого алкоголя, которые, с одной стороны, привязаны к международным рекомендациям, а с другой стороны, позволяют использовать имеющиеся в России микроданные, в первую очередь наиболее качественные на данный момент данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)<sup>1</sup>. Задачи статьи – разобраться с используемыми в международной и российской практике терминами и измерителями, уточнить классификацию алкогольных напитков, обновить соответствующий инструментарий в привязке к российским условиям, провести типологизации потребителей алкоголя и продемонстрировать работу предлагаемых измерителей на примере иллюстративных материалов с использованием доступных количественных данных.

Для того чтобы справиться с решением более сложных проблем измерения чрезмерного и рискованного потребления алкоголя, нам нужно сначала решить некоторые базовые задачи, что, как будет показано ниже, тоже весьма непросто. И структура данной

---

<sup>1</sup> «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН (сайты обследования: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms> (дата обращения: 24.05.2019)). Высокое качество данных подтверждается почти 2 тыс. научных публикаций с использованием этих данных международными и российскими исследователями (см. публикации на сайте НИУ ВШЭ: <https://www.hse.ru/rlms/publ> (дата обращения: 24.05.2019)).

статьи выглядит следующим образом. Мы начнем с определения исходных понятий. А затем попытаемся ответить на несколько вопросов, которые лишь на первый взгляд кажутся тривиальными, в том числе: Как определить, относится ли респондент к числу потребителей алкоголя? Как классифицировать алкогольные напитки, чтобы полнее учесть масштабы и характер их потребления? Как измерить количество выпитого и в каких единицах следует проводить подобные измерения? Как выявить превышение нормы потребления алкоголя и определить саму эту норму? Каким образом разделить чрезмерное и рискованное потребление алкоголя (мы попытаемся показать, что это разные типы потребления, характерные для несовпадающих групп населения)? Как наилучшим образом типологизировать потребителей алкоголя по уровню и моделям потребления? Мы покажем, что решение всех этих вопросов сталкивается с неизбежными условностями и несоответствиями, которые исследователи вынуждены принимать во внимание. Наконец, мы приведем некоторые цифры, необходимые для иллюстрации отдельных положений, и покажем результаты нескольких вариативных расчетов на основе этих данных.

Работа имеет неизбежные ограничения. Так, мы не будем погружаться в многочисленные проблемы официальной статистики производства и продаж алкогольной продукции, а сосредоточимся на вопросах, связанных с производством опросных данных. В дальнейшем мы будем использовать данные RLMS-HSE за 1994–2017 гг. для населения от 14 лет и старше. Уточним, что вопросы о потреблении алкоголя задавались в этом исследовании с 1994 г. Но переменные, которые позволяют выделить трезвенников и рассчитать объем потребления за месяц, появились в анкетах лишь с 2006 г., а специальные вопросы для идентификации эпизодически-высокого потребления алкоголя (ЭВПА) задавались только с 2017 г.

Оговорим также, что в своем анализе мы не будем затрагивать многие важные вопросы, включая структуру потребляемых алкогольных напитков и основные факторы, влияющие на модели

потребления алкоголя, освещенные нами в других работах [6; 7]. Мы также пока воздержимся от международных сравнений.

### *Исходные определения*

Решение поставленных задач следует начать с определения и соотнесения исходных понятий. В международной практике используются несколько общепринятых терминов, которые не имеют прямых аналогов в русском языке. И напротив, некоторые общеупотребимые российские понятия не переводятся напрямую на английский язык. Это относится, например, к понятию «запой», под которым понимается «периодически повторяющееся болезненно-непреодолимое влечение к опьянению спиртными напитками» [14]. Еще одно привычное для нас понятие – «пьянство» (drunkenness), которое воспринимается как социальный феномен, складывающийся под влиянием отношения общества к алкоголю и подразумевающий не только систематическое потребление значительного объема алкоголя, но и возникновение негативных последствий [15, р. 3]. Под «пьянством» чаще всего понимают злоупотребление алкоголем в больших количествах, часто бесконтрольное, хотя и не обязательно связанное с наличием алкоголизма как болезни [16]. Пьянство связано с рядом психических и социальных последствий, среди которых:

- «неспособность справляться с работой, учебой, домашними обязанностями,
- неоднократное употребление алкоголя в неподходящих, опасных ситуациях,
- конфликты с законом в нетрезвом виде,
- употребление алкоголя, несмотря на осложнение отношений с окружающими» [17].

Заметим, что оба понятия (пьянство и запой) в российской практике редко связываются с превышением конкретной дозы выпитого за некоторый период времени и определяются скорее через

свои последствия. Международная традиция, напротив, идет от измерения объема потребления за определенный период времени (один раз, один случай (*single occasion*), день, неделя, месяц или год). К этому вопросу мы вернемся чуть позже.

При длительном потреблении большого количества алкоголя развивается алкогольная зависимость, или *алкоголизм* – хроническое заболевание, разновидность токсикомании, характеризующееся пристрастием к алкоголю с психической и физиологической зависимостью от него. Критерии этого хронического заболевания и выделение его стадий разрабатывались, в частности, Американской психиатрической ассоциацией (Диагностика и статистика ментальных нарушений – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) и Всемирной организацией здравоохранения (Международная классификация болезней – *International Classification of Diseases, ICD*) [18], ими пользуется и российское общество психиатров [19]. При этом различают острую интоксикацию и синдром зависимости, который характеризуется наличием трех или более признаков из следующего списка: 1) чувство насильственной тяги к приему; 2) нарушенная способность контролировать прием; 3) состояние физиологической абстиненции; 4) проявление толерантности к эффектам; 5) озабоченность употреблением (отказ от других удовольствий); 6) устойчивое употребление вопреки доказанному вреду. Хронический алкоголизм приводит также к серьезным физиологическим нарушениям здоровья, поражению различных органов (прежде всего печени), провалам в памяти, нарушениям психики и т.д. Подчеркнем, что алкоголизм как заболевание – это, прежде всего, медицинская проблема, хотя и имеющая очевидные социальные аспекты.

В международной практике также используются более сложные понятия, в том числе «чрезмерное потребление» (*excessive use*), «эпизодически-высокое потребление алкоголя» (*ЭВПА*) (*binge drinking*) [20], «злоупотребление алкоголем», или «регулярное чрезмерное потребление» (*abuse*). Определить их четкие границы,

как правило, не просто. Поэтому часто их связывают не с объемом выпитого, а с определенными характеристиками поведения и его последствиями, в том числе:

- неоднократное пренебрежение обязанностями из-за питья или влияния похмелья;

- использование алкоголя опасными способами, например, совмещение с вождением автомобиля;

- повторяющиеся юридические или финансовые проблемы в результате потребления алкоголя;

- продолжение потребления, несмотря на его отрицательное влияние на взаимоотношения, работу или другие важные аспекты жизни;

- употребление алкоголя как способ расслабиться или снять стресс;

- алкоголь как способ хорошо себя чувствовать [21].

М. Мартиник и Ф. Мишем предложили также термин «*экстремальное потребление алкоголя*» (*extreme drinking*), которое включает одновременно пять критериев: интоксикация, мотивация, процесс, последствия и опыт [15, р. 8]. Уровень интоксикации определяется аналогичным чрезмерному потреблению; мотивация включает как определенную потерю контроля, так и желание перейти обыденные или приемлемые социальные границы. Процесс в данном случае чаще всего воспринимается позитивно и одобряется друзьями и окружающими; сам пьющий, как правило, также положительно оценивает и последствия, видя в потреблении алкоголя удовольствие, однако в действительности они могут быть негативными для его взаимоотношений, работы или учебы, финансов и т.д. Наконец, опыт позволяет удержаться на грани вредных последствий потребления алкоголя. Экстремальный тип потребления, по наблюдениям авторов, особенно характерен для молодежи.

Другие исследователи [22] предложили дополнительное по отношению к классическим экономическим и социологическим теориям объяснение того, как люди приобщаются к алкоголю и затем следуют модели ЭВПА (*binge drinking*). Для этого они вво-

дят понятия «ожидания от потребления алкоголя» (AEs, alcohol expectancies) и «самоэффективность отказа от алкоголя» (DRSE, drinking refusal self-efficacy). Концепция ожидания от потребления алкоголя (AEs) предполагает, что привлекательность алкоголя состоит не столько в физиологическом, сколько в психологическом эффекте, так как чем больше результат соответствует ожиданиям, тем выше удовольствие. Самоэффективность отказа от алкоголя (DRSE) означает способность отказаться от потребления в определенных ситуациях, то есть наличие контроля над пристрастием, а не просто выбор между полной трезвостью и алкоголем. Четыре комбинации значений этих признаков характеризуют четыре модели потребления алкоголя: социальная (трезвенники и малопьющие), эпизодически-высокая (binge), чрезмерно-постоянная и алкоголизм. Авторы полагают, что эпизодически-высокие потребители имеют низкие ожидания от алкоголя, но высокую степень контроля. Социальная модель имеет высокие значения обоих факторов. Алкоголики не могут контролировать свое пристрастие и имеют низкие ожидания. Наконец, люди, регулярно и много пьющие, плохо себя контролируют, но так как их потребление не стало еще зависимым, их ожидания высоки. Предложенная модель получила эмпирическое подтверждение в исследовании поведения и установок студентов [23].

Завершая данный раздел, сформулируем несколько базовых определений, которые мы будем использовать в нашем дальнейшем анализе. Под *чрезмерным потреблением* мы будем понимать превышение предельной нормы потребления по объему за определенный период (неделю, месяц или год) времени. *Рискованное потребление* определяется нами как превышение предельной нормы (дозы) за один день или случай (присест) с возможными негативными физиологическими, психическими или социальными последствиями.

Введение этих определений позволяет нам несколько переформулировать и хорошо известные нам понятия. Под *пьянством* мы понимаем периодическое или постоянное превышение предельной нормы потребления алкоголя. *Заной* представляет собой

превышение предельной дневной нормы потребления алкоголя в течение двух и более дней с сильной алкогольной интоксикацией и с полной или частичной потерей контроля над количеством выпиваемого алкоголя и собственным поведением в целом.

Впрочем, привычные для нас понятия пьянства, запоя и алкоголизма останутся за рамками нашего рассмотрения. Мы сфокусируем внимание на понятиях чрезмерного и рискованного потребления алкоголя, которые, с одной стороны, связаны с определением объема потребляемого алкоголя и которые, с другой стороны, можно сравнивать с результатами международных исследований.

Определив исходные понятия, перейдем к ответам на поставленные выше вопросы.

### *Относится ли респондент к числу потребителей алкоголя*

Ответ на этот простой, как кажется на первый взгляд, вопрос в сильной степени зависит от его формулировки. Если предлагается общая формулировка: «Вы употребляете хотя бы иногда алкогольные напитки, включая пиво?», которая используется, например, в RLMS-HSE с 2006 г., то, по данным опроса 2017 г., в России потребителей алкоголя оказывается 60%. Если мы измеряем текущее потребление с помощью вопроса: «В течение последних 30 дней Вы употребляли алкогольные напитки?» (задается в данном исследовании с 1994 г.), то в том же 2017 г. потребителей алкоголя оказывается в полтора раза меньше – лишь 40%. Когда же мы, в соответствии с международными рекомендациями, увеличиваем период оценки и задаем вопрос: «А в течение последних 12 месяцев Вы употребляли алкогольные напитки, включая пиво?» (введен в анкету RLMS-HSE с 2017 г.), то доля потребителей алкоголя резко возрастает до 54%, но все же не достигает уровня, полученного с помощью наиболее общей формулировки без фиксации периода.

Добавим, что даже в предельно простом случае выявления абстинентов (людей, полностью отказывающихся от потребления алкоголя) может возникать проблема неконсистентности ответов. Проиллюстрируем эту проблему с помощью результатов специального лонгитюдного исследования, опирающегося на данные 16 волн мониторинга динамики доходов и занятости 17 964 респондентов в Австралии, ответивших на вопросы исследования 2016 г. и как минимум семи предшествовавших волн. В 2016 г. были выявлены 807 респондентов, которые, по их заверениям, никогда не употребляли алкоголь (в RLMS-HSE такой вопрос не задается). Затем были изучены их ответы на аналогичный вопрос в предшествующие 15 волн исследования. Оказалось, что лишь 44% «никогда не пивших» респондентов последовательно отрицали употребление алкоголя во всех предшествующих волнах. Остальные 56% ранее указывали на свой опыт употребления алкогольных напитков [24]. В этом смысле более надежными выглядят показатели текущего потребления алкоголя или отказа от такого потребления с четким определением периода (месяца или года).

### *Как классифицировать алкогольные напитки*

Одним из достоинств RLMS-HSE является то, что, помимо общих вопросов о потреблении алкоголя, в этом исследовании также задаются вопросы о потреблении отдельных алкогольных напитков, и потому важно их правильно классифицировать. От классификации зависит, насколько полно мы учитываем масштабы и особенности потребления алкоголя. При разделении алкогольных напитков на типы обычно учитываются несколько критериев: способ изготовления (например, брожение или дистилляция), уровень крепости в процентах чистого алкоголя, тип производства (промышленный или домашний), наличие или отсутствие сахара (крепленое или сухое вино). Необходимо принимать во внимание также специфические условия той или иной страны и отделять напитки, особо

важные для данного сообщества (например, в России водка с ликеро-водочными изделиями и самогон отделяются от других крепких алкогольных напитков и предлагаются респондентам в качестве особых позиций). Со временем перечень значимых алкогольных напитков может пополняться новыми видами. Например, в последние годы возрастает потребление сидра и пуаре, которые ранее в России относились скорее к экзотическим напиткам. В 2014–2017 гг. их продажи (вместе с медовухой), по данным Росстата, выросли с 1 до 11,5 млн дкл, и не исключено, что через какое-то время их придется учитывать отдельно.

Дополнительные трудности возникают и с классификацией отдельных алкогольных напитков. Приведем пример таких трудностей в связи с учетом потребления пива. Начнем с того, что пиво было квалифицировано как алкогольный напиток лишь в 2011 г. в соответствии с Федеральным законом от 18.07.2011 г. № 218-ФЗ. Респонденты RLMS-HSE вряд ли об этом знали, тем не менее до 2011 г. вопросы о потреблении пива задавались отдельно от потребления прочего алкоголя. Вопросы о самом пиве также уточнялись с течением времени. В опросах RLMS-HSE в 2008 г. от пива была отделена брага домашнего изготовления, а в 2012 г. начали задавать отдельные вопросы про домашнее пиво. Решив этот вопрос, в последние годы столкнулись с новой проблемой. В российской практике все чаще пиво промышленного производства выдается за «домашнее», и потребителям сложно их разделить. С ростом популярности домашнего производства доля домашнего пива с 2014 г. в ответах респондентов начала с ускорением расти, хотя даже с учетом возможного завышения эта доля по-прежнему невелика, не превышает 1%. Еще одна проблема возникла в связи с тем, что в настоящий период быстро растет популярность безалкогольного пива (отчасти в силу ограничений на рекламу обычного пива). По данным исследовательской компании «ГФК-Русь», его доля в общем объеме потребления приближается к 2%, что следует считать значимой величиной. Поскольку респонденты

могут квалифицировать безалкогольное пиво и как «пиво», и как «безалкогольный напиток», в 2018 г. в анкетах RLMS-HSE безалкогольное пиво было выделено в отдельную позицию, чтобы избежать возможной путаницы в ответах.

Чтобы рассчитать общий объем потребления по данным RLMS-HSE, выпитое нужно перевести в граммы чистого алкоголя по усредненным параметрам для отдельных типов алкогольных напитков. Нами применяются следующие параметры: водка и ликеро-водочные изделия – 40%, коньяки, бренди, виски, ром, текила – 40%, самогон – 40%, пиво промышленного производства – 5%, пиво домашнего производства и брага – 3%, сухие и игристые вина – 12%, крепленые вина – 18%, алкогольные коктейли – 10%, другое – 22,8% (в другое попадают очень разные напитки от домашних настоек до медицинского спирта). Повторим, речь идет об усредненных цифрах. Например, в продаже встречается пиво крепостью до 14 градусов. В то же время на отечественном рынке доля крепкого пива (свыше 8,6 градусов) невысока, отчасти в силу значительно более высокой ставки акциза на подобное пиво, и 5-процентный уровень можно считать наиболее адекватным.

### *Как определить количество потребленного алкоголя*

Исходные стандартные показатели, с помощью которых измеряется объем потребляемого алкоголя, выглядят так: уровень дневного потребления алкоголя умножается на частоту его потребления. Например, в анкетах RLMS-HSE для каждого напитка предлагаются два вопроса: Сколько обычно выпивали за день (в граммах того или иного напитка)? Сколько дней пили?

Различия в измерении возникают при выборе периода, в течение которого фиксируется количество потребляемого алкоголя. Это может быть последняя неделя, месяц или год. Например, с самых первых опросов RLMS-HSE с 1994 г. используется период

последних 30 дней, предшествовавших опросу, и месячный объем потребления алкоголя рассчитывается как прямой показатель (респондента спрашивают, сколько дней употреблялся алкоголь в течение последнего месяца, а также отдельно по каждому из видов напитков). Месячный период используется и в ряде международных исследований. Но все же, в соответствии с международным опытом, как мы упоминали выше, рекомендуется использовать более длительный период – 12 месяцев, и объем потребления алкоголя оказывается расчетным показателем.

Какой бы период ни был выбран, при определении объема потребления алкоголя с помощью опросных данных возникает серьезная проблема недооценки этого объема респондентами. В международной практике давно признано, что реальный объем может быть в два раза больше, чем выявленный по результатам опроса [25]. Например, в Австралии за период ежегодных обследований с 1998 по 2013 г. объем потребления алкоголя, докладываемый респондентами, составлял 45–47% объема, фиксируемого официальной статистикой. Но при этом тренды, демонстрируемые статистическими и опросными данными, практически совпадали [26].

Применительно к данным RLMS-HSE на эту проблему обращал внимание, в частности, А.В. Немцов [27]. И хотя после 2006 г. опросный инструментарий был значительно усовершенствован, проблема занижения объема респондентами остается. Поэтому при оценке объема потребления алкоголя опросные данные используются преимущественно для анализа динамики этого объема и структуры потребляемых алкогольных напитков.

### *В каких единицах измерять количество потребленного алкоголя*

Здесь мы переходим к одному из наиболее сложных в методическом отношении вопросов – в каких единицах измерять количество потребленного алкоголя. В опросах RLMS-HSE в ка-

честве базового измерителя изначально (с 1994 г.) используются граммы. А в международной практике для измерения объема потребления алкоголя, как правило, используется такое понятие, как «стандартная порция» (standard drink) [28; 29]. «Стандартная порция» представляет собой объем алкогольного напитка, который содержит фиксированное количество чистого алкоголя (этанола), независимо от типа данного напитка.

В России официального определения «стандартной порции» и соответствующего ей объема этанола пока нет. И тому есть социологическое объяснение. Конвенциональное понятие «порции» возникает в странах с высокоразвитой культурой посещения баров и ресторанов, где обычно при заказе любого алкогольного напитка потребитель получает примерно одинаковое количество чистого этанола. В России, где долгое время преобладало домашнее потребление алкоголя, понятие стандартной порции не сформировалось. Поэтому возникает закономерный вопрос: как совместить применяемые в российских измерениях граммы и непривычные стандартные порции, не выходя за рамки понимания респондентов?

Еще более усложняет дело тот факт, что в разных странах объем этанола, содержащийся в стандартной порции, заметно различается – от минимального уровня в 8 г (0,34 унции) этанола в Великобритании до максимального уровня в 19,75 г (0,85 унции) этанола в Японии [28]. В Австралии стандартная порция содержит 10 г этанола [30], в США – 14 г, что соответствует 12 унциям (приблизительно 340 г) обычного пива, в котором чаще всего около 5% алкоголя, 5 унциям (приблизительно 140 г) вина (около 12% алкоголя), 1,5 унциям (приблизительно 40 г) водки или подобных напитков (около 40% этанола) [31].

Наша задача – определить размер российской стандартной порции, привязав ее к повседневному опыту потребителей разных алкогольных напитков. А этот опыт неоднороден. В практиках повседневной жизни российские респонденты, в зависимости от

напитка, оценивают количество выпитого очень разными емкостями – это могут быть бутылки, кружки, бокалы, рюмки, фужеры.

После детального обсуждения данного опыта стандартная порция алкоголя для российских условий была определена нами на уровне 16 г чистого этанола. При обращении к респондентам эта стандартная порция увязывается со следующими параметрами:

- одна банка, бутылка или кружка пива (0,33 или 0,5 л);
- один бокал или полстакана некрепленого вина или шампанского (130–150 г);
- один бокал или полстакана крепленого вина, вермута, ликера (90–100 г);
- одна рюмка водки или любого другого крепкого напитка 40% и выше (40 г);
- одна банка слабоалкогольного коктейля или один алкогольный коктейль, выпитый в баре или дома.

Именно в этой форме стандартная порция алкоголя была введена нами в анкеты RLMS-HSE с 2017 г. Зачем понадобилось это непростое нововведение? Поскольку главная проблема – не потребление алкоголя как таковое, а неумеренность и нерегулярность такого потребления, этот стандартный измеритель необходим для расчета потребления алкоголя, которое превышает допустимые нормы.

Напомним, что превышение нормы выпитого может рассчитываться по абсолютному объему потребленного алкоголя за некоторый период (чрезмерное потребление) и по дозе выпитого за один случай или за один день (рискованное потребление). Рассмотрим далее эти формы.

### *Как измерить чрезмерное потребление алкоголя по объему выпитого*

Используются разные типологии по объему выпитого алкоголя. Приведем несколько характерных примеров. Так, в Велико-

британии пьющие классифицировались по объему на основе их среднего потребления в неделю [32]. Выделялось три категории:

– умеренное потребление (moderate drinkers) – потребители, имеющие невысокий риск ущерба для здоровья и/или других негативных последствий (не больше, чем 21 стандартный напиток в неделю для мужчин или 14 напитков в неделю для женщин)<sup>1</sup>;

– опасное потребление (hazardous drinkers) – потребители, имеющие повышенный риск психологических последствий (таких, как нарушение настроения) и физических последствий (таких, как телесные повреждения) из-за потребления алкоголя (больше чем 21, но меньше чем 50 напитков в неделю для мужчин; больше чем 14, но меньше чем 35 напитков для женщин)<sup>2</sup>;

– вредное потребление (harmful drinkers) – потребители, на здоровье которых алкоголь скорее всего оказывает негативное влияние и/или будет иметь другие негативные последствия (более 50 напитков в неделю для мужчин и более 35 напитков в неделю для женщин).

Российские наркологи пользуются несколько иной классификацией лиц, потребляющих алкоголь, но еще не больных алкоголизмом:

– абстиненты – не пьющие;

– случайно пьющие – люди, выпивающие 50–150 мл водки от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц (максимально до 250 мл);

– умеренно пьющие – потребляющие 100–150 мл водки от 1 до 4 раз в месяц (максимально до 400 мл);

– систематически пьющие – употребляющие 200–300 мл водки (до 500 мл) 2–3 раза в неделю;

– привычно пьющие – потребляющие 500 и более мл водки 2–3 раза в неделю, но не имеющие клинических нарушений [33].

---

<sup>1</sup> Примерно 670 г этанола в месяц для мужчин и 450 г для женщин, так как стандартная порция в Великобритании – 8 г этанола.

<sup>2</sup> 1,6 л этанола для мужчин и около 1,1 л для женщин.

Поскольку данные RLMS-HSE до 2017 г. не содержали информации о стандартных порциях алкоголя, мы могли рассчитать лишь чрезмерное (excessive) потребление алкоголя как превышение определенной месячной нормы потребления в граммах. Эта норма применительно к российским условиям была предложена Я.М. Рощиной на основе определения Национального института злоупотребления алкоголем и алкоголизма (NIAAA, США) практик «умеренного» (light) и «чрезмерного» (heavy) потребления алкоголя. Норма дифференцирована по гендерному признаку и составляет в месяц 800 и более граммов чистого алкоголя для мужчин и 400 и более граммов чистого алкоголя для женщин. Напомним, что данные для этой типологии по объему доступны в RLMS-HSE начиная с 2006 г.

Для иллюстрации укажем, что применительно к 2017 г. доли чрезмерных потребителей составили 14,8% среди пьющих мужчин и 7,8% среди пьющих женщин. Добавим, что по сравнению с 2006 г. эти доли среди населения в целом снизились с 10,6 до 8,2% соответственно.

Ограничения данного подхода связаны с тем, что мы не знаем, насколько велики однократные или дневные дозы потребления алкоголя респондентами. Помимо этого, не учтены вес респондента и индивидуальные особенности потребителя, не ясен риск для ее/его здоровья. Впрочем, эти ограничения характерны и для второго метода, к изложению которого мы переходим.

### *Как измерить рискованное потребление алкоголя по дозе выпитого*

В международном опыте для измерения рискованного потребления алкоголя применяется метод, который называют «*качество/частота*» (*quality/frequency*, или *QF*). Он помогает оценить потребление в отчетном периоде при помощи вопросов о частоте потребления алкоголя и об обычном количестве стандартных

порций в день, когда респондент пил алкоголь. Такая мера, как «обычное количество стандартных порций», полезна для того, чтобы лучше оценивать риск, потому что выпить семь порций за один день хуже, чем по одной каждый день в течение недели. Более сложный метод измерения – «ранжированная частота» (*graduated frequency*, или *GF*), так как он требует ряда вопросов о частоте различного количества стандартных порций во время изучаемого периода [28]. Но оба способа используются для оценки объема потребления алкоголя с точки зрения риска для здоровья и поведения употребляющего алкоголь.

Для здоровых взрослых приверженность к алкоголю означает потребление, превышающее норму, в течение одного и того же дня (или «случая») с учетом ограничения по объему в неделю. Приблизительно у каждого четвертого человека, который пьет выше этого уровня, уже есть проблемы злоупотребления алкоголем или он уже болен алкоголизмом. Таким образом, этот подход может быть полезным для дифференциации людей на две группы: умеренно пьющие и много пьющие.

Далее возникает естественный вопрос, как измерить предельную норму, разделяющую эти группы. Американский Национальный институт злоупотребления алкоголем и алкоголизма выявил некоторые нормы умеренного потребления или потребления с низкой степенью риска [34]. Исследования показывают, что люди, которые пьют умеренно, имеют более низкую вероятность иметь проблемы со здоровьем, связанные с потреблением алкоголя, или стать алкоголиком (*Alcohol Use Disorder, AUD*). Уровни умеренного потребления (с низким риском для здоровья) отличаются для мужчин и женщин: для мужчин – не более 4 стандартных порций (т.е. 56 г чистого этанола) в течение одного и того же дня, но не более 14 порций в неделю (196 г этанола); для женщин – не более 3 порций (42 г этанола) в течение одного и того же дня, но не более 7 порций в неделю (98 г этанола). ВОЗ указывает другую границу умеренного потребления: 60 г этанола для мужчин и 40 г – для женщин [35].

Однако национальные рекомендации в отношении дневной и недельной нормы потребления алкоголя с низким риском в разных странах довольно сильно отличаются: от 10 г этанола в день для женщин и 20 г для мужчин в Польше до 70 г независимо от гендера в регионе Басков в Испании [3]. А максимальная недельная норма в Дании и ЮАР составляет 252 г для мужчин и 168 г для женщин [3].

Д. Рейли и его коллеги предложили дифференцировать дневную норму по степени риска: низкий риск – не более 5 стандартных порций для женщин и не более 6 – для мужчин; высокий риск (*hazardous drinking*) – от 6 до 12 порций для женщин и от 7 до 14 порций для мужчин; вредное потребление, или злоупотребление (*harmful drinking*), – 13 и более порций для женщин и 15 и более порций для мужчин [36].

Одну из наиболее часто изучаемых моделей потребления называют “binge drinking”<sup>1</sup>, или эпизодически-высокое потребление алкоголя (ЭВПА), согласно определению ВОЗ<sup>2</sup>. Она означает такую интенсивность потребления алкоголя в течение приблизительно двух часов, что уровень концентрации алкоголя в крови (ВАС) достигает 0,08 г на дл. Для мужчин это обычно происходит приблизительно после 5 стандартных порций, а для женщин – после приблизительно 4 порций (часто эту схему обозначают как 5+/4+) [34]. В США Администрация по вопросам наркомании и психического здоровья (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), которая ежегодно проводит Национальное обследование здоровья и употребления наркотиков (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH), определяет “binge drinking” как 5 или более порций алкогольных напитков (70 г) для мужчин или

---

<sup>1</sup> “Binge” можно также перевести как «загул, кутеж, пьянка».

<sup>2</sup> Иногда этот термин переводят как «запой», «пьянство» или «чрезмерное потребление алкоголя»; соответствующее существительное “binge drinker” – как «пьяница», а глагол – как «напиться», однако все эти переводы, пожалуй за исключением глагола, не совсем точны.

4 или более порций для женщин (56 г) за один случай (“single occasion drinking”, т.е., подряд или одну за другой порцию в течение нескольких часов), если такие случаи были по крайней мере один раз в прошлом месяце [37]. ВОЗ принимает модель «эпизодически-высокого потребления» алкоголя как 6+, т.е. 6 и более порций [38, р. 4]. В Великобритании ЭВПА для мужчин начинается с 64 г, а для женщин с 48 г [15, р. 5]. В Австралии превышением нормы ранее считалось 7 и более стандартных порций для мужчин и 5 и более – для женщин (модель 7+/5+) [22], но так как содержание этанола в стандартной порции по Австралийским нормам меньше (10 г, а не 14, как в США), это означает 70 г этанола для мужчин и 50 г для женщин. В то же время Австралийская организация ментального здоровья для молодежи определяет эту норму как 6+/4+ [39]. Однако согласно новым правилам Австралийского национального совета по исследованиям в сфере здоровья и медицины (NHMRC, Australian National Health and Medical Research Council), за относительно безопасный (т.е. снижающий риск для здоровья) уровень принимается норма не более 4 порций вне зависимости от пола, а рекомендуемый уровень – не более 2 порций в день [30].

Помимо превышения дневной нормы выпиваемых порций для выявления рискованного типа потребления важно также, сколько раз в течение некоторого периода (например, месяца) наблюдались такие дни, поскольку речь идет так или иначе об «эпизодическом потреблении». Согласно определению американского Национального института злоупотребления алкоголем и алкоголизма, таких дней должно быть не менее одного, но и не более пяти в месяц. Однако в обзоре, сделанном Т. Оеи и И. Моравска, показано, что не только понятие «умеренной дневной нормы», но и число дней в месяце, когда эта норма была превышена, в разных исследованиях довольно сильно отличаются [22]. Хотя неправильно отождествлять ЭВПА с алкоголизмом, исследования показывают, что именно этот тип потребления, не являясь болезнью, наносит ущерб здоровью и приводит ко многим социальным проблемам [40].

М. Мартиник и Ф. Мишем отмечают несколько недостатков концепции ЭВПА [15, р. 6]. Во-первых, количество порций не соотносится с периодом времени, а так как 5 порций могут быть выпиты, например, как в течение нескольких часов, так и за период менее часа, то уровень интоксикации может быть разным. Во-вторых, в определении отсутствует само понятие интоксикации, которая сильно варьируется в зависимости от периода времени, в течение которого человек пил, при одном и том же объеме алкоголя, а также в зависимости от массы тела. Наконец, в-третьих, норма объема алкоголя в стандартной порции отличается в разных странах, а в некоторых культурах вообще нет общепринятой «порции» алкоголя, которую обычно продают в баре или ресторане.

Делаются также попытки расширить понятие «эпизодически-высокое потребление алкоголя», так как фактически оно предлагает разделение пьющих только на две категории. Так, Дж. Рид с коллегами предложил дополнительно ввести категорию «чрезмерно эпизодически-высокое потребление» (*heavy binge drinking*), означающую более 7 порций для мужчин и более 6 порций для женщин. Их исследования показали, что среди студентов между «чрезмерно эпизодически-высоким потреблением» и «эпизодическим потреблением» гораздо больше различий по последствиям, чем между «эпизодическим потреблением» и «редким потреблением» (*non binge drinking*) [41].

Если случаи ЭВПА наблюдались более 5 дней за прошлый месяц, такую модель потребления Администрация по вопросам наркомании и психического здоровья США (SAMHSA) определяет как «высокое, или чрезмерное потребление» (*heavy alcohol use*) [40]. Нетрудно посчитать, что это соответствует 280 г этанола в месяц для мужчин и 210 г этанола для женщин. Однако, как мы видели выше, Национальный институт злоупотребления алкоголем и алкоголизма США определяет в качестве уровня умеренного риска около 800 г этанола в месяц для мужчин и 400 г в месяц для женщин.

Е. Эпстейн и ее коллеги по данным наблюдений за 6 месяцев предложили выделить пять типов потребления алкоголя [42] на основе комбинации трех признаков: количество порций в день, количество и продолжительность «эпизодов питья» (количество дней подряд, в которые респондент пил алкоголь), количество и продолжительность «эпизодов воздержания». В результате было выделено пять типов потребления алкоголя: спорадический (от случая к случаю), два вида эпизодических (умеренный и чрезмерный, т.е. binge drinking) и два вида постоянных (легкий и интенсивный).

### *Измерение рискованного потребления на российских данных*

С 2017 г. в RLMS-HSE авторами данной статьи применена новая методика выявления рискованного потребления алкоголя, предусматривающая потребление за один день, включая время после полуночи, 4 или более порций алкогольных напитков для женщин и 6 и более порций для мужчин. Этот уровень примерно соответствует определению «чрезмерно эпизодически-высокого потребления» (heavy episodic drinking) ВОЗ [38], а также уровню, принятому в Финляндии [43] и Австралии [39].

Полная формулировка вопроса выглядит следующим образом: «Как часто за последние 12 месяцев Вы выпивали за один день, включая время после полуночи...:

[ДЛЯ ЖЕНЩИН] четыре или более порций алкогольных напитков и их любых комбинаций – например, четыре бокала вина или шампанского, т.е. одна неполная бутылка 0,75 л, или четыре небольшие банки, бутылки или кружки пива, или четыре рюмки/стопки водки, или одна рюмка/стопка водки и три небольшие банки, бутылки, кружки пива, или две рюмки/стопки водки и два бокала вина и так далее;

[ДЛЯ МУЖЧИН] шесть или более порций алкогольных напитков и их любых комбинаций – например, шесть рюмок/стопок водки, т.е. половина бутылки 0,5 л, или шесть небольших или четыре

больших бутылки, банки, кружки пива, т.е. два литра пива, или две рюмки/стопки водки и четыре небольшие банки, бутылки, кружки пива, или три рюмки/стопки водки и три бокала вина и так далее».

В качестве подсказок в отношении частоты подобных случаев использовались следующие:

Практически ежедневно

3–4 раза в неделю

1–2 раза в неделю

1–3 раза в месяц

1–3 раза в полгода

1–3 раза в год

Не было таких случаев.

Помимо этого, был введен дополнительный вопрос о максимальном потреблении алкоголя за один день, а именно: «Вспомните, пожалуйста, день, в который за последние 12 месяцев вы выпили больше всего алкоголя<sup>1</sup>. Давайте попробуем оценить, что именно и в каком количестве Вы в этот день выпили (ответы даются по каждому алкогольному напитку):

Вы пили...?          Сколько грамм выпили?

1. Пиво, брагу, сидр или слабоалкогольный коктейль
2. Некрепленое вино, шампанское, домашнее вино – до 14 градусов
3. Крепленое вино, вермут
4. Водку или любой другой крепкий напиток 40 градусов и более – коньяк, виски, ром, спиртосодержащие настойки и т.п., самогон
5. Алкогольные коктейли, в том числе барные».

Несмотря на все методические усилия, новые вопросы оказались непростыми для респондентов. Во-первых, при ответах на вопросы о количестве выпитого в день максимального потребления алкоголя (ДМПА) по каждому из пяти видов алкоголя 1,5–1,8% респондентов

---

<sup>1</sup> Далее мы будем называть это день «днем максимального потребления алкоголя», или ДМПА.

затруднились дать ответ, а затруднились хотя бы в одном из видов – 2,5%. Во-вторых, некоторые респонденты склонны к завышению максимальной дневной дозы выпитого: так, назывались цифры до 4 л водки или вина, до 15 л пива и до 3 л алкогольных коктейлей за день. Хотя речь в вопросе шла фактически о целых сутках, с утра и до следующего утра, все же такой объем с большой вероятностью привел бы респондента к алкогольному отравлению, а возможно даже к летальному исходу. Поэтому было решено ограничить возможную дневную дозу: для пива – 8 л, для вина – 3 л, для водки – 2 л. И в-третьих, как минимум у 20% респондентов проявилась явная неконсистентность ответов. Например, каждый третий ответивший, что не превышал предельную норму за 12 месяцев, все же превосходил ее, судя по ответам, в максимальный день. В результате нами был предложен следующий выход: вопрос о максимальной дневной дозе определялся как дополнительный, проверочный. И превышение предельной нормы в этот день квалифицируется как случайное, не систематическое, то есть имеющее место считанное число раз в год.

Иллюстративные данные за 2017 г. будут приведены нами ниже.

### *Фиксация негативных последствий рискованного потребления алкоголя*

Многие исследователи ставили своей задачей разработать доступную методологию, позволяющую выявить рискованное потребление алкоголя, не прибегая к строгому измерению количества выпитого, но пытаясь зафиксировать негативные последствия рискованного потребления алкоголя.

Так, на макроуровне используются данные по уровню смертности от отравления алкоголем и смертности от внешних причин с алкоголем в крови [5]. На микроуровне наиболее надежным измерителем степени опьянения с медицинской точки зрения является фиксация алкогольной интоксикации по уровню концентрации алкоголя в крови (ВАС) в промилле. При этом уровень 0,5–1,5 про-

милле считается легким опьянением, от 1,5 до 3 промилле – средней и сильной степенью, а от 3 и выше – тяжелым опьянением [44]. Социологам подобные измерения, к сожалению, недоступны. Они используют разнообразные опросные данные. Покажем далее, какие вопросы использовались в разные годы в RLMS-HSE и приведем простые количественные иллюстрации.

Одним из наиболее часто используемых инструментов является разработанный в конце 1960-х годов доктором Дж. Ивингом (John A. Ewing), основателем Боулзского Центра исследований алкоголя (Bowles Center for Alcohol Studies) Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле, вопросник CAGE (название дано по буквенным идентификаторам вопросов), созданный для выявления злоупотребления алкоголем [45; 46]. Он включает четыре вопроса:

Вам когда-нибудь приходила в голову мысль, что Вы должны меньше пить?

Случалось ли, что другие люди раздражали Вас, критикуя то, сколько Вы пьете?

Вы когда-нибудь испытывали чувство вины или сожаления в связи с тем, что Вы потребляете алкоголь?

Случалось ли, что первое, что Вы сделали с утра, что бы успокоить нервы или избавиться от похмелья, это выпили?

Два и более положительных ответа, по мнению автора методики, свидетельствуют о высоком риске алкоголизма. Иногда к четырем указанным вопросам добавляют пятый: «Считают ли окружающие Вас люди, что у Вас есть проблемы с алкоголем?». Данные RLMS-HSE по этим вопросам будут доступны в волне за 2018 г.

Важным направлением исследований выступает оценка физиологических, психологических и социальных последствий употребления алкоголя. Например, в анкетах RLMS-HSE в 2015–2016 гг. потребителям алкоголя за последние 30 дней задавался вопрос: «Происходило ли с Вами за последние 30 дней что-либо из нижеперечисленного в результате употребления алкоголя? Вы...» (см. табл. 1).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС  
«ПРОИСХОДИЛО ЛИ С ВАМИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ  
ЧТО-ЛИБО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ  
УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ? ВЫ...»

События	2015	2016	Всего
Пропускали занятия, работу?	1,2	0,7	0,9
Совершали поступки, о которых сожалели впоследствии?	3,4	3,0	3,2
Не помнили, где были и что делали накануне?	3,0	2,3	2,7
Ссорились с окружающими людьми?	5,5	4,5	5,0
Ломали, разбивали свои или чужие вещи?	0,8	0,4	0,6
Попадали в неприятности с полицией?	0,8	0,5	0,7
Получали телесные повреждения, травмировались?	1,3	1,1	1,2
Обращались за медицинской помощью из-за передозировки алкоголя?	0,4	0,1	0,2
Плохо себя чувствовали на следующий день – головная боль, тошнота и т.д.?	13,2	12,4	12,8
У Вас был незапланированный и (или) непродуманный половой акт?	0,9	0,3	0,6
Водили автомобиль в нетрезвом состоянии?	0,4	0,2	0,3
<i>Количество наблюдений</i>	<i>4202</i>	<i>4324</i>	<i>8526</i>

Источник: RLMS-HSE, 2015 и 2016 гг., средний % ответивших среди потребителей алкоголя за 30 дней, взвешенные данные.

Еще один важный вопрос задавался в RLMS-HSE в 2008–2009 и 2012–2014 гг.: «Считаете ли Вы, что в связи с употреблением алкоголя Вами лично у Вас есть проблемы?». Как и в предыдущем случае, мы видим, что ответы респондентов по годам относительно устойчивы (см. табл. 2).

Наконец, приведем ответы респондентов на еще один вопрос, который задавался в RLMS-HSE в 2012 г. В опросе выяснялись ментальные проблемы людей. Как оказалось, они существенно выше среди потребителей алкоголя (см. табл. 3).

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС «СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ ВАМИ ЛИЧНО У ВАС ЕСТЬ ПРОБЛЕМЫ?»

Проблемы...	2008	2009	2012	2013	2014	Всего
в семье	10,6	9,8	8,4	7,7	7,6	8,7
на работе, учебе	3,3	2,5	2,6	2,0	1,8	2,4
со здоровьем	9,8	8,0	8,2	6,3	7,1	7,8
другие проблемы	2,1	1,1	1,0	1,1	0,8	1,2
<i>Количество наблюдений</i>	<i>4278</i>	<i>4185</i>	<i>6854</i>	<i>6202</i>	<i>4664</i>	<i>26183</i>

Источник: RLMS-HSE, 2008–2009, 2012–2014 гг., средний % ответивших среди потребителей алкоголя за 30 дней, взвешенные данные.

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС О МЕНТАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АЛКОГОЛЯ

«Для вас характерны...?»	Абстиненты	Не употребляли алкоголь за 30 дней	Употребляли алкоголь за 30 дней
Частая нервозность	25,0	28,6	30,2
Чувство тревоги, частые приступы паники	23,0	21,2	19,6
Приступы раздраженности, агрессии	17,7	20,5	26,6
Хроническая бессонница	20,5	17,5	14,3
Ослабление памяти	24,9	22,4	19,3
Периодическая депрессия	15,1	15,1	16,2
Другие психические расстройства	2,6	1,9	2,1

Источник: RLMS-HSE, 2012 г., вертикальный %, взвешенные данные, N = 14 238.

Все эти и многие другие вопросы важны не только для изучения последствий чрезмерного и рискованного потребления алкоголя, но также, косвенно, для оценки масштабов и динамики самого такого потребления. Как показывают данные RLMS-HSE, наличие негативных последствий существенно выше среди тех, кто пьет значительное количество алкоголя.

### *Как типологизировать потребителей алкоголя*

Опираясь на свой опыт предшествующих исследований, в заключительной части статьи мы предложим несколько базовых типологий и покажем, в какой степени пересекаются выделяемые с их помощью группы. Во всех случаях мы будем иллюстрировать полученные результаты с помощью данных RLMS-HSE за 2017 г., а также, при возможности, покажем динамику по сравнению с предшествующими периодами.

#### *Типология «по дневной дозе»*

В данных RLMS-HSE отсутствует возможность рассчитать объем потребления алкоголя за месяц за все годы наблюдений, однако имеется информация о «средней» дневной дозе по каждому виду алкогольного напитка за последние 30 дней. Конечно, это не дает возможности оценить, пил ли респондент в один и тот же день разные виды алкоголя и узнать максимальное количество, выпитое за один день. Тем не менее можно получить представление о динамике типов потребления по степени риска, как это было сделано в работе Д. Рейли и его коллег [36]. Для этого мы рассчитали по каждому виду алкоголя для средней дневной дозы количество соответствующих «стандартных порций» (например, три стандартных порции – это 1 л пива или 120 г водки и т.д.) и затем определили для каждого респондента максимальное коли-

чество стандартных порций в день, независимо от вида алкоголя. Среди пьющих выделено три группы:

– группа «низкого риска» (среди мужчин те, кто выпивал не более 5 стандартных порций в день, среди женщин – не более 3 порций);

– группа «высокого риска» (среди мужчин 6–10 стандартных порций, среди женщин – 4–6 порций);

– группа «злоупотребляющих алкоголем» (среди мужчин 11 и более стандартных порций, среди женщин 7 и более порций).

Эту классификацию мы далее будем называть «типологией по дозе». По данным RLMS-HSE за 1994–2017 гг., среди всего населения от 14 лет и старше доля не пивших за последние 30 дней выросла с 44,8 до 59,7%, в том числе среди мужчин с 30,2 до 53,2% и среди женщин с 56 до 67,9%. Динамика доли тех, кто пил с «низким риском», зеркально отражает динамику доли не употреблявших алкоголь. Здесь наблюдалось несколько периодов: в 1994–1998 гг. – снижение доли низкорискового потребления с 30,4 до 27,3%; затем скачок в 2001 г. до 36,5% и постепенный рост до 39,4% в 2007 г.; наконец, постепенное снижение к 2015 г. до 23,4 % и незначительный рост в 2016 и 2017 гг.

Доля относящихся к категории «высокий риск» за 1994–2017 гг. уменьшилась с 13,8 до 9,1%, в том числе среди мужчин с 19,2 до 10,6% и среди женщин с 10,2 до 6,1%. А доля «злоупотреблявших алкоголем» за этот период снизилась с 11 до 6,9%, в том числе среди мужчин с 20,2 до 9,7%, а среди женщин с 4,2 до 3,2% (см. рис. 1).

Из рисунка видно, что группы «высокого риска» и «злоупотребления» концентрируются среди мужчин и у мужчин снижение доли этих групп в рассматриваемый период было сильнее. Что же касается возрастных различий, эти группы в большей степени представлены людьми в возрасте от 25 до 60 лет. Так, в 2017 г. среди молодежи 14–24 лет выпивали с высоким риском – 4,2% респондентов, а злоупотребляли алкоголем – 2,6%; соответствующие доли среди 26–40-летних составили 12,0 и 9,5%, а среди тех,

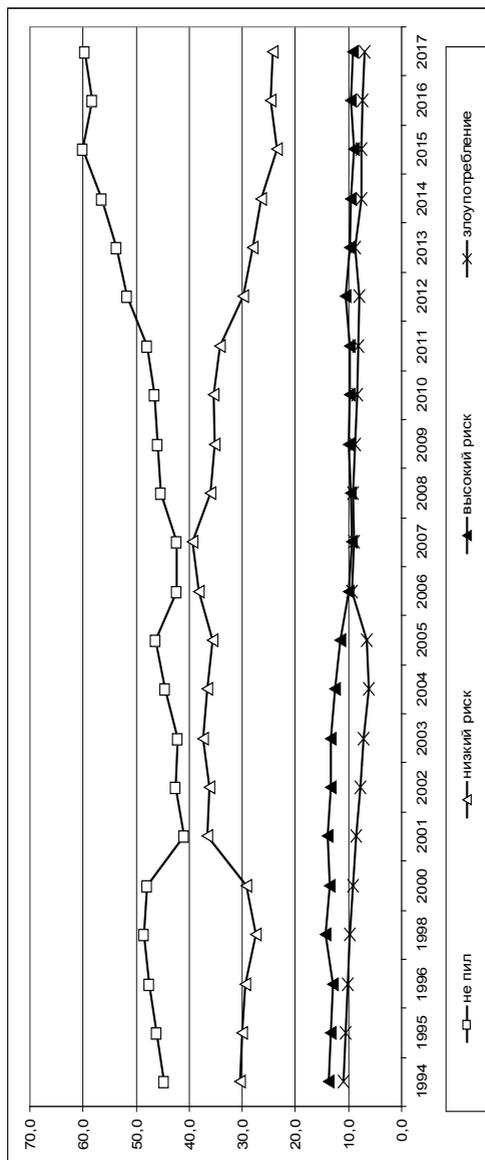


Рис. 1. Динамика типов потребления алкоголя по степени риска в зависимости от максимального количества порций в день (1994–2017 гг., %; все население 14+, N = 209 224, взвешенные данные)

кому 41–60 лет, – 11,9 и 8,9%. При этом за период 2006–2017 гг. снижение доли злоупотреблявших и сильно рискующих было примерно одинаковым среди трех старших возрастных групп. А среди молодежи оно было гораздо интенсивнее. И доля тех, кто вообще не пил за 30 дней перед опросом, у молодежи выросла больше чем в полтора раза.

### Типология по объему потребления

Используя определения американского Национального института злоупотребления алкоголем и алкоголизма, нами были выделены:

- практики «умеренного» (light) потребления (не более 800 г этанола в месяц для мужчин и не более 400 г для женщин),
- практики «чрезмерного» (heavy) потребления (более 800 г этанола в месяц для мужчин и более 400 г для женщин).

Данную классификацию будем называть «типологией по объему». Данные о соответствующих типах можно рассчитать в RLMS-HSE, начиная с 2006 г.

Анализируя данные, мы видим, что доля тех, кто совсем отказывается от алкогольных напитков, выросла с 26,7% в 2006 г. до 42% в 2017 г. Именно эта группа вносит наибольший вклад в снижение потребления алкоголя. Что же касается доли «чрезмерно пьющих», то в России в 2006 г. она составляла 12,6% среди всех мужчин (18,4% пьющих), и она снизилась к 2017 г. до 7,3% (14,8% среди пьющих мужчин) (см. *рис. 2*). Среди женщин 14 лет и старше эта доля в 2006 г. составляла 3,9% (8% пьющих), а к 2017 г. снизилась до 2,5% (7,6% пьющих). Таким образом, доля чрезмерно пьющих в России за 12 лет снизилась почти в два раза, но преимущественно за счет снижения доли среди мужчин. При этом сильнее всего она снизилась в группе респондентов 25 лет и младше.

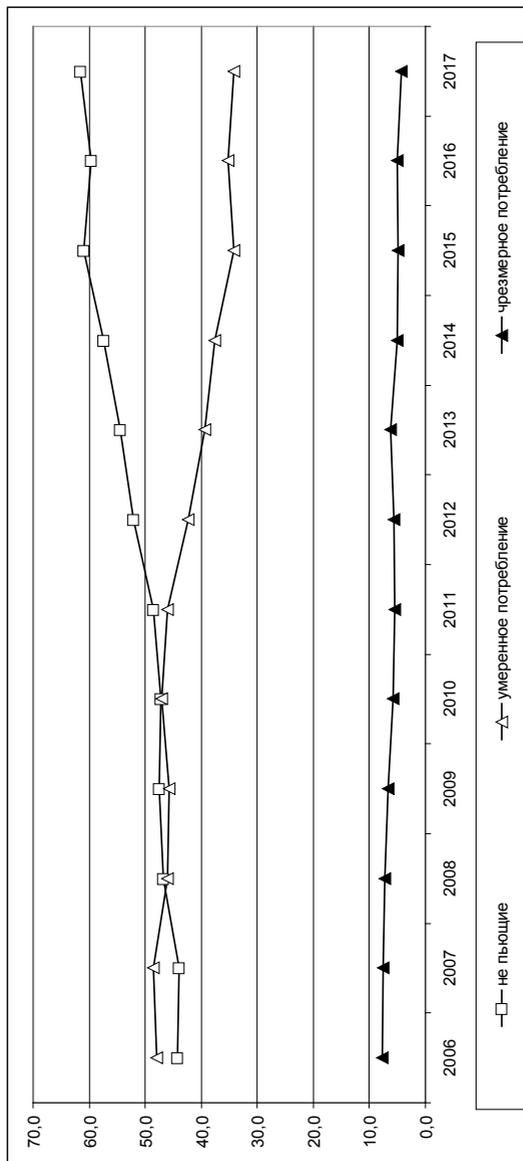


Рис. 2. Динамика типов потребления алкоголя по объему за 30 дней (2006–2017 гг., %, все население 14+, N = 133 116, взвешенные данные)

Типология на основе концепции ЭВПА

Напомним, что в исследовании RLMS-HSE мы приняли за «опасную» норму 4 и более стандартных порций для женщин (около 70 г этанола) и 6 и более стандартных порций для мужчин (около 100 г этанола).

В 2017 г. в анкету RLMS-HSE был включен ряд дополнительных вопросов<sup>1</sup>. Во-первых, респондентов просили вспомнить, потребляли ли они алкоголь в течение прошлых 12 месяцев. А во-вторых, спрашивали, как часто респонденты превышали предельную норму потребления алкоголя. Это позволило сгруппировать потребителей алкоголя в четыре группы (см. табл. 4).

Таблица 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПРЕВЫШЕНИЯ ДНЕВНОЙ НОРМЫ

Умеренный тип потребления (не превышали дневную норму)	33,3
Высоко-случайный тип потребления (превышали норму реже, чем раз в месяц)	44,7
Эпизодически-высокий тип потребления (превышали норму 1–3 раза в месяц)*	12,2
Высоко-постоянный тип потребления (превышали норму раз в неделю и чаще)	9,9

\*По методологии Администрации по вопросам наркомании и психического здоровья США (SAMHSA), эпизодически-высокое потребление, или “binge drinking”, сопряжено с превышением предельной нормы потребления – от 1 до 5 раз в месяц.

Источник: RLMS-HSE, 2017 г., вертикальный % среди потребителей алкоголя, взвешенные данные,  $N = 5\ 561$ .

По данным за 2017 г. в расчете на все население, 46,8% опрошенных оказались трезвенниками или не пили алкоголь в течение года; 17,7% за 12 месяцев не превышали норму, 23,8% относятся

---

<sup>1</sup> Методология разработана авторами специально для волны RLMS-HSE за 2017 г.

### Измерение потребления алкоголя как методологическая проблема

к высоко-случайному типу потребления, 6,5% – к эпизодически-высокому типу и 5,3% – к высоко-постоянному типу. Добавим, что в 2017 г. превысили дневную норму, выпив 6+/4+ стандартных порций или более хотя бы раз за год, 35,6% россиян (в том числе 45,2% мужчин и 27,6% женщин) и превышали эту норму хотя бы раз в месяц 11,8% респондентов (16,8% мужчин и 7,6% женщин). При этом доля тех, кто не превышал норму, почти в два раза выше среди женщин и людей молодого и самого старшего возраста.

Мы также рассчитали «среднее количество раз превышения дневной нормы» для мужчин, женщин, для разных возрастных групп, а также для «умеренных» и «чрезмерных» потребителей. Для этого интервальные значения были переведены в количественные в расчете на 12 месяцев (для не пивших и не превышавших норму оно было принято равным 0, для превысивших 1–3 раза за полгода – 4, и т.д.). Разумеется, это дает приблизительную оценку. Тем не менее можно сказать, что если учитывать только потребителей алкоголя, то мужчины превышают дневную норму примерно 21 раз в год, а женщины – около 8 раз; в расчете на все население (включая трезвенников) соответствующие цифры составили 13 раз и 4 раза.

### Типология по дню максимального потребления алкоголя

В качестве дополнительного вопроса в 2017 г. потреблявшим алкоголь предлагалось вспомнить один день, в который они выпили больше всего (день максимального потребления алкоголя, ДМПА, или “heavy day”). Были выделены пять видов напитков с различным содержанием этанола: 1) пиво, брага, сидр или слабоалкогольный коктейль; 2) столовое вино или шампанское; 3) крепленое вино или вермут; 4) крепкий алкоголь – водка, коньяк и т.п.; 5) барный коктейль. Респондентов просили указать, сколько каждого напитка они выпили в граммах.

На основе этих данных сначала рассчитывалось количество выпитых стандартных порций в каждом виде напитка. Затем

путем суммирования мы получили общее количество выпитых «стандартных порций», которое было разделено на следующие категории:

- без превышения предельной нормы;
- не более двух предельных норм;
- не более трех норм;
- не более четырех норм;
- пять и более норм.

Если рассматривать только тех, кто в течение последних 12 месяцев потреблял алкоголь, то чаще не превышали норму в 3/5 порций женщины (42,2%, против 23,9% у мужчин), а также респонденты более молодого (до 25 лет) и, наоборот, старшего (более 60 лет) возраста. Доля тех, кто в день максимального потребления алкоголя превышал норму, но выпивал не более двух норм, среди всех половозрастных групп оказалась близкой (от 23 до 28%). А существенное превышение нормы в три и более раза более характерно для мужчин и респондентов в возрасте 26–60 лет.

### *Пересечения между разными типологиями*

Группы, выделенные нами в рамках разных типологий, в значительной мере пересекаются, но все же не совпадают. Поэтому применение той или иной типологии зависит от поставленной исследовательской задачи. Проиллюстрируем пересечения между разными типологиями несколькими примерами.

Между типологиями «по дозе» и «по объему» потребления алкоголя в зависимости от степени риска есть высокая взаимосвязь. Так, среди тех, кто относится к умеренному потребителскому типу по объему за месяц (менее 800 г этанола для мужчин и менее 400 г этанола для женщин), 71,6% пьют с «низким риском» (не более 3 порций для женщин, не более 5 порций для мужчин), лишь 21,9% пьют с «высоким риском», а 6,4% можно отнести к тем, кто «злоупотребляет алкоголем». Среди тех, чье потребление по

объему в месяц мы считаем чрезмерным (более 800 г этанола для мужчин и более 400 г для женщин), 92,4% (т.е. практически все) относятся к группе, злоупотреблявшей алкоголем, значительно превышая предельную норму (см. табл. 5).

Таблица 5

СООТНОШЕНИЕ ТИПОЛОГИЙ «ПО ДОЗЕ»  
И «ПО ОБЪЕМУ» ПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ

		Типология по объему этанола за 30 дней	
		умеренный	чрезмерный (свыше 800/400 г в мес.)
Типология по дозе в день	низкий риск (не более 3/5 порций)	72,8	3,2
	высокий риск (от 4/6 до 6/10 порций)	20,8	4,5
	злоупотребление (7/11 порций и более)	6,4	92,3

*Источник:* RLMS-HSE, 2006–2017 гг., % по столбцу среди потребителей алкоголя за 30 дней, взвешенные данные,  $N = 63\ 508$ .

В то же время ответы респондентов, потреблявших алкоголь в течение 12 месяцев, на вопросы о количестве выпитого в ДМПА и вопросы о частоте превышения дневной нормы нередко противоречат друг другу. Так, в ДМПА 42,3% респондентов, по их ответам, не превышали норму. Однако 9,5% из них в ответе на другой вопрос сказали, что эту норму превышали, и указали частоту такого превышения. И наоборот, 44,3% респондентов при ответе на вопрос о частоте превышения предельной нормы за год сказали, что никогда не превышали указанную норму, однако среди них у 11,5% в ответе на вопрос о ДМПА доза выпитого оказалась выше нормы (см. табл. 6). Таким образом, 20% потребителей алкоголя дали противоречивые ответы.

Таблица 6

СООТНОШЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О КОЛИЧЕСТВЕ АЛКОГОЛЯ В ДМПА  
И ЧАСТОТЕ ПРЕВЫШЕНИЯ НОРМЫ

(не более 3 порций для женщин, не более 5 порций для мужчин)

Количество порций в ДМПА	Частота превышения нормы					Всего
	не выше нормы (до 3/5)	реже 1 раза в мес.	1–3 раза в мес.	1–2 раза в неделю	3–4 раза в неделю и чаще	
не выше нормы (не более 3/5 порций)	32,8					32,8
до 2 норм		11,8	5,0	1,5	0,3	8,1
до 3 норм		7,5	2,6	2,4	0,4	2,3
до 4 норм		3,4	1,3	1,3	0,3	0,5
5 и больше норм (21+/13+)		3,8	1,5	2,2	0,7	0,6
выше нормы в вопросе о частоте		6,8	2,0	0,6	0,1	
Всего	32,8	33,3	12,3	8,1	1,9	11,5
						100,0

Источник: RUMS-HSE, 2017 г., общий % среди потреблявших алкоголь за 12 месяцев, взвешенные данные, N = 5487.

Когда мы «пересекаем» два этих вопроса, то оказывается, что среди потребителей алкоголя не превышают дневную норму только треть (32,8% или 17,3%) всех респондентов. Учитывая, что 43% респондентов являются трезвенниками, а 4,1% опрошенных не пили в течение года, получается, что превышали безопасную норму хотя бы однажды за год 35,6% всего населения России от 14 лет и старше.

Теперь сравним данные по объему алкоголя, потребленного за 30 дней, и по частоте превышения предельной нормы в день максимального потребления алкоголя. Среди тех, кто не пил за 30 дней, 48,1% ни разу за год не превысили дневную норму и еще 32,6% делали это реже одного раза в месяц (см. табл. 7). Среди умеренных потребителей 30,7% не превышали дневную норму, еще 35,7% можно отнести к «случайному» типу, а 16,5% – к «эпизодически-высокому» (binge drinking). Среди тех, кто выпивает за месяц чрезмерный объем алкоголя, лишь 2% не превышали норму, 15,5% превышали реже раза в месяц, только 10,3% – от одного до трех раз в месяц, половина – 1–2 раза в неделю, а 20,9% – еще чаще («постоянный тип»).

*Таблица 7*

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПРЕВЫШЕНИЯ ДНЕВНОЙ НОРМЫ,  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА АЛКОГОЛЯ,  
ВЫПИВАЕМОГО ЗА 30 ДНЕЙ

Частота превышения дневной нормы	Объем алкоголя за 30 дней			
	не пили	умеренный	чрезмерный	всего
Не превышали норму	48,1	30,7	1,9	33,5
Хотя бы 1 раз в год (в ДМПА)	15,9	10,5	0,9	11,3
Реже 1 раза в мес.	32,6	35,7	15,5	33,2
1–3 раза в мес.	3,0	16,5	10,3	12,1
1–2 раза в неделю	0,3	6,3	50,5	8,0
3–4 раза в неделю и чаще	0	0,4	20,9	1,9

*Источник:* RLMS-HSE, 2017 г., вертикальный % среди потребителей алкоголя за 30 дней, взвешенные данные,  $N = 5509$ .

Не удивительно также, что между числом порций в ДМПА и количеством дней, когда респондент превышал дневную норму, также существует значимая корреляция. То есть чем чаще эта норма превышает, тем выше и максимальное количество выпитого. Так, среди превышавших норму не чаще трех раз в месяц почти половина в ДМПА выпивали не больше двух дневных норм, и только чуть больше четверти – более трех норм. Тогда как среди превышавших норму 1–2 раза в неделю – 20 и 47% соответственно, а среди превышавших чаще трех раз в неделю – 18 и 69% соответственно. У 70% тех, кто указал, что дневную норму вообще не превышал, но в ответе на вопрос о ДМПА показали ее превышение, объем выпитого в этот день не превышает двух норм, а еще у 20% – трех норм. Таким образом, вероятнее всего, эту группу респондентов мы можем отнести к «случайным» потребителям, то есть превышающим дневную норму в 3/5 порций реже одного раза в месяц. По крайней мере, мы точно можем сказать, что эти люди хотя бы раз в год превысили предельную норму.

В итоге мы полагаем, что, несмотря на все различия, рассмотренные нами подходы к измерению доли людей, склонных к опасному потреблению алкоголя (по частоте превышения дневной нормы в год и по объему этанола, потребленного за 30 дней), дают сходные результаты. Они позволяют выделить, прежде всего, два типа потребителей, которых следует отнести к группам риска:

– «высоко-постоянные» потребители, или склонные к рискованному потреблению (превышающие дневную норму раз в неделю и чаще),

– «чрезмерные потребители» (выпивающие за 30 дней более 400 г этанола для женщин и более 800 г для мужчин).

Оба типа при некоторых различиях характеризуются высоким объемом и высокой частотой потребления алкоголя, представляя угрозы для здоровья и создавая жизненные проблемы для самих потребителей алкоголя и их окружения.

Что же касается «эпизодически-высокого» типа потребления (превышение дневной нормы 1–3 раза в месяц в течение года), то оказалось, что его приверженцы выпивают в среднем относительно небольшой объем этанола в месяц (около 270 г), относясь скорее к «умеренным» потребителям. Следовательно, такая модель потребления не оценивается как «опасная». В то же время умеренное потребление алкоголя с периодическим превышением предельной нормы с годами может приводить к росту привыкания к алкоголю и повышать вероятность перехода к более рискованному типу потребления, связанному с постоянным превышением дневной нормы.

В данной работе мы не проводили международных сравнений результатов, полученных при применении новой методологии, считая это предметом отдельных исследований. Но в качестве анонсирования таких исследований отметим значительный рост доли абстинентов (трезвенников) среди россиян в возрасте 14 лет и старше за 2006–2017 гг. (с 26,7 до 38,5%), который существенно превышает уровень большинства европейских стран. Добавим, что доля превышающих дневную норму раз в месяц и чаще только среди пьющих в России в 2017 г. (22%) была ниже, чем в большинстве европейских стран, и сопоставима с оценками по Испании, Франции, Венгрии и Словении в 2014 г.<sup>1</sup>

Таким образом, можно предположить, что Россия больше не находится в пуле стран с самым высоким уровнем потребления алкоголя даже с учетом неформальных каналов (контрафакта и домашнего производства). Тем не менее мы полагаем, что по-прежнему необходима политика пропаганды ответственного потребления алкоголя и здорового образа жизни, прежде всего среди молодежи, так как изменить привычки людей старшего и среднего возраста весьма сложно, тогда как закрепить низкий уровень потребления среди молодых поколений может быть реалистичной задачей.

---

<sup>1</sup> По данным «Европейского социального исследования» (ESS), расчеты авторов.

## *Заключение*

В предложенной статье разворачивается методологическое обоснование перехода на международную терминологию и принятые в международной исследовательской практике измерители в области потребления алкоголя. При этом проблема не сводится лишь к уровню потребления алкогольных напитков, но рассматривается с социологических позиций, анализирующих характер и модели такого потребления.

Предлагаемые новации касаются перехода от привычных российских терминов пьянства и запоя к международным терминам рискованного и чрезмерного потребления; от измерения объема и характера потребления за 30 дней, предшествующих опросу, к потреблению за последние 12 месяцев; от устоявшегося измерения уровня потребления алкоголя в граммах к применению нового для России понятия «стандартной порции», размер которой определяется по отношению ко всем основным алкогольным напиткам; от расчетов объема выпитого за месячный период к определению дозы выпитого в течение дня. Опираясь на опыт международных исследований, мы операционализируем ряд новых важных понятий, включая рискованное и чрезмерное потребление, эпизодически-высокое потребление алкоголя и максимальное потребление алкоголя за один день. Мы также показали разные способы измерения масштабов рискованного потребления алкоголя через его негативные физиологические и социальные последствия, проанализировали неизбежные трудности, возникающие при измерении параметров потребления алкоголя и классификации алкогольных напитков, а также проблемы, связанные с затруднениями респондентов с ответами на новые непривычные для них вопросы и неустойчивостью этих ответов.

В результате применения новых категорий нами сконструированы разные типологии потребителей – по объему потребления за период и по дозе выпитого за один день, по наличию эпизодически-

высокого потребления и по объему выпитого в день максимального потребления алкоголя. Пересечение указанных типологий позволяет выделить группы риска, которые должны быть объектом более пристального внимания исследователей и регулятивных мер экономической и социальной политики государства.

Важно, что работа с приведенными понятиями не ограничивалась теоретическими и методологическими изысканиями, но имела своим результатом разработку конкретного инструментария, который начинали использовать в опросах RLMS-HSE, дополняя ранее применяемые инструменты. На основе изложенных методологических операций производится постепенная подстройка инструментария RLMS-HSE и тем самым закладывается основа для более выверенных расчетов на будущее. Поэтому во всех важных случаях нами приводятся иллюстративные данные из RLMS-HSE, чтобы у читателя возникало более точное и приземленное понимание результатов, получаемых с помощью того или иного метода, появлялась возможность сравнить эти результаты и критически к ним отнестись.

Нам осталось сказать, что, по нашему мнению, рассмотренные выше методологические проблемы касаются не только потребления алкоголя, но также измерения других сложных явлений, при изучении которых исследователи сталкиваются со сходными сюжетами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Употребление алкоголя. Данные и статистика // ВОЗ: [сайт]. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics> (дата обращения: 24.05.2019).
2. Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy / Ed. F. Sassi. OECD, 2015.
3. Dawson D.A. Defining Risk Drinking // Alcohol Research and Health. 2011. Vol. 34. No. 2. P. 144–156.
4. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals / World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2016.
5. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. М.: Либроком, 2009.

6. *Рощина Я.М.* Динамика и структура потребления алкоголя в современной России // Вестник РМЭЗ НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). 2012. № 2. С. 238–257.

7. *Радаев В.В., Котельникова З.В.* Изменение структуры потребления алкоголя в контексте государственной алкогольной политики в России // Экономическая политика. 2016. № 5. С. 92–117.

8. *Neufeld M., Rehm J.* Alcohol Consumption and Mortality in Russia since 2000: Are There Any Changes Following the Alcohol Policy Changes Starting in 2006? // Alcohol and Alcoholism. 2013. Vol. 48. P. 222–230.

9. *Radaev V.* A Crooked Mirror: The Evolution of Illegal Alcohol Markets in Russia since the Late Socialist Period // The Architecture of Illegal Markets: Towards an Economic Sociology of Illegality in the Economy / Ed. J. Beckert, M. Dewey. Oxford: Oxford University Press, 2017. P. 218–241.

10. *Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee V.* Alcohol and Russian Mortality: A Continuing Crisis // Addiction. 2009. Vol. 104. P. 1630–1636.

11. *Treisman D.* Alcohol and Early Death in Russia: the Political Economy of Self-destructive Drinking. Working paper WP3/2008/02. Moscow: State University – Higher School of Economics, 2008. URL: [https://www.hse.ru/data/2010/05/07/1217278963/WP3\\_2008\\_02.pdf](https://www.hse.ru/data/2010/05/07/1217278963/WP3_2008_02.pdf). (date of access: 20.10.2018).

12. *Dawson D.A., Room R.* Towards Agreement on Ways to Measure and Report Drinking Patterns and Alcohol-related Problems in Adult General Population Surveys: Skarpo Conference Overview // Journal of Substance Abuse. 2000. Vol. 12. P. 1–21.

13. Радаев В.В., Бердышева Е.С., Конрой Н.В., Котельникова З.В. Основные формы незаконного оборота продукции на потребительских рынках России и меры противодействия. Аналитика ЛЭСИ. Вып. 17. М.: НИУ ВШЭ, 2017.

14. Алкоголизм – Третья стадия, или Финал алкогольной болезни // Медицинский центр «Бехтерев»: [сайт]. URL: <http://www.bechterev.ru/papers/33.html> (дата обращения: 24.05.2019).

15. *Martinic M., Measham F.* Extreme Drinking // Swimming with Crocodiles: the Culture of Extreme Drinking. New York: Routledge, 2008. P. 1–12.

16. Лечение пьянства // Центр реабилитации наркозависимых и алкоголезависимых: [сайт]. URL: <http://www.narconon-spb.ru/pjanstvo> (дата обращения: 24.05.2019).

17. Что такое пьянство, алкоголизм, классификация // Эффективная медицина: [сайт]. URL: <https://www.primamunc.ru/public/psichtreat/psichtreat-0081.shtml> (дата обращения: 24.05.2019).

18. Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence // National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1995. No. 30 PH 359. URL: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm> (date of access: 24.05.2019).

19. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии / Российское общество психиатров. 1998. URL: <http://>

psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=МКБ+10+Исследовательские.pdf (дата обращения: 24.05.2019).

20. Alcohol Abuse. July 23, 2019 // Family Doctor.org: [site]. URL: <https://familydoctor.org/condition/alcohol-abuse/> (date of access: 24.05.2019).

21. Tracy N. What is Alcohol Abuse? // Healthyplace.com: [site]. URL: <https://www.healthyplace.com/addictions/alcoholism/what-is-alcohol-abuse> (date of access: 24.05.2019).

22. Oei T.P.S., Morawska A. A Cognitive Model of Binge Drinking: The Influence of Alcohol Expectancies and Drinking Refusal Self-efficacy // Addictive Behaviors. 2004. Vol. 29. No. 1. P. 159–179.

23. Morawska A., Oei T.P.S. Binge Drinking in University Students: A Test of the Cognitive Model // Addictive Behaviors. 2005. Vol. 30. No. 2. P. 203–218.

24. Callinan S., Livingston M., Chikritzhs T. Consistency of Drinker Status Reporting over Time: Drinking Patterns of Ex-drinkers Who Describe Themselves as Non-drinkers // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2019. Vol. 80. No. 5. P. 552–556.

25. Skog O.J. The Collectivity of Drinking Cultures: a Theory of the Distribution of Alcohol Consumption // Addiction. 1985. Vol. 80. No. 1. P. 83–99.

26. Livingston M., Callinan S. Under-reporting in Alcohol Surveys: Whose Drinking is Under-estimated? // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2015. Vol. 76. P. 158–64.

27. Nemtsov A.V. Alcohol Consumption Level in Russia: a Viewpoint on Monitoring Health Conditions in the Russian Federation (RLMS) // Addiction. 2003. Vol. 98. P. 369–70.

28. Dawson D.A. Methodological Issues in Measuring Alcohol Use // Alcohol Research and Health. 2003. Vol. 27. No. 1. P. 18–29.

29. Gmel G., Rehm J. Measuring Alcohol Consumption // Contemporary Drug Problems. 2004. Vol. 31. P. 467.

30. Reduce Your Risk: New National Guidelines for Alcohol Consumption // Australian Government. Department of health: [site]. URL: <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/guide-adult> (date of access: 24.05.2019).

31. What Is A Standard Drink? // National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [site]. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink> (date of access: 24.05.2019).

32. Brennan A. *et al.* Modelling to Assess the Effectiveness and Cost-effectiveness of Public Health Related Strategies and Interventions to Reduce Alcohol Attributable Harm in England Using the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2.0. Report to the NICE Public Health Programme Development Group. 9 November 2009. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/evidence/economic-modelling-report-371533357> (date of access: 24.05.2019).

33. Шабанов П.Д. Наркология. Руководство для врачей. СПб.: Лань, 2002.

34. Drinking Levels Defined // National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: [site]. URL: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking> (date of access: 24.05.2019).

35. Bloomfield K., Stockwell T., Gmel G., Rehn N. International Comparisons of Alcohol Consumption. December 2003 // National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [site]. URL: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/95-109.htm> (date of access: 04.02.2017).

36. Reilly D. et al. Alcohol Education in Licensed Premises Using Brief Intervention Strategies // *Addiction*. 1998. Vol. 93 (3). P. 385–398.

37. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration: [site]. URL: <https://www.samhsa.gov/> (date of access: 24.05.2019).

38. Global Status Report on Alcohol and Health 2014 / World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2014.

39. What is Binge Drinking? // ReachOut.com: [site]. URL: <https://au.reachout.com/articles/what-is-binge-drinking> (date of access: 24.05.2019).

40. Are Binge Drinkers Alcoholics? October 24, 2013 // *Addiction.com*: [site]. URL: <https://www.addiction.com/3384/binge-drinkers-alcoholics/> (date of access: 24.05.2019).

41. Read J.P., Beattie M., Chamberlain R., Merrill J.E. Beyond the «Binge» Threshold: Heavy Drinking Patterns and Their Association with Alcohol Involvement Indices in College students // *Addictive Behaviors*. 2008. Vol. 33. No. 2. P. 225–234.

42. Epstein E.E. et al. Development and Validity of Drinking Pattern Classification: Binge, Episodic, Sporadic, and Steady Drinkers in Treatment for Alcohol Problems // *Addictive Behaviors*. 2004. Vol. 29. No. 9. P. 1745–1761.

43. Harkonen J.T., Makela P. Age, Period and Cohort Analysis of Light and Binge Drinking in Finland, 1968–2008 // *Alcohol and Alcoholism*. 2011. Vol. 46. No. 3. P. 349–356.

44. Степени алкогольного опьянения в промилле в виде таблицы // StopAlcoLife.ru: [сайт]. URL: <http://stopalcolife.ru/zakon-i-poryadok/voditelyam/stepen-opryaneniya-v-promille-tablica.html> (дата обращения: 24.05.2019).

45. Ewing J.A. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire // *The Journal of the American Medical Association*. 1984. Vol. 252. No. 14. P. 1905–1907.

46. CAGE Questions for Alcohol Use // MD+Calc: [site]. URL: <https://www.mdcalc.com/cage-questions-alcohol-use> (date of access: 24.05.2019).

**Radaev Vadim,**

*National Research University Higher School of Economics (NRU HSE),  
Moscow, [radaev@hse.ru](mailto:radaev@hse.ru)*

**Roshchina Yana,**

*National Research University Higher School of Economics (NRU HSE),  
Moscow, [yroshchina@mail.ru](mailto:yroshchina@mail.ru)*

### **Measuring alcohol consumption as a methodological problem**

The paper is devoted to the methodological issues confronted by the scholars measuring the level and patterns of alcohol consumption and excessive and binge drinking in particular on a basis of population survey data. Relying on the experience of the international studies in the field, the authors define the main concepts and propose the measurement tools that follow the international academic guidelines and create better opportunities for international comparative studies. At the same time, the designed tools are attached to the micro data collected from the Russian Longitudinal Monitoring Survey of the Higher School of Economics (RLMS-HSE). A variety of classifications is suggested to reveal the groups of hazardous drinkers. Formulations of the questions adapted by the authors for the RLMS-HSE surveys are proposed. Selective results of alternative calculations conducted on a basis of RLMS-HSE data are used to illustrate the main findings.

*Keywords:* alcohol consumption, measurement issues, classification, survey data.

### **References**

1. Alcohol consumption. Data and statistics (in Russian), *WHO*. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics> (date of access: 24.05.2019).
2. Sassi F. (ed.) *Tackling Harmful Alcohol Use: economics and public health policy*. OECD, 2015.
3. Dawson D.A. Defining risk drinking, *Alcohol research and health*, 2011, 34 (2), 144–156.
4. *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2016.

5. Nemcov A.V. *Alcoholic history of Russia: the latest period* (in Russian). M.: Librokom, 2009.
6. Roshchina Y. M. Dynamics and structure of alcohol consumption in modern Russia (in Russian), *Vestnik RLMS-HSE*, 2012, 2, 238–257.
7. Radaev V.V., Kotelnikova Z.V. Changes in the structure of alcohol consumption in the context of state alcohol policy in Russia (in Russian), *Ekonomicheskaja politika*, 2016, 5, 92–117.
8. Neufeld M., Rehm J. Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol and Alcoholism*, 2013, 48, 222–230.
9. Radaev V. “A Crooked Mirror: The Evolution of Illegal Alcohol Markets in Russia since the Late Socialist Period”, in: Beckert J., Dewey M. (eds.) *The Architecture of Illegal Markets: Towards an Economic Sociology of Illegality in the Economy* Oxford: Oxford University Press, 2017. P. 218–241.
10. Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee V. Alcohol and Russian mortality: A continuing crisis, *Addiction*, 2009, 104, 1630–1636.
11. Treisman D. *Alcohol and early death in Russia: the political economy of self-destructive drinking*. Working paper WP3/2008/02. Moscow: State University – Higher School of Economics, 2008. URL: [https://www.hse.ru/data/2010/05/07/1217278963/WP3\\_2008\\_02.pdf](https://www.hse.ru/data/2010/05/07/1217278963/WP3_2008_02.pdf) (date of access: 20.10.2018).
12. Dawson D.A., Room R. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: Skarpo Conference overview, *Journal of substance abuse*, 2000, 12, 1–21.
13. Radaev V.V., Berdysheva E.S., Konroy N.V., Kotelnikova Z.V. The main forms of illegal circulation of products in the consumer markets of Russia and countermeasures (in Russian), *Analitika LSES*, Iss. 17. M.: HSE, 2017.
14. Alcoholism – The Third Stage, or Final Alcohol Disease (in Russian), *Medical center «Behterev»* (Website). URL: <http://www.behterev.ru/papers/33.html> (date of access: 24.05.2019).
15. Martinic M., Measham F. “Extreme drinking”, in: *Swimming with crocodiles: the culture of extreme drinking*. New York: Routledge, 2008. P. 1–12.

16. Alcohol treatment (in Russian), *Centr rehabilitacii narkozavisimyh i alkogolezavisimyh (Website)*. URL: <http://www.narconon-spb.ru/pjanstvo> (date of access: 24.05.2019).
17. What is drunkenness, alcoholism, classification (in Russian), *Effektivnaya medicina (Website)*. URL: <https://www.primamunc.ru/public/psichtreat/psichtreat-0081.shtml> (date of access: 24.05.2019).
18. “Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence”, in: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 1995. No. 30 PH 359. URL: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm> (date of access: 24.05.2019).
19. *Classification of mental disorders in MKB-10. Research Diagnostic Criteria (in Russian), Rossijskoe obshhestvo psihiatrov*. 1998. URL: <http://psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=MKB+10+Issledovatel'skie.pdf> (date of access: 24.05.2019).
20. Alcohol Abuse. July 23, 2019, *family doctor.org (Website)*. URL: <https://familydoctor.org/condition/alcohol-abuse/> (date of access: 24.05.2019).
21. Tracy N. What is Alcohol Abuse? *Healthyplace.com (Website)*. URL: <https://www.healthyplace.com/addictions/alcoholism/what-is-alcohol-abuse> (date of access: 24.05.2019).
22. Oei T.P.S., Morawska A. A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy, *Addictive Behaviors*, 2004, 29 (1), 159–179.
23. Morawska A., Oei T.P.S. Binge drinking in university students: A test of the cognitive model, *Addictive Behaviors*, 2005, 30 (2), 203–218.
24. Callinan S., Livingston M., Chikritzhs T. Consistency of drinker status reporting over time: drinking patterns of ex-drinkers who describe themselves as non-drinkers, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2019, 80 (5), 552–556.
25. Skog O.J. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption, *Addiction*, 1985, 80 (1), 83–99.
26. Livingston M., Callinan S. Under-reporting in alcohol surveys: whose drinking is under-estimated? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 2015, 76, 158–164.
27. Nemtsov A.V. Alcohol consumption level in Russia: a viewpoint on monitoring health conditions in the Russian Federation (RLMS), *Addiction*, 2003, 98, 369–370.

28. Dawson D.A. Methodological issues in measuring alcohol use, *Alcohol Research and Health*, 2003, 27 (1), 18–29.
29. Gmel G., Rehm J. Measuring Alcohol Consumption, *Contemporary Drug Problems*, 2004, 31,467.
30. Reduce your risk: new national guidelines for alcohol consumption, *Australian Government. Department of health (Website)*. URL: <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/guide-adult> (date of access: 24.05.2019).
31. What Is A Standard Drink? *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Website)*. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink> (date of access: 24.05.2019).
32. Brennan A. et al. *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0*. Report to the NICE Public Health Programme Development Group. 9 November 2009. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/evidence/economic-modelling-report-371533357> (date of access: 24.05.2019).
33. Shabanov P.D. *Narcology: Guide for doctors (in Russian)*. Spb: Lan', 2002.
34. Drinking Levels Defined, *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Website)*. URL: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking> (date of access: 24.05.2019).
35. Bloomfield K., Stockwell T., Gmel G., Rehn N. International Comparisons of Alcohol Consumption. December 2003, *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Website)*. URL: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/95-109.htm> (date of access: 04.02.2017).
36. Reilly D. et al. Alcohol education in licensed premises using brief intervention strategies, *Addiction*, 1998, 93 (3),385–398.
37. *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Website)*. URL: <https://www.samhsa.gov/> (date of access: 24.05.2019).
38. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, *World Health Organization*. Geneva: World Health Organization, 2014.
39. What is binge drinking? *ReachOut.com (Website)*. URL: <https://au.reachout.com/articles/what-is-binge-drinking> (date of access: 24.05.2019).

40. Are Binge Drinkers Alcoholics? October 24, 2013, *addiction.com (Website)*. URL: <https://www.addiction.com/3384/binge-drinkers-alcoholics/> (date of access: 24.05.2019).
41. Read J.P., Beattie M., Chamberlain R., Merrill J.E. Beyond the “Binge” threshold: Heavy drinking patterns and their association with alcohol involvement indices in college students, *Addictive Behaviors*, 2008, 33 (2), 225–234.
42. Epstein E.E. et al. Development and Validity of Drinking Pattern Classification: Binge, Episodic, Sporadic, and Steady Drinkers in Treatment for Alcohol Problems, *Addictive Behaviors*, 2004, 29 (9), 1745–1761.
43. Harkonen J.T., Makela P. Age, Period and Cohort Analysis of Light and Binge Drinking in Finland, 1968–2008, *Alcohol and Alcoholism*, 2011, 46 (3), P. 349–356.
44. The degrees of intoxication per ppm in the table form (in Russian), *StopAlcoLife.ru (Website)*. URL: <http://stopalcolife.ru/zakon-i-poryadok/voditelyam/stepen-opyaneniya-v-promille-tablica.html> (date of access: 24.05.2019).
45. Ewing J.A. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire, *The Journal of the American Medical Association*, 1984, 252 (14), 1905–1907.
46. CAGE Questions for Alcohol Use, *MD+Calc (Website)*. URL: <https://www.mdcalc.com/cage-questions-alcohol-use> (date of access: 24.05.2019).