

**Комитет по делам молодежи и туризму Курской области
Совет молодых ученых и специалистов Курской области
ООО «МедТестИнфо»**

В.И. Тимошилов

**НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ
МОЛОДЕЖИ:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ,
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА**

**Учебно-методическое пособие по дисциплине
«Общественное здоровье и здравоохранение»
для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело»,
«Педиатрия», «Медико-профилактическое дело»**

Курск – 2017 г.

УДК 614.2
ББК 51.1(2)5
Т 41

Тимошилов В.И.

Т 41 Наркопредрасположенность молодежи: актуальные проблемы, факторы риска и профилактика: учебно-методическое пособие / В.И. Тимошилов. – Курск: 2017. - 64 с.

ISBN 978-5-91737-140-5

Издание включает информацию об истории использования психоактивных веществ, современном состоянии проблемы их незаконного употребления, факторах риска наркотизации и научно обоснованных подходах к первичной профилактике наркологических расстройств. Структура пособия, где последовательно излагаются состояние проблемы наркомании как составляющей общественного здоровья, воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения в части риска наркотизации и вопросы разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению в части повышения эффективности профилактики наркологических расстройств, максимально соответствует паспорту специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Издание предназначено для углубленного изучения наркологических расстройств как медико-социальной проблемы молодежи и подготовки будущих врачей к разработке и реализации программ в сфере антинаркотической политики.

© ООО «МедТестИнфо», 2017 г.

© Тимошилов В.И., 2017 г.

ВВЕДЕНИЕ

Общественное здоровье и здравоохранение - медицинская наука, изучающая закономерности общественного здоровья, воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению. В число областей исследования данной науки входит изучение теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохранения, условий и образа жизни населения, социально-гигиенических проблем. Еще одна область исследования данной научной специальности – разработка новых организационных моделей и технологий профилактики заболеваний. В связи с этим вопросы профилактики наркологических расстройств рассматриваются именно с позиций общественного здоровья и здравоохранения в рамках соответствующей учебной дисциплины.

Вопросы оценки и прогнозирования эпидемиологической ситуации, организации профилактики заболеваний, разъяснительной и санитарно-просветительской работы входят в число профессиональных компетенций, освоение которых предусмотрено образовательными стандартами по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело». Соответствующие знания и умения включены в квалификационные характеристики участковых терапевтов и педиатров, врачей-организаторов здравоохранения.

Здоровье молодежи на государственном и мировом уровне рассматривается как важный прогностический фактор здоровья нации, социальной и демографической стабильности популяции. Одной из самых актуальных медико-социальных проблем молодежи является злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ). По оценкам подразделения ООН по наркотикам и преступности UNODC 2010 – 2014 гг., во всем мире какие-либо запрещенные наркотики хотя бы один раз в течение года употребляют от 162 до 324 млн. человек, что соответствует 3,5 - 7,0% мирового населения в возрасте 15-64 лет.

Российская Федерация отмечена как второй по величине рынок героина в мире. Национальным научным центром наркологии приводится официальная статистика, согласно которой за 2012 год было зарегистрировано 2,9 миллиона случаев психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (2041,16 случаев на 100 000 населения).

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение доли лиц молодого возраста среди потребителей ПАВ. Сопоставление нынешних показателей заболеваемости подростков и всего населения в целом показывает, что уровень учтенной заболеваемости наркоманиями среди подростков в 1,7 раза, а токсикоманиями - в 7 раз выше, чем среди всего населения. Опубликованные данные о факторах риска наркотизации показывают, что большинство из них так или иначе являются спецификой возрастной группы младше 30 лет, а наибольшую роль в масштабах территории играют модифицируемые социально-психологические факторы. Таким образом, основной задачей в противодействии незаконному обороту и употреблению психоактивных веществ (ПАВ) становится искоренение спроса на наркотики путем повышения качества противодействия факторам риска, что соответствует первичной профилактике по классификации ВОЗ.

Данное пособие задумано и как образовательный материал междисциплинарного характера, и как руководство к организации дискуссионных площадок, результаты которых помогут и в дальнейшем совершенствовать качество подготовки будущих врачей как организаторов профилактических мероприятий.

ГЛАВА I. ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) изучается специалистами различного профиля, так как имеет комплексную медико-социальную природу. С течением времени отношение к ним, сферы применения и распространенность употребления претерпевали значительные изменения, связанные с развитием науки, динамикой общественной и политической жизни, духовно-нравственного состояния общества. Исторически можно выделить 3 этапа, связанных с кардинальным различием отношения общества к ПАВ:

1. **Религиозно-культурный** – имеются сведения об использовании ПАВ растительного происхождения народами, населявшими территорию современного Ирака, Мексики, Японии, Таджикистана, Гватемалы более трех тысяч лет назад.

2. **Медицинское применение ПАВ** – опий в качестве лекарства использовали Гиппократ и Цельс, упоминали Гесиод (VIII в. до н.э.), Геродот (V в. до н.э.). Гомер, Абу Али ибн Сина (Авиценна). В Европе первым лечебное средство, изготовленное из опиума, применил Парацельс. В 1805 году аптекарь Зертюрнер выделил первый алкалоид опиума и дал ему название «морфин».

3. **Сочетание медицинского и немедицинского употребления ПАВ с признанием наркомании международной проблемой** – первым упоминанием о наркомании как о патологическом состоянии можно считать трактат «The mysteries of opium revealed» («Обнаруженные тайны опиума»), в котором лондонский врач John Johns впервые описал признаки длительного употребления опиума. В 1898 году в Германии был впервые произведен героин, который оказался в три раза сильнее и во много раз опаснее, и его распространение приняло в Европе, а затем и в США эпидемический характер. На основе анализа статистических данных государств – членов ООН, полученных еще в 80-е годы XX века, Генеральная Ассамблея ООН признала наркоманию глобальной проблемой человечества. По этим данным, число злоупотребляющих наркотиками и другими психоактивными веществами в мире составляло 47,2 млн. человек.

С момента официального признания проблемы немедицинского употребления ПАВ под таковыми следует понимать все вещества, употребление которых вызывает изменение сознания, восприятия и других психических функций, ведет к развитию зависимости и/или причиняет иной вред физическому и психическому здоровью. Среди них

следует выделять табак, алкоголь, собственно наркотики (вещества, официально признанные наркотическими, оборот которых контролируется на государственном уровне) и иные психоактивные (токсикоманические) вещества, которые имеют психотропный эффект, но на уровне законодательства наркотическими не объявлены. Наркотики, в свою очередь, необходимо делить на медицинские (лекарственные препараты, официально зарегистрированные и используемые в медицине) и нелегальные (не имеющие законных сфер применения).

На современном этапе выделяют 3 группы наркологических расстройств:

1. **расстройства, связанные с употреблением алкоголя:** алкоголизм и алкогольные психозы, а также употребление алкоголя с вредными последствиями;

2. **наркомании** – расстройства, связанные с употреблением веществ, официально включенных в перечень наркотических;

3. **токсикомании** – расстройства, связанные с употреблением веществ, официально не включенных в перечень наркотических, но обладающих психоактивным эффектом.

В Докладе по наркотическим средствам экономического и социального советов ООН 1995 г был отмечен общий рост производства незаконных наркотиков в мире за последние 10–15 лет, что сделало их доступными для новых групп населения, расширило рынки сбыта и привело к исчезновению различий между странами-производителями и странами-потребителями наркотиков. Инъекционные формы незаконного потребления наркотиков, становясь все более распространенными, были выделены как фактор, способствующий росту заболеваемости СПИДом. В качестве опасных тенденций были отмечены рост изготовления и использования психостимуляторов и галлюциногенных амфетаминов и рост числа случаев первичного злоупотребления синтетическими наркотиками.

В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности за 2008 г. говорится, что в современном мире порядка 5% населения в возрасте от 15 до 64 лет являются потребителями наркотиков без назначения врача, 2,6% употребляют их ежемесячно и чаще, а порядка 0,6% населения Земли страдают тяжелыми формами наркомании. Отдельно подчеркнута связь проблем наркомании и наркопреступности с другими глобальными угрозами, такими как рост аварийности и травматизма на дорогах, международный терроризм, коррупция и теневая экономика. Согласно экспертным оценкам, годовой оборот наркоиндустрии в

настоящее время превышает 400 млрд. долларов США [15].

По состоянию на 2010 г. Управлением ООН по наркотикам и преступности отмечено, что незаконными потребителями наркотиков являются от 3,5% до 5,7% населения в возрасте от 15 до 64 лет (принимали запрещенные вещества хотя бы один раз в жизни) [16]. Доклад UNODC 2014 г. приводит аналогичные данные, свидетельствующие, что хотя бы 1 раз в год наркотики без назначения врача принимали до 7% населения социально активного возраста [17].

Наиболее распространенным нелегальным наркотиком (130 – 190 млн. потребителей в мире) является каннабис (препараты конопли). Далее следуют стимуляторы амфетаминового ряда («клубные» наркотики), кокаин и опиаты. При этом препараты опийного ряда лидируют по частоте возникновения тяжелых негативных последствий и величине совокупного социального, медицинского и экономического вреда, а также частоте обращения за медицинской помощью.

Рассматривая динамику проблемы наркомании в СССР и постсоветской России, можно выделить 3 этапа.

1. Замалчивание проблемы по идеологическим соображениям на фоне невысокой распространенности незаконного употребления наркотиков и приема токсикоманических веществ. Длительное время утверждалось, что в нашей стране проблемы наркомании не существует. Число больных наркоманией и токсикоманией в течение многих лет, вплоть до середины 80-х гг., почти не менялось, а в 1980 г. в бывшем СССР было зарегистрировано всего 36 тыс. наркоманов. В дальнейшем стал наблюдаться неуклонный рост числа больных с диагнозом «наркомания» и «токсикомания». Это было обусловлено как истинным ростом распространения этой патологии, так и значительной активизацией деятельности наркологической службы по выявлению больных. В 1987 г. министерством здравоохранения СССР было зарегистрировано более 53 тыс. больных наркоманиями и около 8 тыс. — токсикоманиями. Аналогичная тенденция прослеживается и в Российской Федерации, если рассматривать ее отдельно. До 1985 г. число больных наркоманиями, зарегистрированных в диспансерах, тоже было относительно стабильным: в 1965 г. — 10 тыс. человек, в 1975 г. — 14,8 тыс., в 1985 г. — 14,5 тыс. С 1985 г. наблюдается значительный рост числа больных наркоманиями. К 1991 г. оно удвоилось и достигло 28,3 тыс. человек, число больных токсикоманиями — 6,1 тыс.

2. Бурный рост числа больных наркоманией и токсикоманией на фоне социальной и экономической нестабильности. После распада СССР за период с 1991 по 2000 г. число находящихся под наблюдением наркологических диспансеров больных наркоманиями увеличилось почти в 9 раз и составило в 2000 г. 269 093 человека, или 185,8 на 100 тыс. населения (в 1991 г. – 21,2). Уровень заболеваемости наркоманиями по обращаемости в России в 2000 г. достиг 50,6 на 100 тыс. населения и увеличился за эти годы в 13 раз. Доля впервые обратившихся за помощью от общего числа состоящих под наблюдением больных наркоманиями увеличилась с 18% в 1991 г. до 27% в 2000 г.

Ежегодные темпы прироста показателей заболеваемости наркоманиями в этот период были самыми высокими по сравнению с другими заболеваниями, выделенными в статистической отчетности. Наибольший прирост показателя заболеваемости наблюдался в 1993 г. - 78,7%, в 1994 г. он составил 56,9%, в 1995 г. - 62,7%, далее темп прироста плавно снижался, и в 2000 г. он составил 20,9%. Параллельно росту наркомании увеличивалось и число злоупотребляющих наркотическими веществами: число таких лиц, наблюдавшихся в наркологических диспансерах в 2000 г., увеличилось по сравнению с 1991 г. в 6,4 раза (с 13,5 до 86,9 на 100 тыс. населения соответственно).

3. Относительная стабилизация ситуации в сфере употребления наркотиков и токсикоманических веществ с высокими эпидемиологическими показателями при существовании проблемы латентности и межведомственных разночтений. В 2003 г. было зарегистрировано 343 тыс. больных, или 241 человек на 100 тыс. населения. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г.» приводит сведения, согласно которым в России специализированными наркологическими учреждениями зарегистрировано 342,7 тыс. больных наркоманией, или 239,6 на 100 тыс. населения.

Госнаркоконтроль приводит другие данные, по которым в 1999 г. число больных, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением наркотиков, составило 413 тыс. человек, в 2000 г - 483 тыс., в 2001 - 535 тыс., в 2002 - 532 тыс., в 2003 – 495,6 тыс. чел., в 2004 - 493,6 тыс. человек, 60% из которых составляют лица в возрасте от 18 до 30 лет.

В 2005 г. зарегистрировано 343,5 тыс. больных наркоманией (241,3 человек в расчете на 100 тыс. населения).

В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности за 2008 г. отмечено, что в России на тот момент было зарегистрировано 350,3 тыс. больных наркоманией, из которых более 307 тыс., или порядка 1,6% населения в возрасте от 15 до 64 лет, злоупотребляют опиатами. Российская Федерация признана крупнейшим рынком опиатов в Восточной Европе, мировым лидером в сфере производства и изъятия амфетаминов и их прекурсоров (57% учтенных случаев в период с 1996 по 2006 г.). Россия рассматривается в числе стран, крайне неблагоприятных в плане масштабов культивирования каннабиса.

В официальном докладе Управления ООН по наркотикам и преступности за 2010 г. Российская Федерация отмечена как второй по величине рынок героина в мире с объемом спроса в 70 т. в год и численностью потребителей опиатов порядка 1,5 млн. чел. при годовом изъятии 3 – 4 т., численность потребителей прочих опиатов оценивается в 166 тыс. чел., объем потребления – 58 – 59 т. На международном уровне также отмечена проблема разночтений в материалах различных ведомств, затрудняющая оценку наркоситуации в нашей стране.

Распространенность зависимости от тех или иных веществ претерпевала определенные изменения с течением времени. Тенденция к росту наркомании в бывшем СССР и России наблюдалась в условиях практически полного перекрытия медицинских источников поступления наркотических средств и ограниченных международных контактов, в связи с чем в структуре видов наркомании преобладало употребление кустарно приготовленных наркотиков, а также имела место значительная распространенность употребления токсикоманических веществ. В последние годы в связи с открытостью границ основным источником пополнения российского наркорынка стала контрабанда героина и опия из Афганистана и других государств Центральной Азии: доля наркотиков зарубежного происхождения превышает 50%, а кокаин, героин и амфетамины практически полностью ввозятся в нашу страну из других государств.

В 2004 г. среди всех официально выявленных медицинскими учреждениями наркоманов подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (88,0%), второе ранговое место заняли больные гашишной наркоманией (6,2%), третье – больные, употребляющие другие наркотики и их сочетания (4,2%). Удельный вес больных с синдромом зависимости от психостимуляторов невелик – лишь 1,4%. За 2006 – 2008 гг. приводятся данные о наркотиках,

являющихся предметом злоупотребления у лиц, проходивших специализированное лечение. Из них потребители опиатов составляют 89,0%, каннабиса 6,0%, психостимуляторов порядка 1%, кокаина менее 0,1%.

Согласно международным экспертным оценкам 2008 – 2010 гг., доля потребителей опиатов от численности населения России в возрасте от 15 до 64 лет составляет 1,64%, кокаина – 0,2 – 0,3%, каннабиса – 3,5%, амфетаминов – 0,2 – 0,6%, экстази – 0,7%. Структура контингента, обратившегося за наркологической помощью, при этом иная: употребление опиатов становится поводом к 91,7% обращений, каннабиса – 7,0%, психостимуляторов – 1,2%, кокаина - менее 0,05%.

ГЛАВА II. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЗАКОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В качестве систематизированного ряда показателей распространенности наркологических расстройств на современном этапе следует рассматривать данные Росстата за период с 2005 по 2014 г. Распространенность всех видов официально регистрируемых психических и поведенческих расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, по России в целом весь период с 2005 по 2014 г. характеризуется непрерывным снижением, сократившись с 1782,8 в 2005 до 1367,6 больных на 100 000 населения в 2014 г.

Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов по России в целом с 2005 по 2014 год снижалась с 1541,8 чел. на 100 000 населения до 1155,4 чел. на 100 000 населения, абсолютное число больных снизилось на 25% (рис. 2.1).

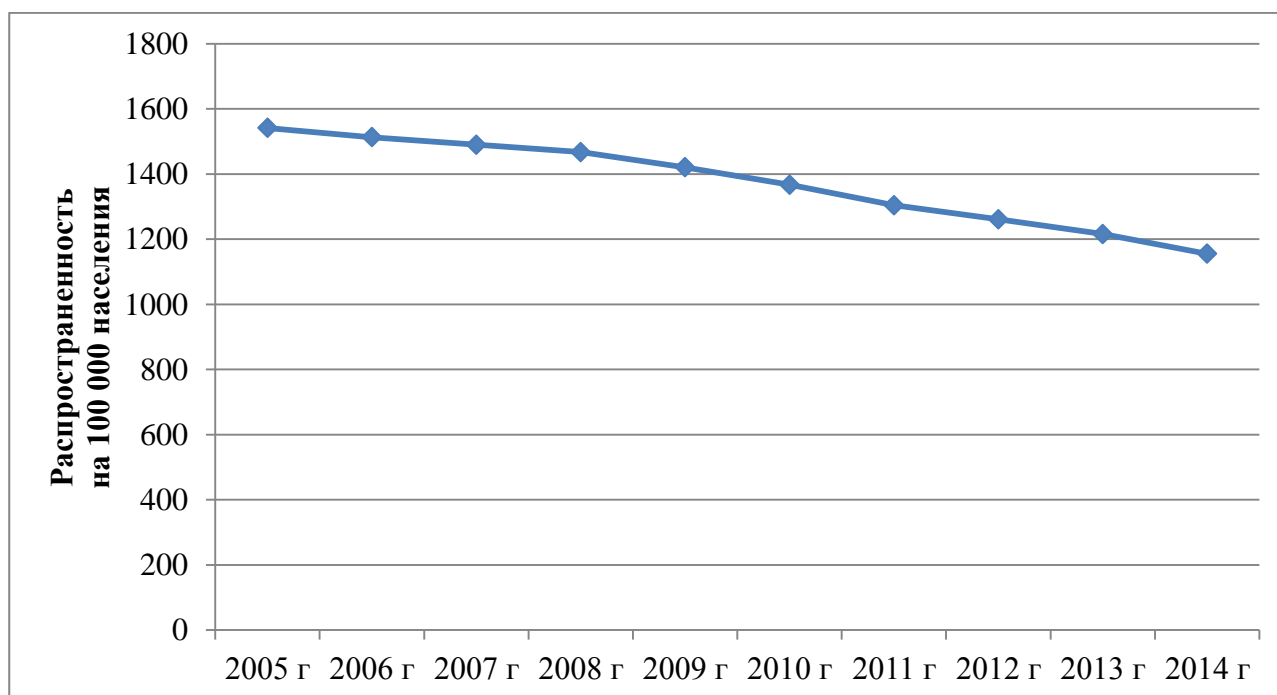


Рис. 2.1. Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов среди населения России.

По состоянию на 2014 год, наиболее неблагоприятным в плане алкоголизма и алкогольных психозов оказались Центральный, Приволжский и Дальневосточный федеральные округа. Наименьшая распространенность данного вида патологии отмечена в Северо-Кавказском округе (рис. 2.2).

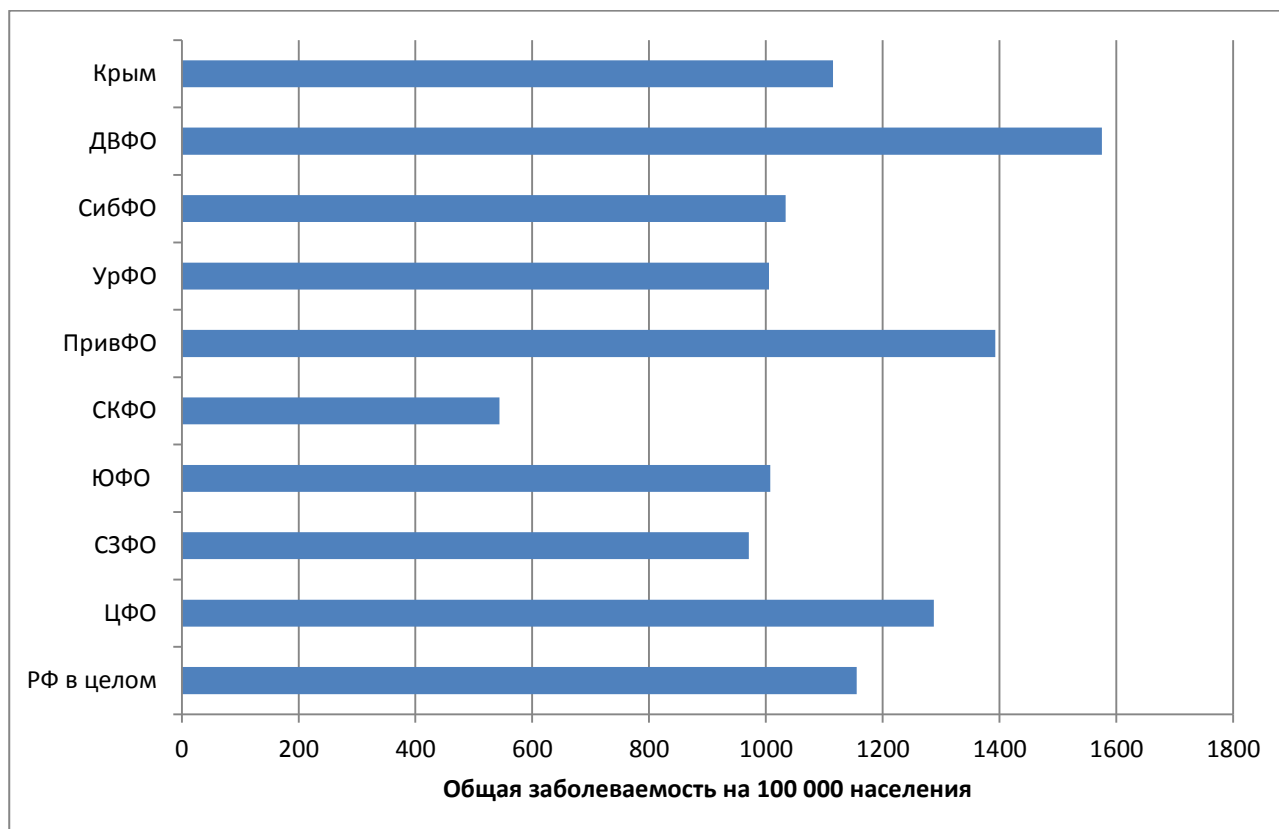


Рис. 2.2. Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов среди населения федеральных округов России в 2014 г.

При изучении динамики распространенности наркомании по России в целом можно выделить два этапа. С 2005 по 2008 год наблюдается период роста, когда показатели повысились с 230,8 до 239,5 чел. на 100 000 населения, а абсолютное число больных возросло на 3,6% (рис. 2.3). В 2009 г. к уровню 2008 г. показатель снизился незначительно (достоверная разность отсутствует). **С 2009 по 2014 г. идет непрерывный спад с 238,2 чел. до 205,6 чел. на 100 000, абсолютное число больных наркоманией снизилось на 13,6%.**

Показатели общей заболеваемости наркоманиями, значительно превышающие общероссийские, отмечены в Сибирском, Уральском, Дальневосточном федеральных округах, а также в Крыму (рис. 2.4). Относительно благополучная ситуация, согласно официальным данным, имеет место в Северо-Западном и Северо-Кавказском округах.

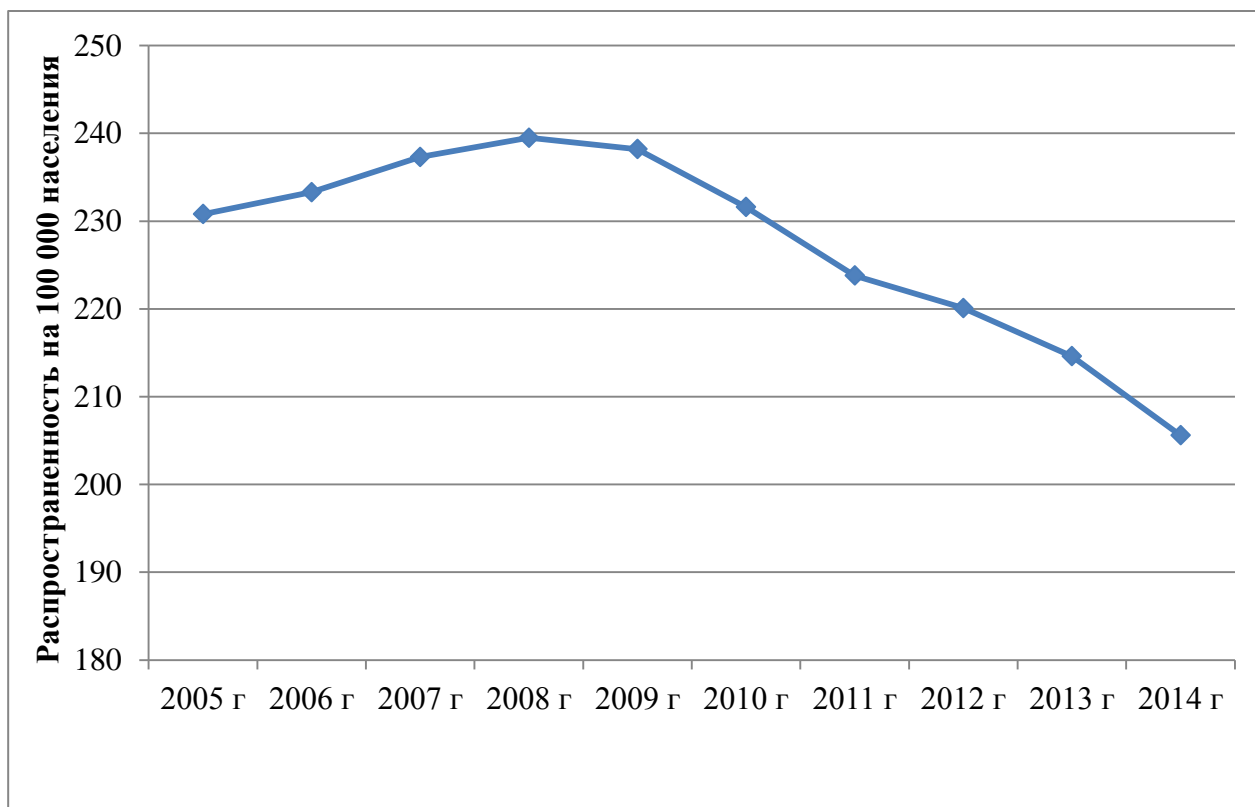


Рис. 2.3. Динамика распространенности наркомании среди населения России.

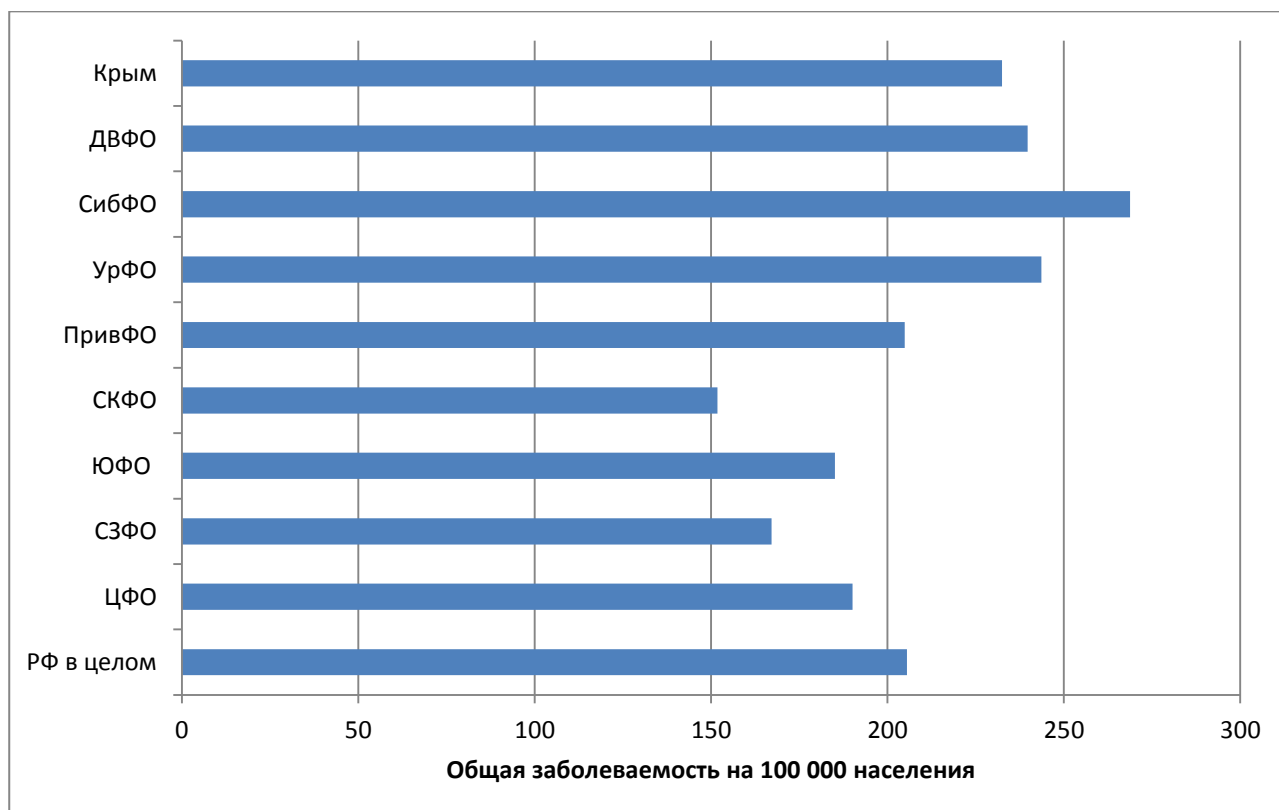


Рис. 2.4. Распространенность наркомании среди населения федеральных округов России в 2014 г.

Распространенность токсикомании по России в целом за 2005 – 2014 гг. снизилась, но динамика может быть представлена в виде двух периодов (рис. 2.5). С 2005 по 2007 г. показатель оставался относительно стабильным на уровне 10,2 – 10,3 больных на 100 000 населения. **С 2007 по 2014 г. наблюдалось ежегодное достоверное снижение интенсивного показателя по токсикомании, и за 7 лет он сократился с 10,2 до 6,6 больных на 100 000.**

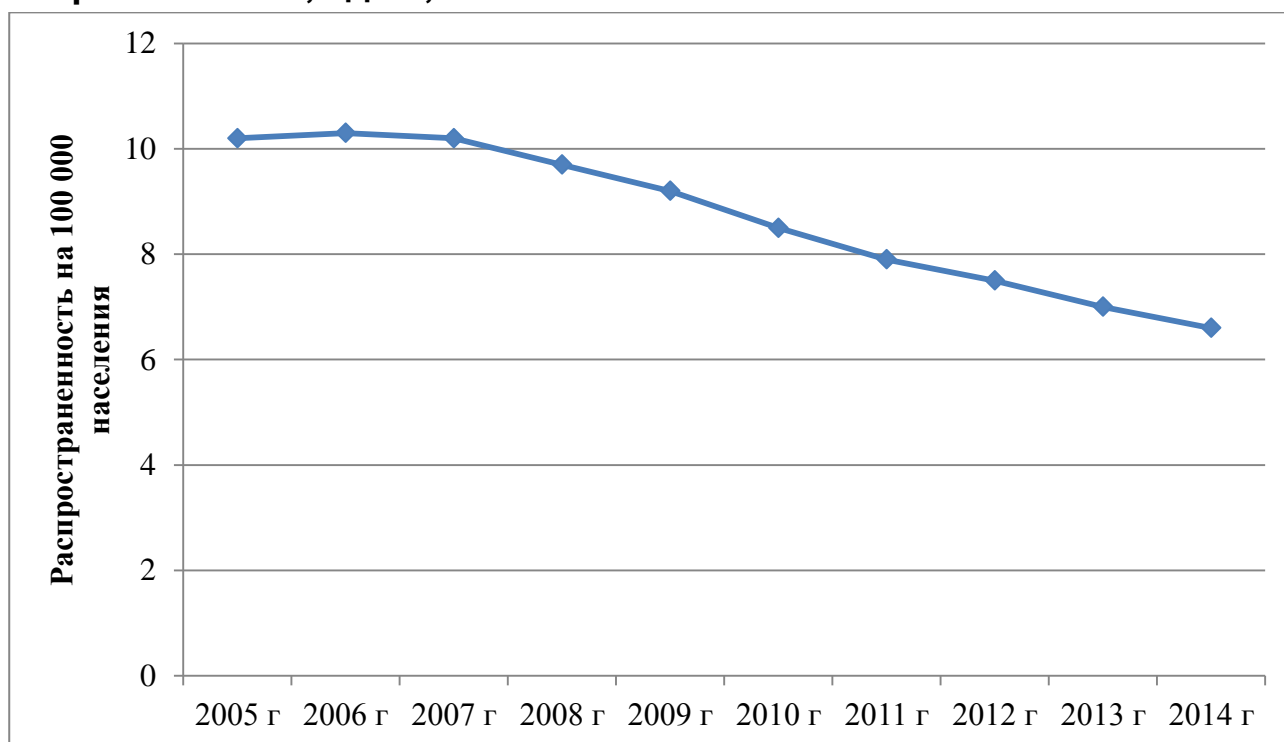


Рис. 2.5. Динамика распространенности токсикомании среди населения России.

По данному виду наркологических расстройств также имеются значительные территориальные различия: **значения общей заболеваемости значительно выше среднероссийских имеют место в Дальневосточном и Уральском федеральных округах**, а наиболее благополучные территории – Южный, Северо-Кавказский и Крымский округа (рис. 2.6).

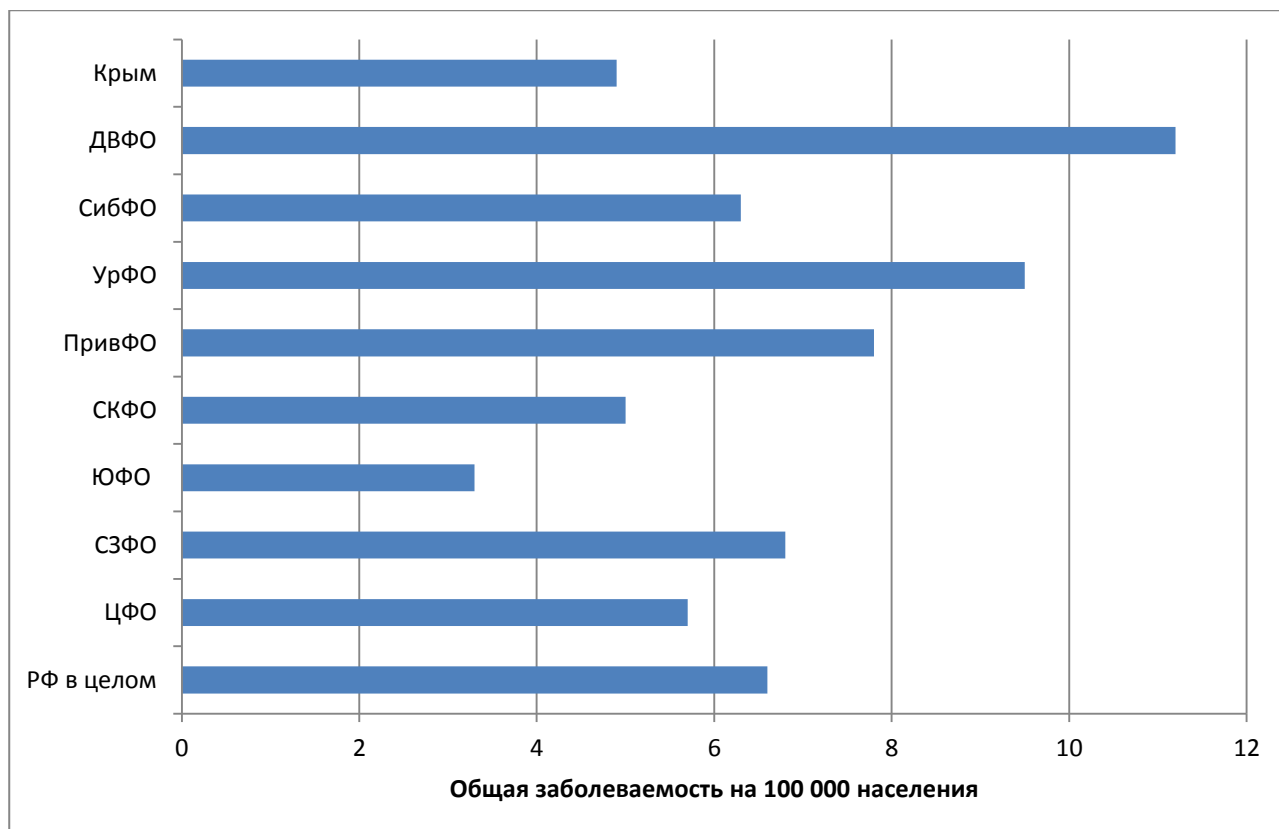


Рис. 2.6. Распространенность токсикомании среди населения федеральных округов России в 2014 г.

Данные ФГБНУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России позволяют проследить частоту впервые выявленных случаев расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и токсикоманическими веществами, которая может служить показателем приобщения к их немедицинскому приему. Так, **анализ показателей первичной заболеваемости в группе «Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы), синдром зависимости от алкоголя»** показывает, что за период с 2010 г. по 2015 г. частота постановки соответствующих диагнозов сокращалась ежегодно с 108,5 случаев на 100 000 населения в 2010 г. до 70,9 на 100 000 в 2015 г., то есть по данному показателю имеет место снижение на 35,2%. По состоянию на 2015 г., значительное превышение показателей по сравнению с общероссийским имеет место на Дальнем Востоке и в Крыму (рис. 2.7).

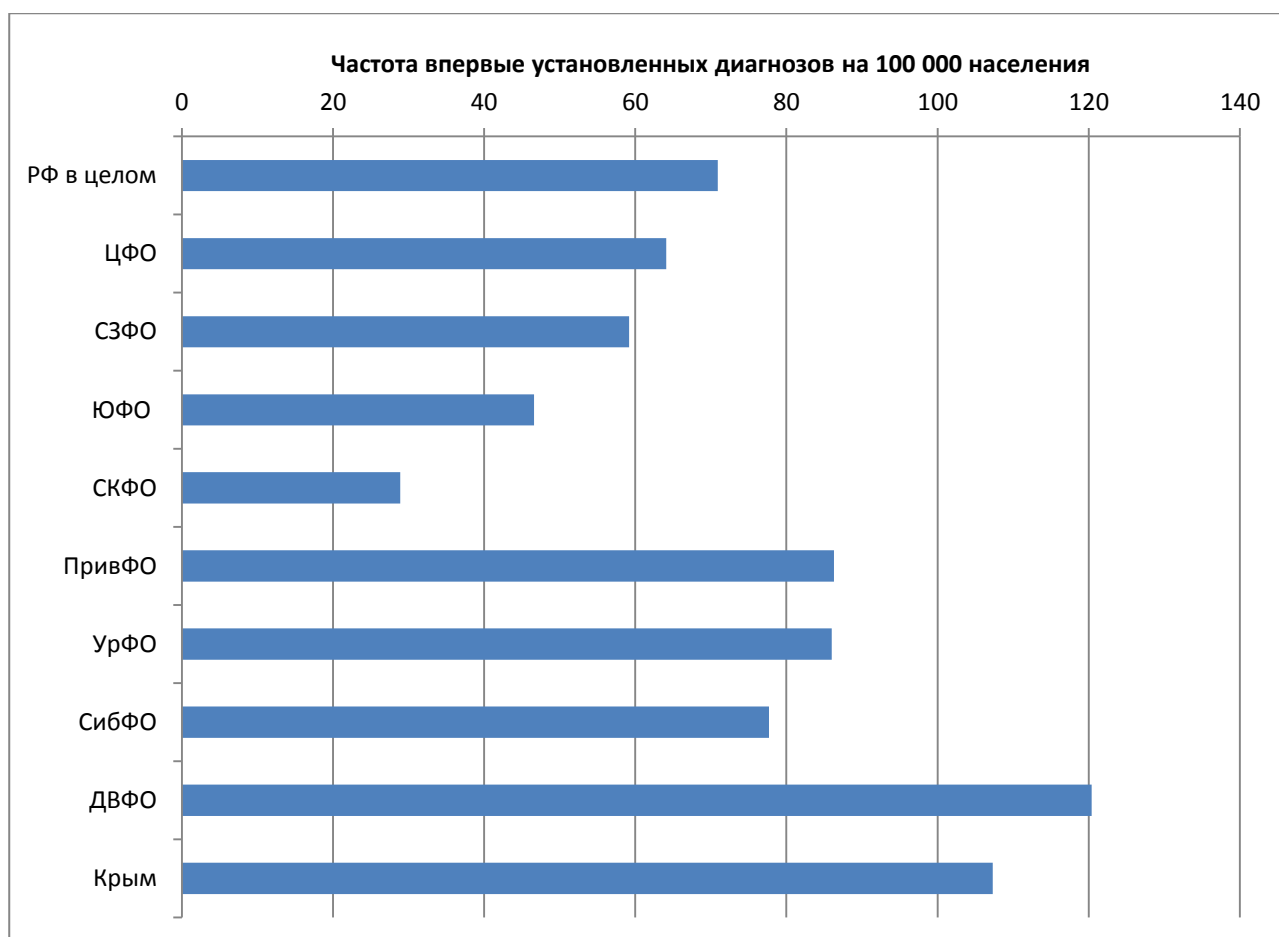


Рис. 2.7. Частота впервые диагностированных случаев алкоголизма и алкогольных психозов среди населения федеральных округов России в 2015 г.

По заболеваемости наркоманиями динамика менее выражена: с 2010 по 2013 гг. показатель снизился с 17,6 до 12,6 случаев на 100 000 населения, а в последние годы вновь возрос до 14,1 – 14,5 случаев на 100 000 человек. Самые неблагоприятные территории – Уральский, Сибирский, Дальневосточный федеральные округа, а также Крым (рис. 2.8).

Частота постановки диагноза токсикомании невелика и колеблется в пределах 0,4 – 0,6 случая на 100 000 населения. При столь низких значениях территориальные различия в пределах 0,3 – 0,8 случая на 100 000 населения большого значения не имеют.

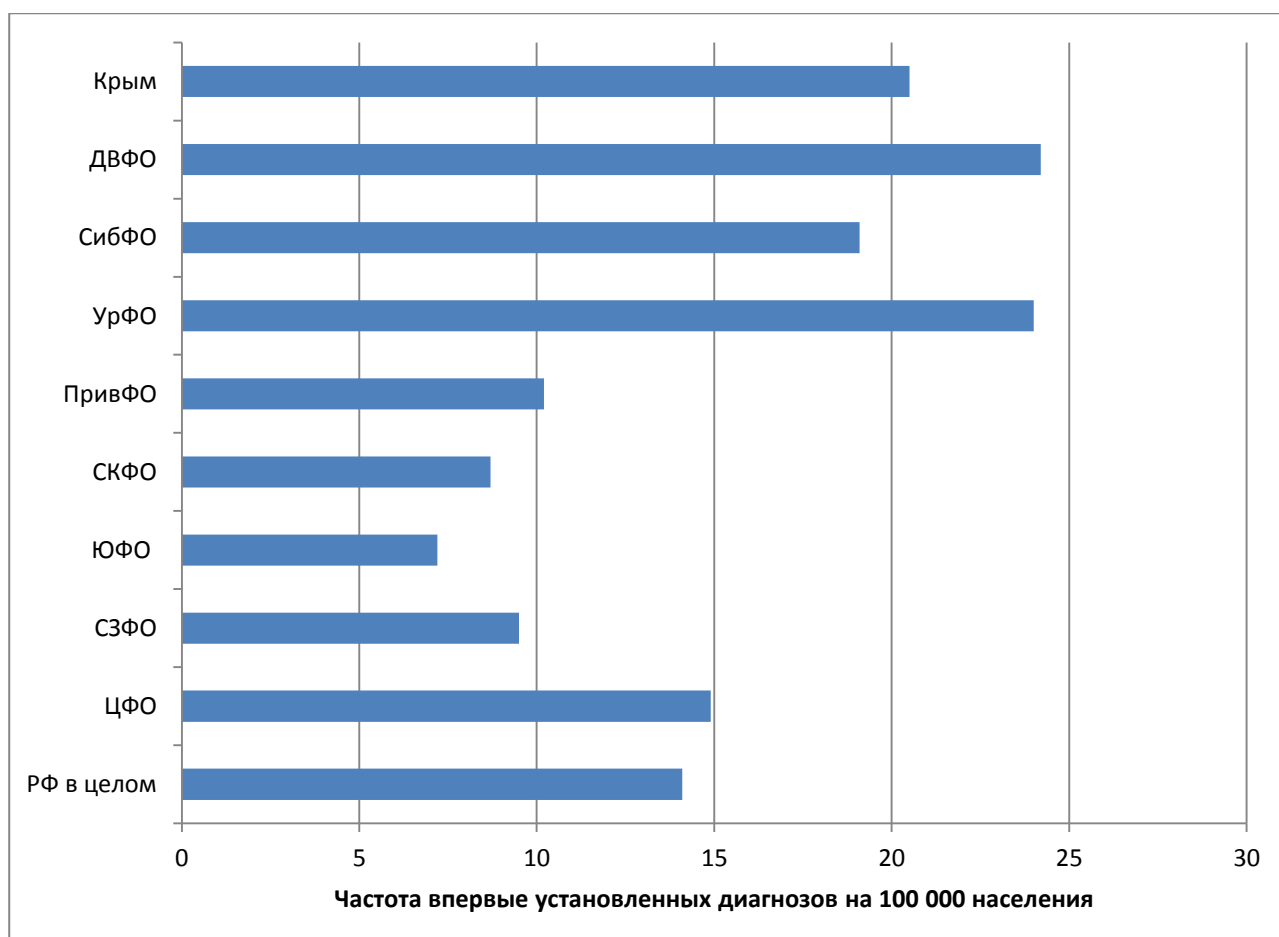


Рис. 2.8. Частота впервые диагностированных случаев наркомании среди населения федеральных округов России в 2015 г.

В целом, обращает на себя внимание значительно большее неблагополучие в плане всех видов наркологических расстройств в регионах восточнее Урала, а также то, что территории с высокими показателями общей заболеваемости лидируют и в плане первичного приобщения населения к соответствующим видам психоактивных веществ. Исключение из данной закономерности составляет Крым, что можно объяснить переходным периодом с активизацией работы по выявлению больных и гармонизации методик их учета с общероссийскими.

Несмотря на то, что в последние годы официальные данные о распространенности и выявляемости всех видов наркологических расстройств демонстрируют тенденцию к снижению показателей, общеизвестны данные о значительном превышении реальной численности потребителей ПАВ над учтенной. Низкая диагностируемость данных заболеваний заставляет специалистов сомневаться в истинности заявлений об уменьшении актуальности проблемы. Опубликованные сведения о полноте учета наркологических

больных весьма противоречивы. По данным НИИ наркологии Минздравсоцразвития РФ, число лиц, имеющих проблемы с наркотиками и обращающихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как 1:7. Есть основания считать, что реальная численность наркоманов более чем в 10 раз превышает зарегистрированную. Так, по некоторым данным, число наркоманов в стране равно 6 миллионам. **По результатам экспертной оценки, в регионах Центрального федерального округа выявляется 28,8±3,6% от общего числа потребителей всех видов ПАВ, то есть от четверти до трети лиц, реально допускающих их систематическое употребление,** а число эпизодических приемов учету не поддается.

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение доли лиц молодого возраста среди потребителей ПАВ. **Сопоставление нынешних показателей заболеваемости подростков и всего населения в целом показывает, что уровень учтенной заболеваемости наркоманиями среди подростков в 1,7 раза, а токсикоманиями - в 7 раз выше, чем среди всего населения.** Среди подростков уровень распространенности наркомании за период с 1991 по 2000 г. возрастал особенно быстро: показатель распространенности наркомании увеличился в 14,8 раза, злоупотребления наркотиками – в 4,5 раза. **По результатам ряда анонимных опросов, опыт хотя бы разового употребления наркотических и токсикоманических веществ имеет до 40% несовершеннолетних.** По данным социологического опроса, проведенного по заказу Минобрнауки России в 2010 году в возрастной группе 11-24 года, доля лиц, потреблявших когда-либо наркотики, угрожающе высока – 25%. Опыт потребления наркотиков от 1 до 3 раз имеют 15% опрошенных, потребляют наркотики с частотой от 2 раз в месяц до 1 раза в неделю — 7%, с частотой 2-3 раза в неделю или ежедневно – 3%. **Основная масса наркопотребителей, согласно соцопросу, приходится на возраст от 18 до 24 лет. Данные о среднем возрасте первой пробы ПАВ разнятся от 11 – 12 до 15 – 16 лет.** Таким образом, сравнительно небольшое количество официально учтенных потребителей ПАВ среди молодежи является скорее негативным фактором, свидетельствующим не о благополучии ситуации, а о низкой выявляемости наркологических расстройств у данной категории.

Данные целого ряда исследований показывают, что **наиболее уязвимая в плане употребления ПАВ категория молодежи – учащиеся учреждений начального и среднего профессионального**

образования. Центром мониторинга вредных привычек среди детей и подростков ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России» в 2013-2014 учебном году был проведен массовый опрос с целью изучения масштабов потребления психоактивных веществ среди подростков – учащихся училищ начального профессионального образования в возрасте 15-17 лет. Мониторингом было охвачено 18 регионов России из пяти федеральных округов (Центральный, Южный, Северо-Западный, Сибирский, Приволжский ФО). Всего было обследовано 22204 человека, из них 11005 (49,6%) мальчиков и 11199 (50,4%) девочек.

Потребителями алкоголя оказались примерно две трети учащихся, причем девочек среди них оказалось достоверно больше, чем мальчиков (59,7% мальчиков и 63,1% девочек, $p < 0,05$). В качестве отдельной проблемной категории рассматривались подростки, заявившие о систематическом употреблении алкоголя: в среднем по России, доля таковых составляет 19,9% мальчиков и 15,2% девочек. При изучении данного показателя в разных территориях обращает на себя внимание, что чем выше уровень распространенности фактов употребления алкоголя как таковых, тем больше и группа его систематических потребителей.

Частота употребления различных видов напитков также имеет значительные гендерные различия. Подростки-мальчики чаще всего употребляют пиво (45,3%), девочки - вино (30,4%) и шампанское (29,2%). Крепкие спиртные напитки выбирают 22,2% мальчиков и 10,8% девочек.

Первые пробы спиртного и приобщение подростков к алкогольным напиткам происходит в основном в период от 13 до 16 лет. В выборе алкогольных напитков при первой пробе имеются гендерные различия. Чаще всего, мальчики впервые пробуют пиво (45,9%), затем идет шампанское (22,6%), и в 13% случаев пробуются либо крепкие спиртные напитки (13,8%), либо вино (13,1%). Среди девочек более 40% впервые пробуют шампанское, 31,2% - пиво и в 17,8% случаев вино. Крепкие спиртные напитки в качестве первой пробы алкоголя употребляются девочками лишь в 5,9% случаев. Легкие алкогольные напитки для первой пробы используют 5 – 6% подростков.

Распространенность курения среди учащихся училищ начального профессионального образования в среднем по России в 2013-2014 гг. составляла среди мальчиков 41,6%, а среди девочек - 31,7%. В качестве особо неблагополучной группы выделены ежедневно курящие подростки. В целом по России численность ежедневно курящих среди мальчиков ПУ существенно выше, чем среди

девочек (39,0% против 28,6%). Сопоставляя данные цифры с общей распространенностью курения, можно сделать вывод, что **среди курящих мальчиков ежедневно курят более 90%, а среди девочек – 68%**, то есть уровень распространенности табачной зависимости в женской среде ниже. Общей тенденцией является прямая связь между распространенностью курения в целом и частотой проблемного ежедневного потребления табака: **чем выше уровень распространенности курения, тем больше число ежедневно курящих.**

Рассматривая возраст приобщения подростков к курению, необходимо обратить внимание, что у девочек имеет место выраженный пик, приходящийся на категорию 13 – 14 лет. У мальчиков 17,2% начинают курить до 10 лет, в возрасте 11 – 12 лет отмечается спад в приобщении к табаку, а в 13 – 14 лет – новый пик (в этом возрасте курить начинают более 20%) (рис. 2.9). В целом, **самое интенсивное приобщение к курению приходится на возраст 13-14 лет.**

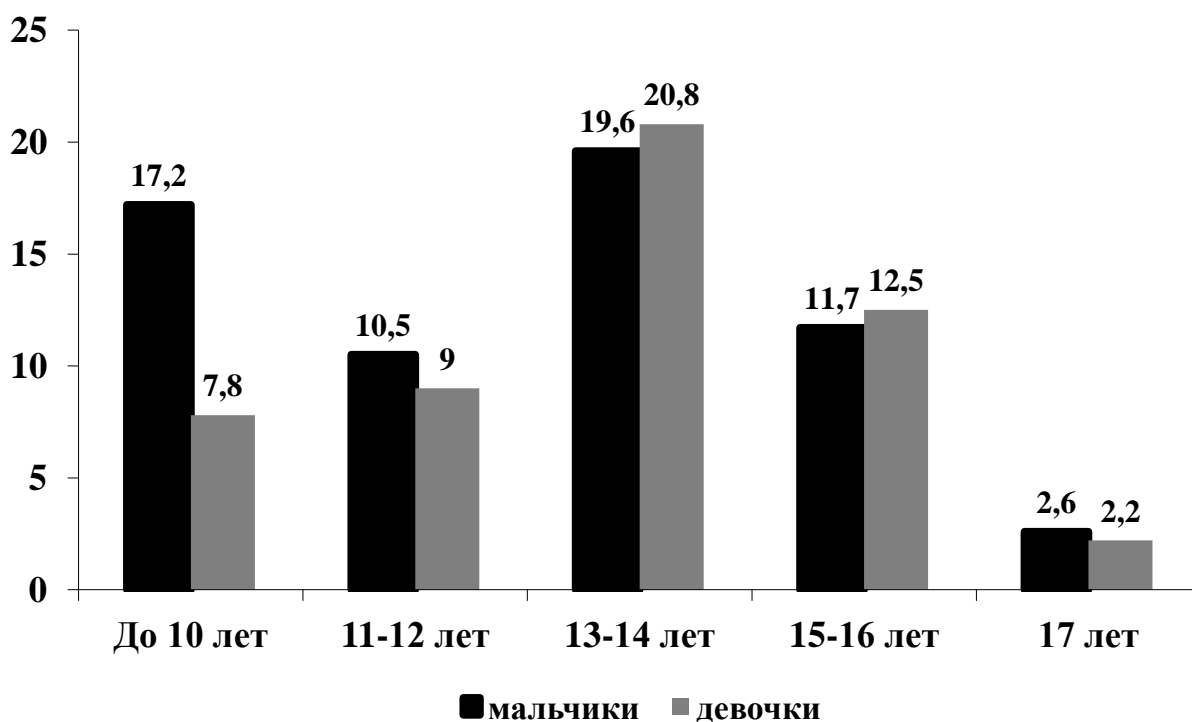


Рис. 2.9. Возраст первой пробы курения подростков – учащихся начального профессионального образования в Российской Федерации в 2013-2014 гг. (в % от числа обследованных)¹.

¹ Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Ситуация с потреблением психоактивных веществ среди подростков 15-17 лет, учащихся училищ начального профессионального образования в России в 2013-2014 гг.: Информационно-аналитическое письмо. – Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2015. – С.25.

С целью получения одурманивающего эффекта подростки могут использовать как наркотические вещества, официально включенные в соответствующий перечень, так и доступные лекарственные препараты, в том числе в завышенных дозах либо в сочетании с алкоголем. Актуальной проблемой является и использование с этой целью бытовой химии. В настоящее время, начиная с 2005 г., актуальной проблемой стало употребление курительных смесей. Основные компоненты курительных смесей – синтетические каннабиоиды – аналоги тех, которые содержатся в конопле. Борьба с их распространением на государственном уровне осложняется их сложным и трудноанализируемым составом, легкостью химической модификации, в результате чего синтез новых смесей, обладающих психотропным эффектом, опережает темпы внесения изменений в официальный перечень запрещенных веществ. Налаживается криминальное производство психотропных экстрактов и чисто химических веществ для пропитывания сигарет, продолжаются эксперименты с тропическими растениями. В результате в обороте постоянно находится ряд препаратов, для изъятия которых не имеется достаточных правовых оснований. Преобладающей формой злоупотребления курительными смесями является ситуационная, что делает практически невозможным достаточно полный официальный учет допускающих их употребление. Однако в настоящее время регистрируются случаи как психической, так и физической зависимости от данных препаратов, а из всех смертей по причине немедицинского употребления ПАВ порядка 10% связаны с курительными смесями.

В связи с многообразием наркотических и токсикоманических веществ, которые могут быть предметом злоупотребления в подростковой среде, ЦНИИОИЗ не разделяет случаи употребления собственно наркотиков и токсикоманических веществ. Это не представляется возможным в связи с незнанием подростками-респондентами официальной классификации ПАВ. В связи с этим наркотические и токсикоманические вещества были объединены понятием «наркотически действующие вещества».

По результатам мониторинга, в 2013-2014 гг. уровень распространенности опыта разового употребления наркотически действующих веществ (НДВ) среди подростков 15-17 лет – учащихся училищ начального профессионального образования, составлял в среднем по России 11,0% мальчиков и 6,7% девочек.

Уровни распространенности экспериментирования с НДВ в обследованных территориях довольно сильно различаются. Среди мальчиков минимальный и максимальный показатели различаются в 5 раз, среди девочек - в 12,7 раза. **Общероссийской тенденцией является превышение доли употребляющих НДВ среди мальчиков над показателем среди девочек.**

Приобщение к наркотически действующим веществам у подростков ПУ отмечается уже в возрасте до 10 лет включительно, но выраженный пик частоты первых проб для подростков обоего пола приходится на 15 – 16 лет (рис.2.10).

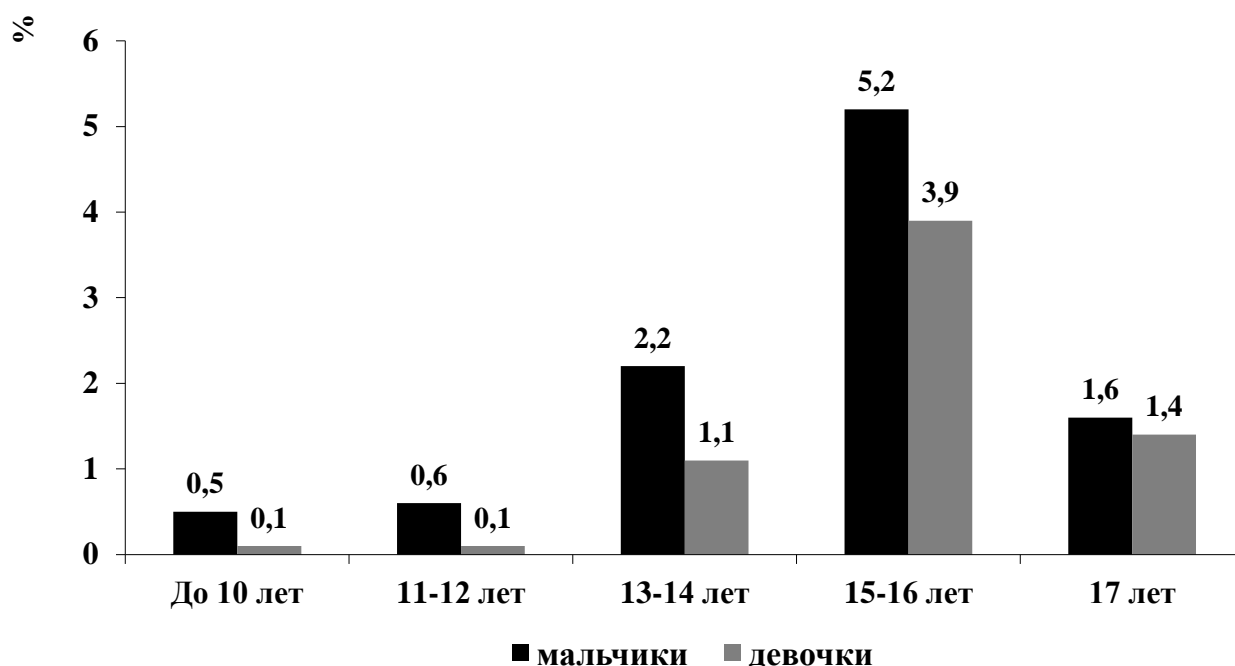


Рис. 2.10. Возраст первой пробы НДВ среди подростков – учащихся училищ начального профессионального образования в Российской Федерации в 2013-2014 гг. (в % от числа обследованных)².

Более 60% подростков (66% мальчиков и 61,1% девочек), имеющих опыт применения НДВ, начинают их употребление с препаратов конопли. Последующие ранговые позиции занимают психостимуляторы («экстази», «крэк») и препараты бытовой химии.

Среди подростков – учащихся училищ начального профессионального образования опыт неоднократного приема НДВ или их продолжающегося потребления в 2013-2014 гг. имеют 2,9%

² Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Ситуация с потреблением психоактивных веществ среди подростков 15-17 лет, учащихся училищ начального профессионального образования в России в 2013-2014 гг.: Информационно-аналитическое письмо. – Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2015. – С.33.

мальчиков и 1,3% девочек. Диапазон колебаний распространенности систематического употребления НДВ в разных территориях довольно широк. Среди мальчиков максимальный и минимальный показатели различаются более чем в 20 раз (от 8,5% в Калуге до 0,4% в Воронеже, в Волгограде таковых не выявлено вообще). Среди девочек данные различаются более чем в 37 раз: от 3,7% в Красноярске до 0,1% в Воронеже и полного отсутствия в Краснодаре. Необходимо отметить, что **величина проблемных групп по употреблению НДВ в той или иной территории зависит от уровня распространенности экспериментирования с НДВ: чем он выше, тем больше и соответствующая неблагополучная группа.** Данная тенденция является общей в отношении всех видов психоактивных веществ.

Рассматривая данные мониторингов ЦНИИОИЗ в динамике с 2006 г., следует отметить позитивные тенденции в виде снижения распространенности потребления подростками всех классов ПАВ.

Частота употребления алкоголя снизилась среди мальчиков с 80,7% до 59,7%, среди девочек – с 83,0% до 63,4%. При этом уровень распространенности алкоголизации среди девочек остался выше, чем среди мальчиков. Распространенность систематического употребления алкоголя снизилась более чем в 2 раза среди подростков обоего пола.

Распространенность курения среди мальчиков сократилась более чем в 1,5 раза – с 78,3% до 41,6%, а среди девочек – более чем в 2 раза (с 65,4% до 31,7%). Почти в 1,5 раза сократилась и численность ежедневно курящих.

В отношении экспериментирования и употребления НДВ также наблюдается положительная динамика. Так, среди мальчиков число экспериментирующих с НДВ снизилось на 36%, а среди девочек – на 42%. В отношении систематического употребления НДВ снижение еще более существенное. Численность проблемной группы по употреблению НДВ снизилась среди мальчиков в 2,3 раза, а среди девочек - в 2,5 раза. Кроме того, появились территории, где среди учащихся ПУ вообще нет подростков, употребляющих НДВ на регулярной основе.

Снижение распространенности потребления алкоголя, наркотически действующих веществ и курения среди подростков расценивается в том числе как успех государственной политики по регулированию оборота табачной и алкогольной продукции. Исследования ЦНИИОИЗ показывают увеличение обоснованной информированности подростков о вреде алкоголя, табака и НДВ за счет

целенаправленно проводимых профилактических мероприятий. В целом, **позитивную роль играет повсеместная пропаганда в СМИ здорового образа жизни и спорта, вовлечение молодежи в занятия физической культурой, творчеством, общественной деятельностью.**

Несмотря на небольшие позитивные сдвиги, наркомания в России по-прежнему официально признана угрозой национальной безопасности страны, фактором, оказывающим огромное отрицательное влияние на демографическую ситуацию, экономику и обороноспособность.

ГЛАВА III. ФАКТОРЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.

Высокая латентность наркологических расстройств общеизвестна, а опубликованные сведения о полноте учета наркологических больных весьма противоречивы. По результатам экспертной оценки, в регионах Центрального федерального округа **выявляется 28,8±3,6% потребителей всех видов ПАВ, то есть от четверти до трети лиц, реально допускающих их систематическое употребление, а число эпизодических приемов учету не поддается.**

Основным фактором, с которым связана низкая обращаемость за медицинской помощью по поводу проблем, связанных с употреблением ПАВ, является опасение неблагоприятных правовых последствий, обусловленных нахождением на учете в лечебно-профилактическом учреждении наркологического профиля. Организации массовых обследований на предмет употребления ПАВ препятствует то, что на наркологию распространяется действие Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно данному закону, заключение о наличии у больного психического расстройства (согласно МКБ-10, к ним относятся в том числе алкоголизм, алкогольные психозы, наркомании и токсикомании) может быть дано только по результатам психиатрического освидетельствования, которое проводится по просьбе или с согласия обследуемого либо его законного представителя. Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без такого согласия только в строго определенных обстоятельствах (серьезная угроза жизни и здоровью самого больного или окружающих).

С учетом данных законодательных норм строится система выборочного скринингового клинико-лабораторного тестирования на выявление фактов употребления наркотиков. Выборочное добровольное тестирование проводится среди учащихся общеобразовательных учреждений, учреждений среднего и высшего профессионального образования. Начиная с 2005 года, соответствующие обследования проводятся и в отношении граждан, подлежащих призыву на военную службу. Как один из вариантов организации тестирования может быть рассмотрено его проведение в отношении лиц, у которых по внешним признакам есть основания полагать, что они допустили немедицинское потребление наркотиков.

Так как лабораторное тестирование населения на предмет незаконного употребления ПАВ имеет выборочный характер, в планировании массовой профилактики большое значение имеет мониторинг факторов риска наркотизации молодежи. Вероятность как разового или эпизодического употребления ПАВ, так и возникновения зависимости от них определяется действием большого количества факторов, каждый из которых, взятый в отдельности, не является определяющим.

С социально-психологической точки зрения, химические и поведенческие зависимости имеют сходные корни. Кроме того, отмечена высокая частота трансформации подросткового алкоголизма в наркоманию и токсикоманию, а также вероятность их сочетания.

С психолого-педагогической точки зрения все факторы риска незаконного употребления ПАВ разделяются на факторы среды (объективные) – социально-психологические, и факторы личности подростка (субъективные) – психологические.

Модель ситуации риска наркотизации подростков, предложенная Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским, выделяет пять доминирующих сфер, в которых может разворачиваться ситуация риска: личностные факторы, процессы, происходящие в семье, социальное влияние сверстников, социальные и личностные навыки самоуправления и ожидания, связанные с алкоголем и наркотиками.

Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития РФ предлагает выделять следующие виды факторов: биологические, индивидуальные, семейные (внутрисемейная среда), внесемейные (школа, сверстники).

3.1. Биологические факторы риска.

Биологические факторы риска незаконного употребления ПАВ – факторы, связанные с особенностями развития, структуры и функции различных органов и систем человека (рис. 3.1).

Считают, что генетические факторы могут объяснять риск наркологических заболеваний на 60%. Остальные 40% отводят факторам риска со стороны внешней среды, в первую очередь общества. При этом установлено, что риск пробы ПАВ определяется в основном факторами среды, а риск развития болезненного пристрастия к нему – наследственной предрасположенностью.

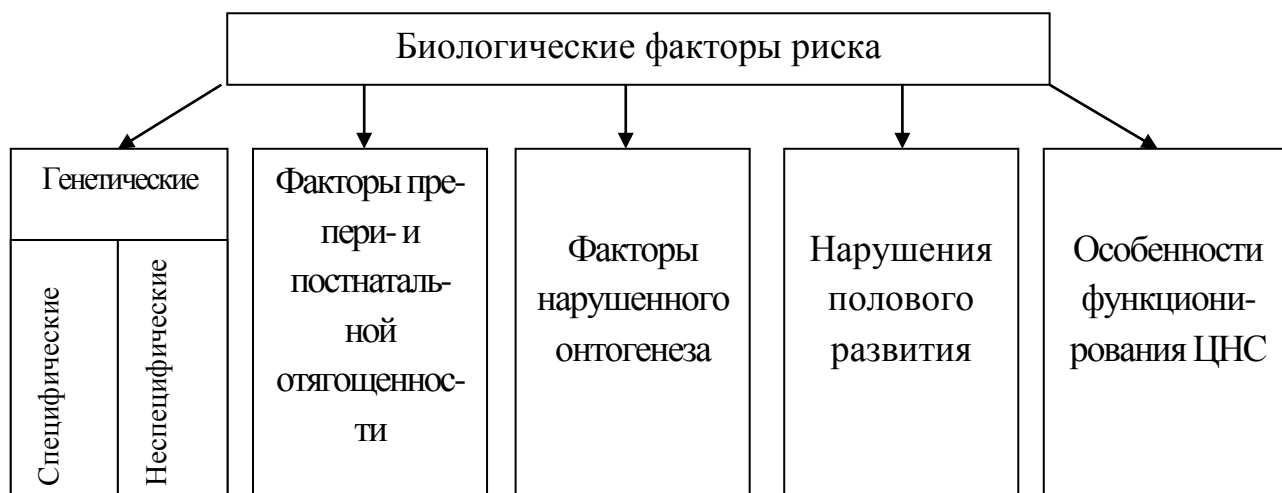


Рис. 3.1. Биологические факторы риска наркотизации молодежи.

Важная роль генетического предрасположения к развитию зависимости от ПАВ доказана исследованиями, проведенными генеалогическим, близнецовым методами и изучением приемных детей с их биологическими и приемными родителями, а также изучением моделей зависимости на животных. По результатам многочисленных исследований установлено, что **маркерами предрасположенности к немедицинскому приему ПАВ являются наличие у родственников I и II степени родства как наркозаболеваний, так и нервно-психических расстройств.**

При изучении природы генетической предрасположенности к алкоголизму было выделено две группы генов: контролирующие специфические и неспецифические в отношении алкоголя механизмы формирования зависимости.

Первая группа генов отвечает за специфический ферментный механизм метаболизма алкоголя, представленный двумя практически значимыми стадиями, контролируемыми ферментами алкогольдегидрогеназой и ацетальдегиддегидрогеназой. **Риск развития алкоголизма значительно (до 100 раз) выше у лиц, имеющих гены, определяющие низкую активность алкогольдегидрогеназы и высокую – ацетальдегиддегидрогеназы, что определяет высокую переносимость алкоголя. Высокая активность алкогольдегидрогеназ при недостаточности ацетальдегиддегидрогеназы обуславливает быстрое опьянение и тяжелые побочные эффекты, и может рассматриваться как фактор защиты.** Подобные защитные генетические варианты энзимов встречаются в основном у народов Азии, а в европейской популяции эти гены-протекторы не обнаружены.

Вторая группа генов контролирует неспецифические механизмы психофизиологических зависимостей и связана с обменом дофамина, который контролирует чувство удовольствия и удовлетворения. Показано, что **существует ген, один из вариантов которого приводит к снижению числа дофаминовых рецепторов. Следствием этого является поиск человеком путей увеличения уровня дофамина в мозге. Такие люди больше подвержены риску развития как химических, так и поведенческих зависимостей.**

К биологическим факторам риска относятся факторы пре-пери- и постнатальной отягощенности: патологически протекавшая беременность у матери, хронические и острые заболевания, психические травмы у матери в период беременности, патологически протекавшие роды, задержки нервно-психического развития в раннем возрасте. Нарушение развития мозга плода, в дальнейшем предрасполагающее к нарушению психического развития и возникновению зависимостей, может быть связано с начальным поражением половых клеток родителей.

Факторами нарушенного онтогенеза являются черепно-мозговые травмы, психотравмы, тяжелые соматические заболевания, астеническая конституция, физические недостатки, в том числе вследствие неравномерности развития органов и становления их функций.

В числе факторов риска выделяют нарушения полового развития, а именно несоответствие этапов становления анатомо-физиологического и психологического компонентов, что может быть как проявлениями психологической дисгармонии, так и следствием нарушения гормонального фона, в том числе и в сочетании с морфофункциональными нарушениями.

К биологическим факторам риска относят также ряд электрофизиологических особенностей мозга и низкие уровни серотонина в спинномозговой жидкости. Это может проявляться в виде высокого порога нейрофизиологического раздражения: воздействия, чрезвычайно сильные и дискомфортные в норме, воспринимаются таким человеком как нормальные, необходимые для получения положительных эмоций, что определяет образ жизни данной категории людей: рискованные поступки, раннее начало половой жизни, криминальное поведение и склонность к приему различных видов ПАВ.

3.2. Индивидуальные (психопатологические) факторы риска

На протяжении многих лет ученые тесно связывают механизмы формирования наркологических расстройств с преморбидной (предшествующей) структурой личности. По мнению ряда авторов, индивидуальные факторы риска – это повышенная импульсивность, стремление к поиску новизны, синдром детской гиперактивности, нарушение поведения в детстве (экстернализованное поведение). Этот комплекс называют «нейрональной и поведенческой расторможенностью». **Большинство психологических факторов риска неспецифичны в отношении конкретных видов веществ и определяют склонность человека к искусственному изменению сознания и поиску ощущений, сопровождающих прием ПАВ различных классов.**

В результате многочисленных практических исследований выделены **обобщенные индивидуальные факторы риска приобщения подростков к наркотикам и алкоголю: стресс, внушаемость, любопытство.** По некоторым данным, 32% подростков прибегают к ПАВ как к способам избегания стрессов или приобретения уверенности, 28% - под воздействием авторитетных для них лиц, т. е. в результате стороннего внушения, от 39,5% до 75% - из любопытства.

Употребление ПАВ может быть обусловлено желанием подростка продемонстрировать свою самостоятельность, проявлением протеста против существующих в обществе взрослых людей моральных норм и принципов. Кроме того, в подростковом возрасте увеличивается **потребность в переживании риска**, который зачастую реализуется в экспериментах с наркотическими и токсическими веществами и правонарушениях. **В группе подростков, имевших проблемы с правоохранительными органами, 18,8% употребляли наркотики и токсиканты в сравнении с 1,6% тех, кто не имел подобных трудностей.** Аналогичная связь доказана и в отношении ранней и беспорядочной половой жизни. **Ранние половые связи могут быть как следствием алкоголизации и наркотизации, так и проявлением общей склонности к рискованному поведению, предрасполагающему как к сексуальным, так и к наркотическим «экспериментам»**

Результаты исследований показали, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим ПАВ. В частности, это **слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, принимать самостоятельные решения; эмоциональная**

неустойчивость и незрелость, обидчивость, ранимость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации.

Зачастую наркологические расстройства формируются у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий, и, в то же время, отличающихся сниженной способностью к длительной целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. В то же время, эти черты свойственны не только алкоголикам и наркоманам, но и могут отмечаться в подростковом возрасте, особенно если этот период развития протекает с осложнениями.

У потребителей ПАВ отмечается также **низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей, низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью.**

Антисоциальную личность (по классификации DSM-IV), компонентами которой являются грандиозность, поиски внимания, стимулов и новизны, неприятие социальных норм и антисоциальное поведение в юности также можно отнести к индивидуальным факторам риска.

Систематизация личностных черт, повышающих вероятность возникновения тяги к ПАВ, позволила сформулировать понятие «аддиктивная личность». Ей свойственны:

- неконформность, неадаптивность поведения и суждений вследствие скрытого комплекса неполноценности;
- жажда острых ощущений, необычных переживаний, нетривиальных способов достижения удовлетворения, склонность к риску, эпатажность;
- плохая адаптируемость к обыденным ситуациям;
- высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов, нездоровое любопытство;
- независимость в недевиантных сферах деятельности, сочетаемая со стремлением обвинять окружающих и с зависимостью в сфере аддикции;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими контактами;
- стремление уходить от трудностей и ответственности;

- стремление говорить неправду;
- тревожность, склонность к депрессиям.

Одним из состояний, предрасполагающих к формированию аддиктивных расстройств, в том числе алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, является синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ). По мнению большинства отечественных и зарубежных исследователей, он встречается у 5-10% детей в популяции. Критерии СНВГ часто меняются, что затрудняет диагностику, кроме того, около половины детей с СНВГ имеют дополнительные нарушения поведения, связанные с физической агрессивностью.

Ряд авторов отмечает, что на степень риска употребления конкретных классов наркотических и психотропных веществ влияет тип девиации характера, даже если речь идет о вариантах нормы – акцентуациях. **Эпилептоидный тип проявляет тенденцию к употреблению галлюциногенов и ингалянтов, истероидный – транквилизаторов, шизоидный – опийных препаратов и гашиша.** Пограничные психические расстройства – психопатии – также оказывают влияние на вероятность наркологических расстройств. **Психопатии астенического круга сопровождаются фиксацией внимания на опасных для здоровья факторах, что признано препятствием к экспериментированию с ПАВ.** Наоборот, для шизоидной психопатии в чистом виде описан индивидуальный мотив наркотизации.

Большое значение имеют знания, касающиеся ПАВ и их действия на организм, а также убеждения о допустимости их употребления. В контексте данных исследований интерес представляет теория «когнитивных медиаторов». Согласно данной теории, **убеждения, знания, представления, сформированные под влиянием семьи и окружения, рекламы и профилактической работы модифицируют действие факторов социальной среды, усиливая или нивелируя роль прочих факторов риска, и оказывая таким образом влияние на вероятность наркотизации.** В модель ситуации риска наркотизации подростков также в качестве доминирующей сферы включены социальные и личностные навыки самоуправления: навыки саморегуляции и отказа от предложения употребить ПАВ.

Обобщая данные порядка 50 отечественных и зарубежных источников, мы приводим схему (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Психопатологические факторы риска наркотизации.

3.3. Семейные факторы риска.

Изучение семьи с целью выявления факторов риска наркологических расстройств проводится на протяжении многих лет. Сверстники, школа, община лишь дополняют семью.

С семьей связаны как генетические, так и средовые (внутрисемейная среда) факторы.

Дети из социально неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия, родители которых имеют малопрестижный род занятий или являются безработными, **больше подвержены риску приобщения к употреблению ПАВ** и совершению правонарушений. Социально неблагополучные условия могут быть определены

социальным работником, социальным педагогом как один из возможных факторов риска.

Мнения по поводу роли материальной обеспеченности семей противоречивы. Приводятся данные, по которым с наркотиками знакомы 17,3% респондентов из малообеспеченных семей и чуть больше (18,6%) из семей с высоким достатком. В то же время, другими авторами высокий достаток семьи причислен к факторам защиты, снижающим вероятность наркотизации детей.

В качестве фактора риска употребления ПАВ различных видов также названы **личностные или характерологические особенности родителей: трудоголизм, эмоциональное отвержение родителями подростков, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями и ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жесткостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе.**

Как расслабленный, так и авторитарный стили воспитания повышают у подростка вероятность проблем с употреблением ПАВ. Анализ показал, что **семейная социальная поддержка ассоциирована с пониженной вероятностью употребления алкоголя и наркотиков среди респондентов.** При этом излишнее стремление взрослых дисциплинировать детей, избыточный контроль и строгие дисциплинарные установки снижают позитивные усилия ребенка, вероятность вовлеченности его в доверительное общение с родителями, что порождает протестное поведение, в результате которого возможно вовлечение подростков в прием ПАВ.

В последнее время в наркологии уделяют внимание теории семейных систем. Согласно данной теории, взаимоотношения и взаимодействия между членами семьи являются важнейшими компонентами, влияющими на жизнь подростка. **Члены семьи представляют собой модели поведения для подростка** и являются источником подкрепления его поведения. Нарушение нормального функционирования семьи может укрепить негативное влияние других факторов риска. В соответствии с данной теорией, употребление ПАВ подростком можно рассматривать как продукт семейных взаимоотношений и взаимодействий, равно как и симптом дисфункции семьи, относящийся к неспособности семьи в выполнении тех задач, которые ставит каждая стадия жизненного цикла семьи.

В одном из обзоров **связанные с семьей факторы риска обобщены следующим образом: конфликты и насилие в семье,**

проблемы управления поведением подростка, семейная дезорганизация, недостаток сплоченности семьи, повышенный уровень стресса, употребление ПАВ членами семьи, нечеткие правила и непостоянство санкций в отношении ПАВ, низкий уровень образования родителей, нереалистические ожидания в развитии. Другие авторы дополнительно выделяли такие семейные факторы риска, как **ситуация адаптации к разводу, повторному браку родителей; дистантное, малозаботливое и непостоянное родительство; негативные коммуникации в паре родитель-ребенок; неэффективная практика воспитания ребенка, в особенности в случаях с трудным темпераментом ребенка и проблемным его поведением; недостаток взаимной привязанности и заботы.** Большинство факторов риска одинаково важны для лиц обоего пола.

К факторам риска можно отнести и неполную семью. Имеются данные, согласно которым подростки, имеющие одного родителя, начинают употреблять ПАВ в более раннем возрасте, а до 40% детей, у которых развилась алкогольная зависимость, воспитывались в неполных семьях.

В то же время, большое значение имеет тип или качество взаимоотношений между родителями и подростком при любой структуре семьи. Было установлено, что **наличие в семье твердых правил, родительского мониторинга может существенно снизить вероятность употребления подростками ПАВ.** Эти защитные факторы важны для подростков обоего пола.

Взаимная привязанность в паре родитель-ребенок в течение детского и подросткового возраста сочетается с такими личностными особенностями подростков, как ответственность, мало выраженное бунтарство, нетерпимость к девиантному поведению, и является доказанным фактором защиты от употребления ПАВ.

В литературе имеется подтверждение того, что **в качестве фактора риска следует также рассматривать плохое взаимодействие между родителями и педагогами,** так как при этом отсутствует преемственность в воспитании, единство целей и установок.

Факторы защиты включают систему позитивной семейной поддержки, позитивные взаимоотношения в семье, сильную привязанность, приверженность семейным ценностям, высокий уровень образования родителей, религиозность.

Выделили 3 семейных защитных фактора.

1. Правила. Существующие в семье требования относительно распорядка дня, выполнения домашней работы, просмотра телепередач, употребления алкоголя.

2. Мониторинг. Ребенок звонит родителям относительно своей задержки возвращения домой, родители знают о местонахождении их детей, о том, с кем дружит ребенок, с кем и чем занимается после школы.

3. Привязанность и приверженность семье. Родители и дети делятся мыслями и чувствами, дети говорят о своей близости к родителям, стремятся быть похожими на них, по своей инициативе помогают в домашнем хозяйстве и хотят порадовать мать и отца.

Установили, что **просоциальные процессы в семье, т.е. наличие правил, мониторинга и привязанности, существенно влияет на снижение выбора антисоциальных сверстников.** Наличие в семье указанных факторов существенно снижает инициацию употребления ПАВ детьми, даже в тех случаях, когда они примыкают к потенциально опасной группе.

3.4. Внесемейные факторы риска.

Большое количество авторов, изучающих проблемы возникновения наркологических расстройств, уделяют серьезное внимание факторам внесемейного окружения.

В отношении наркоманий имеются данные о том, что один наркоман втягивает в употребление ПАВ за год от 4 до 17 человек. Независимо от других факторов от 17% до 46,8% молодых людей мотивируют употребление наркотиков общением с наркоманами. В большинстве случаев, первый прием любых ПАВ происходит в подростковой группе. Формирование групп и групповые формы поведения характерны для возраста от 9 до 14 лет, на который приходится средний возраст первой пробы ПАВ всех классов. **В основе формирования групповых разновидностей девиантного поведения лежат мнение лидера, групповая субкультура и традиции, принцип группового давления и низкой толерантности к этому давлению.** При этом возможны ситуации оказания прямого давления на подростков со стороны лидеров и авторитетных членов групп и неформальных объединений, склонение и принуждение к употреблению психоактивных веществ, в том числе под угрозой всеобщего презрения или физической расправы. Другая форма группового влияния основана на героизации

образа человека, употребляющего ПАВ, или традициях ряда субкультур (панки, хиппи, эмо). Постепенно совместное одурманивание и переживание ощущений измененного сознания становится основным группообразующим мотивом, вытесняя все другие формы активности.

Серьезное внимание уделяется изучению факторов риска злоупотребления ПАВ, действующих в школе. Это **плохая успеваемость, конфликты с учителями и администрацией, негативное отношение к обучению в школе и нежелание продолжать образование, агрессивное поведение или чрезмерная застенчивость в классе.** Выделяют также частую смену школ и некоторые виды учительской практики: **навешивание учащимся ярлыков «трудных», недоброжелательный климат в школе, неопределенная позиция и некомпетентность педагогов в вопросах наркомании и ее профилактики, незнание или нежелание признавать факты употребления психоактивных веществ учащимися.**

В отношении университетского образования отмечено, что **фактором риска можно считать современную парадигму образования, диктующую необходимость непрерывных спонтанных изменений как условия карьерного роста.** Спонтанность, отсутствие четкой системы идеалов, изменчивость прививаемых в ходе такой «мобильности» ценностей перегружает психику, действуя аналогично частой смене школ у более младшей группы, порождает адаптационные проблемы и срывы. **Алкоголь, наркотики и/или токсикоманические вещества могут восприниматься как неотъемлемые атрибуты студенческой среды,** и распространённость такого стереотипа достаточно высока как в отечественных, так и в зарубежных вузах.

Еще целый ряд факторов риска связан с условиями места жительства. Районы, отличающиеся высоким уровнем преступности, с часто меняющимися жильцами, не способствуют возникновению чувства единения и общности среди людей, населяющих их. **Неблагоприятное соседство и общественная необустроенность способствуют распространению злоупотребления ПАВ среди местной молодежи.**

Частые перемены места жительства также оказывают отрицательное влияние на подростка, поскольку сталкивают его с необходимостью построения отношений с новыми друзьями, соседями, одноклассниками, что нередко обуславливает появление трудностей и

проблем. Однако если семья умеет органично вливаться в жизнь общества на новом месте, а соседи ей рады, данный риск понижается.

Особую группу среди подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ, занимают беспризорные. В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге, было выяснено, что 45% из них злоупотребляют ингалянтами, 26% - каннабиоидами, 17% - алкоголем, 6% - опиатами, 3% используют с целью одурманивания психотропные лекарственные препараты и 3% злоупотребляют несколькими веществами одновременно, причем **68,7% уличных аддиктантов начали употреблять ПАВ после ухода из дома.**

К факторам со стороны общества в целом относят национальные традиции, связанные с употреблением ПАВ, общее духовно-нравственное состояние общества, распространенность искаженных псевдорелигиозных учений.

Вероятность употребления ПАВ вообще, выбор вещества, обстоятельств его приема, частоты и формы злоупотребления им во многом определяются национальными и культурными традициями. В отношении потребления алкоголя выделяют 4 формы культур: абстинентные (запрет на любые формы употребления спиртного), амбивалентные (конфликт между существующими ценностями и алкоголем), перmissive (разрешается умеренное употребление алкоголя) и перmissive культуры, допускающие нарушение функции (приемлемы не только употребление алкоголя, но также и алкогольные эксцессы). Наиболее распространен алкоголизм в перmissive культурах, к которым относят некоторые скандинавские и восточно-европейские страны. Кроме того, в отношении алкоголя выделяют «северный» тип алкогольной культуры – с преобладанием употребления крепких напитков, - и «южный» - с употреблением преимущественно натуральных вин.

У некоторых народов Азии и Америки имеются давние традиции употребления ПАВ растительного происхождения, народам Севера свойственно употребление галлюциногенных грибов – такие «традиции» также накладывают отпечаток на специфику наркоситуации в регионах.

С национальными и культурными традициями тесно связаны факторы религии. Благодаря религии, человек формируется исходя из принципов оборонительной стратегии, конечная цель которой состоит в обеспечении выживания и благополучия. По данным ряда авторов, **мощнейшим фактором, объясняющим осуждение наркомании подростками, выступает религиозность.** Общее духовно-

нравственное состояние общества также оказывает влияние на вероятность приобщения молодежи к употреблению ПАВ. Нормативно-ценностный кризис российского общества 90-х годов XX века заключался в том, что идеалы прошлого были целиком отвергнуты, а новые еще не сформированы, что привело к утрате молодежью ряда морально-нравственных идеалов и ориентиров. Кризис затронул все социальные институты, в том числе и семью, не позволил последней в полной мере осуществлять свои функции и дать новому поколению средства психологической защиты, эффективного достижения цели, а также навыки адаптации и социализации, что рассматривается как одна из причин массовой наркотизации молодежи в тот период.

Противоречивость общественного развития, где тесно переплелись трудности становления образа жизни, и деформации экономических, социальных, политических, духовных процессов – это питательная среда для роста масштабов немедицинского употребления ПАВ и формирования специфической субкультуры, которая способствует приобщению к ПАВ и закреплению их употребления. **Наркоманская субкультура (особый жаргон, стиль поведения, традиции, музыка, литература и т. д.) для молодежи притягательна, но обманчива, т. к. группа наркоманов - это лишь временное собрание людей, объединенных единым желанием употребления ПАВ. Вместе с тем, сплоченность в группе наркоманов высока, поскольку все они имеют совместные переживания, единую «наркоманскую картину мира», единую цель. О наркоманской субкультуре можно говорить как об очевидном, очень опасном явлении, способствующем психологической зависимости.**

В качестве внешних атрибутов рекламно-побудительного характера наркокультуры (для начинающих) выступает мифологическая эклектика двух самостоятельных субкультурных образований: элитарной (богемной) и криминальной субкультур. **Как в элитарной, так и в криминальной субкультуре допустимо употребление наркотиков или токсических веществ, но зависимость от них лишает человека доверия, авторитета, возможности занять высокое место в иерархии сообщества.**

Большое влияние на стиль поведения и его связь с возможностью употребления ПАВ влияют средства массовой информации, Интернет, литература, кино и реклама. Алкогольные напитки (пиво) и табачные изделия рекламируются чрезвычайно широко. Но при этом особое внимание следует обратить на скрытую

рекламу, продвигающую **связь «вещество – удовольствие»** как таковую: в ряде материалов насаждается ассоциация между получением удовольствия, достижением успеха и использованием некоторого инертного в отношении психики вещества (жевательная резинка, безалкогольный напиток). Такая реклама не является явной пропагандой употребления ПАВ, но закрепляет в сознании молодежи крайне опасный стереотип о положительных эмоциях «химической» природы. Наличие этих связей, обнаруживающихся только с помощью психодиагностики, как правило, не осознается, что делает их еще более опасными.

Интерес к употреблению ПАВ вплоть до ложного представления об их престижности у детей и подростков может возникать под влиянием чтения художественной литературы, просмотра фильмов, где персонажи, демонстрирующие храбрость, независимость и влияние в обществе вплоть до близости к творческой, политической или бизнес-элите, достигающие определенного успеха, употребляют, производят или реализуют те или иные ПАВ. **Не меньший вред наносят информационные сообщения о сверхдоходности алкогольного и наркобизнеса, стоимости изъятых партий наркотиков.**

Многие современные молодежные телепередачи, массовые мероприятия с точки зрения интеллектуального восприятия построены хаотично, в виде не связанных между собой мелькающих картинок, клипов. При этом свойственное человеку и необходимое для его социализации интеллектуальное, смысловое восприятие подменяется чисто эмоциональным, что отрицательно сказывается на интеллектуальном развитии подростков, потенцируя действие других факторов риска наркотизации. Кроме того, ощущения от просмотра данных передач, клипов, концертов сходны с возникающими под воздействием ряда ПАВ.

Среди основных причин распространения употребления ПАВ среди учащихся и студентов является доступность в их приобретении. На вероятность употребления ПАВ молодежью оказывает влияние соседство с учебными заведениями торговых точек, осуществляющих реализацию алкогольной и табачной продукции, и других мест с пониженным контролем над распространением ПАВ. Ситуация усугубляется в том случае, если законы и нормы, действующие в обществе, не препятствуют злоупотреблению алкоголем

и наркотическими веществами (отсутствие возрастных ограничений на продажу алкоголя, легализация препаратов конопли в ряде стран).

В числе мотивов и поводов первичного приобщения к ПАВ, фигурируют незанятость свободного времени и скука. В связи с этим на снижение вероятности употребления ПАВ влияет возможность безопасного и социально приемлемого удовлетворения потребности молодых людей в получении удовольствия, признания, обретении позитивного круга общения и сферы интересов. Такая возможность предоставляется посредством организации досуга, развития и поддержки общественно полезных форм активности и просоциальных молодежных объединений (общественных организаций, творческих коллективов).

Еще одна группа факторов защиты связана с возможностью получения помощи в безопасном преодолении психотравмирующих ситуаций, в том числе лицам с нарушением механизмов социально-психологической адаптации. Наличие социально-поддерживающей сети, доступность медицинской и психологической помощи, своевременное и квалифицированное ее оказание, доверие специалистам в силу их личных и профессиональных качеств, возможность анонимного получения соответствующих видов помощи способно нивелировать действие ряда факторов риска. Существенно повышают обращаемость за помощью дистантные формы ее оказания – Интернет-консультации и телефоны доверия.

Многообразие выделенных факторов риска наркотизации, значимость многих из них как самостоятельных кризисных медицинских и социальных явлений привело к введению новое для дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» понятие «Наркопредрасположенность». Наркопредрасположенность – это результат воздействия на человека совокупности факторов, способных повлиять на вероятность как разового или эпизодического употребления психоактивных веществ, так и возникновения зависимости от них. Учитывая многообразие факторов риска наркотизации, сложное взаимодействие их между собой и наибольшую подверженность их влиянию в детском и подростковом возрасте, наркопредрасположенность следует рассматривать как глобальную медико-социальную проблему молодежи.

Анализ литературных данных и результаты экспертной оценки позволили представить социопатогенез наркомании в виде

последовательного возникновения вследствие воздействия совокупности факторов риска и факторов защиты следующих условий:

- формирование у человека мнения о наркотиках, при котором он допускает для себя их употребление (лояльное отношение к психоактивным веществам) – когнитивный компонент;
- доступность одурманивающих веществ – криминально-средовой компонент;
- воздействие психоактивного вещества на организм, обладающий совокупностью генетически детерминированных и приобретенных свойств и физиологических особенностей, вызывающее у человека субъективно приятные ощущения – физиологический компонент.

Для формирования наркозависимости все три данных условия, каждое из которых возникает вследствие сочетания совокупности факторов риска и факторов защиты, должны последовательно подкреплять друг друга. Трехкомпонентная модель социопатогенеза наркологических расстройств представлена графически (рис. 3.3)



Рис. 3.3. Модель наркопредрасположенности.

ГЛАВА IV. ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Государство признает высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности. Конституция Российской Федерации гарантирует гражданам право на охрану здоровья. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет здоровье как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. Определение охраны здоровья подчеркивает межведомственный характер данного направления государственной политики. Включение профилактики в понятийный аппарат о медицинских услугах и медицинской деятельности дает основу для более широкого вовлечения медицинских работников в превентивную работу. В числе законодательно закрепленных принципов охраны здоровья населения присутствуют приоритет профилактики в сфере охраны здоровья и приоритет охраны здоровья детей.

В соответствии с данными приоритетами установлены общие обязанности органов государственной власти и местного самоуправления:

- разработка и реализация программ, направленных на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, в том числе программ формирования здорового образа жизни, снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни;
- осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.

Основы борьбы с наркоманией установлены Конвенциями ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1961 и 1988 г. В числе целей принятия данных международных соглашений – определение коллективных обязанностей всех государств и направлений международного сотрудничества в искоренении незаконного оборота наркотиков, контроле за прекурсорами и химическими веществами, используемыми при их

незаконном изготовлении, и устранении коренных причин проблемы злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, включая незаконный спрос на них.

На положениях Конвенции базируются все национальные нормативно-правовые документы, в том числе и российские. Основные принципы и понятия, используемые в национальной антинаркотической политике, закреплены в Федеральном Законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 года №3-ФЗ (с изменениями на 3 июля 2016 года).

В послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 26 мая 2004 г. особо отмечена необходимость прекращения распространения наркомании. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утвержденная Указом Президента от 9 июня 2010 г. № 690 – официально принятые основные направления государственной политики, определяющие меры борьбы с наркопреступностью как работу по снижению предложения наркотиков и **противодействие факторам риска наркотизации – как путь снижения спроса на незаконные ПАВ**. Достижение генеральной цели Стратегии запланировано посредством решения следующих задач:

- разработка и внедрение государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;
- создание и реализация общегосударственного комплекса мер по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров на территории Российской Федерации;
- выработка мер противодействия наркотрафику на территорию Российской Федерации, адекватных существующей наркоугрозе;
- обеспечение надежного государственного контроля за легальным оборотом наркотиков и их прекурсоров;
- создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики;
- совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации;
- совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности.

В профилактической работе, направленной на снижение спроса на наркотики, Стратегией поставлены следующие задачи:

- формирование негативного отношения в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков, в том числе путем проведения активной антинаркотической пропаганды и противодействия деятельности по пропаганде и незаконной рекламе психоактивных веществ, повышения уровня осведомленности населения о негативных последствиях немедицинского потребления наркотиков и об ответственности за участие в их незаконном обороте, проведения грамотной информационной политики в средствах массовой информации;
- организация и проведение профилактических мероприятий с группами риска немедицинского потребления наркотиков;
- организация профилактической работы в организованных (трудовых и образовательных) коллективах;
- развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков, в частности, посредством ежегодной диспансеризации;
- создание условий для вовлечения граждан в антинаркотическую деятельность, формирование, стимулирование развития и государственная поддержка деятельности волонтерского молодежного антинаркотического движения, общественных антинаркотических объединений и организаций, занимающихся профилактикой наркомании;
- формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее снижение спроса на наркотики;
- формирование психологического иммунитета к потреблению наркотиков у детей школьного возраста, их родителей и учителей.

В формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотиков призваны участвовать органы государственной власти всех уровней, органы местного самоуправления, общественные объединения и религиозные организации, граждане, в том числе специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций. Управление антинаркотической деятельностью на уровне субъектов РФ осуществляют межведомственные антинаркотические комиссии под руководством губернаторов. Для обеспечения скоординированных действий по борьбе с факторами риска наркотизации молодежи необходим межведомственный мониторинг индикаторов наркопредрасположенности на уровне территорий.

4.1. Организация мониторинга факторов риска наркотизации молодежи на уровне субъекта Российской Федерации (с учетом опыта Курской области)

В основу применяемой в Курской области системы мониторинга факторов риска наркотизации положена система индикаторов – количественных показателей, отражающих модифицируемые факторы риска (психологические и социальные) и доступные для определения на основе официальной статистической отчетности.

Психологические факторы риска наркотизации характеризуют следующие показатели:

- динамика числа преступлений, совершенных несовершеннолетними – фактором риска является рост более 5% в год;
- количество молодых людей, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и правоохранительных органах, в расчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет (интенсивный показатель) – как относительный фактор неблагополучия может рассматриваться ситуация, когда показатель в районе или городе выше, чем в среднем по области;
- динамика количества молодых людей, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и правоохранительных органах (процент прироста/убыли абсолютного числа) – рост более 5% является фактором риска.

Для мониторинга семейных факторов риска используются следующие показатели:

- количество подростков, признанных оказавшимися в трудной жизненной ситуации, в расчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет (интенсивный показатель) – фактором риска является показатель в районе более высокий, чем в среднем по области;
- динамика количества подростков, признанных оказавшимися в трудной жизненной ситуации (процент прироста/убыли абсолютного числа) – рост более чем на 5% является фактором риска;
- динамика числа детей, оставшихся без попечения родителей (процент прироста/убыли абсолютного числа) – о неблагополучии свидетельствует рост более 5%.

Внесемейные факторы риска, ресурсы для осуществления профилактической деятельности и интенсивность ее проведения отражают следующие показатели:

- динамика числа преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (процент прироста/убыли абсолютного числа) – рост более чем на 5% рассматривается как фактор риска;
- раскрываемость преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (доля раскрытых преступлений от общего числа, %) – фактором риска является неполная раскрываемость (менее 95 – 100%, получение показателя более 100% возможно в случае раскрытия в данном году преступлений прошлых лет);
- динамика финансирования государственной молодежной политики (процент прироста/убыли суммы ассигнований) - сокращение текущего финансирования на 5% и более следует расценивать как негативный момент;
- динамика финансирования массового молодежного спорта (процент прироста/убыли суммы ассигнований) – снижение на 5% и более является фактором риска;
- динамика расходов на материальную базу учреждений по работе с молодежью (процент прироста/убыли суммы ассигнований) – фактором риска является снижение финансирования на 5% и более, но показатель неинформативен в год, следующий за крупными разовыми вложениями (постройка спорткомплекса и т. п.);
- динамика числа учреждений дополнительного образования и учреждений по работе с молодежью (абсолютное значение прироста/убыли) – ликвидация хотя бы одного учреждения может быть рассмотрена как фактор риска кроме случаев, когда ликвидированное учреждение ранее бездействовало;
- динамика числа молодежных клубов, общественных организаций и иных добровольческих объединений (абсолютное значение прироста/убыли) – фактором риска является ликвидация хотя бы одного ранее реально действовавшего объединения;
- охват молодых людей 10 – 19 лет социально значимой деятельностью (доля молодых людей, охваченных различными формами деятельности, от численности населения в возрасте 10 – 19 лет, %) – фактором риска следует считать любое значение ниже, чем в среднем по области, как цель следует рассматривать достижение показателя не ниже 70%, значение более 100% может быть получено, если имеются дети и подростки, занятые несколькими видами внеклассной работы;
- динамика охвата молодых людей 10 – 19 лет социально значимой

- деятельностью (процент прироста/убыли абсолютного числа) – как фактор риска может рассматриваться убыль более чем на 5% кроме случая, когда охват внеклассной работой сохраняется на уровне 100% или выше;
- доля молодых людей в возрасте 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул, от численности населения в возрасте 15 – 24 лет – фактором риска является показатель ниже, чем в среднем по области, рассчитанный с использованием данных об охвате всеми формами занятости (трудовые отряды, работа вне района вахтовым методом и др.);
 - динамика количества молодых людей в возрасте 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул (процент прироста/убыли абсолютного числа) – фактором риска является снижение более чем на 5%;
 - динамика количества специалистов по работе с молодежью и спорту (процент прироста/убыли абсолютного числа) – любое сокращение числа специалистов является фактором риска;
 - удельная нагрузка на специалиста по работе с молодежью и спорту (отношение численности населения в возрасте от 10 до 29 лет к количеству специалистов) – фактором риска является показатель ниже, чем в среднем по области, при этом избыточной нагрузкой следует считать более 50 – 60 человек на 1 организатора (в том числе совместители и руководители общественных объединений);
 - количество молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет, приходящихся на 1 бесплатное объединение (отношение численности населения в возрасте от 10 до 29 лет к количеству кружков, секций и клубов, занятия в которых проводятся бесплатно) – фактором риска является показатель ниже, чем в среднем по области, при этом избыточной нагрузкой следует считать более 25 – 30 человек на 1 объединение;
 - доступность населению района (города) анонимной психологической помощи – организация данного вида помощи является обязательной, в соответствии с федеральным законодательством составляет предмет ответственности органов муниципальной власти, отсутствие кабинета анонимного приема и/или телефона доверия всегда является фактором риска;
 - доступность населению района (города) анонимной наркологической помощи - организация данного вида помощи

является обязательной, в соответствии с федеральным законодательством составляет предмет ответственности органов муниципальной власти, отсутствие кабинета анонимного приема всегда является фактором риска;

- наличие в районе (городе) подросткового врача-нарколога - отсутствие специалиста всегда является фактором риска;
- обеспеченность школьными психологами, % школ – фактором риска является показатель ниже, чем в среднем по области;
- охват профилактической антикризисной работой молодых людей в возрасте от 10 до 14 лет (доля молодых людей, принявших участие в различных профилактических мероприятиях, от численности населения соответствующего возраста, %) - фактором риска является значение ниже, чем в среднем по области, но целью является достижение ежегодного полного (100%) охвата;
- охват профилактической антикризисной работой молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет (доля молодых людей, принявших участие в различных профилактических мероприятиях, от численности населения соответствующего возраста, %) - фактором риска является значение ниже, чем в среднем по области, но целью является достижение ежегодного полного (100%) охвата
- наличие при администрации или выборном представительном органе молодежного совещательного органа – необходимый элемент управления качеством социальной политики, обеспечения обратной связи с молодежной аудиторией и реализации демократических принципов, отсутствие которого является фактором риска.

Показателем, принимаемым нами за основу для проведения комплексной оценки ситуации в каждом районе или городе с точки зрения риска роста масштабов злоупотребления ПАВ среди молодежи, является количество индикаторов факторов риска. По данному признаку выстраивается ранжированный ряд территорий, разделяемый в порядке возрастания числа индикаторов неблагополучия на территории наименьшего, среднего и высокого риска. Наглядное отображение результатов оценки социального риска производится на карте-схеме региона условными цветами.

Сведения о количестве факторов риска, выявленных в различных административных территориях, об охвате молодежи различных

возрастных групп мероприятиями по первичной профилактике наркомании в каждой административной территории подлежат рассмотрению на заседании межведомственной комиссии субъекта РФ по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту.

Еще одна область применения результатов мониторинга – определение очередности проведения выездных профилактических мероприятий с участием специалистов из областного центра. Для решения вопроса об очередности проведения выездных мероприятий по профилактике наркомании среди молодежи степень приоритета оценивается в баллах, начисляемых по следующим критериям:

- охват молодых людей в возрасте 10 – 24 лет профилактическими мероприятиями ниже, чем в среднем по области – 1 балл;
- обеспеченность школ психологами ниже, чем в среднем по области – 1 балл;
- отсутствие в административной территории службы анонимной психологической помощи – 1 балл;
- отсутствие в административной территории службы анонимной наркологической помощи – 1 балл;
- отсутствие в административной территории подросткового врача-нарколога – 1 балл;
- отнесение административной территории к территориям высокого риска – 1 балл.

Степень приоритета проведения выездных мероприятий тем выше, чем большее количество баллов начислено данной территории.

4.2. Научно-практические аспекты противодействия факторам риска наркотизации. Рациональный выбор профилактических мероприятий и контроль их эффективности.

Основы организации профилактической деятельности являются предметом отдельного научного направления – наркологической превентологии. Наркологическая превентология – это прикладная наука, отрасль наркологии и превентологии, аккумулирующая на междисциплинарной основе системные подходы к предупреждению зависимости от ПАВ. Согласно современным научным подходам, противодействие факторам риска наркотизации предусматривает ряд главных принципов, которые следует рассмотреть достаточно подробно.

1. Превалирование воспитания над перевоспитанием. Данный принцип заключается в изначальной ориентации молодежи на

здоровый образ жизни и успех, не совместимый со злоупотреблением алкоголем, приемом наркотических и психотропных веществ. Закрепление таких установок необходимо вести с детства, до момента возникновения возможного интереса к ПАВ. К первичной профилактике относят работу по вовлечению молодых людей в занятия спортом, творчеством, общественной деятельностью. Это содействует становлению позитивной системы ценностей, ориентирует человека на успех и личностный рост, уменьшает подверженность молодежи влиянию антисоциальных и криминальных кругов. На последующих этапах важными составляющими являются обучение умению эффективного принятия решений, развитие навыков противодействия внушению, убеждению, склонению к наркотизации. Важными составляющими в реализации этого принципа являются деятельность молодежных общественных организаций, профильных лагерей.

2. Адресность и адаптивность профилактической работы.

Содержание информации о вреде ПАВ, приоритеты, обозначаемые в ходе профилактических мероприятий как цели позитивного развития личности, должны соответствовать целому ряду характеристик целевой аудитории. В работе важно учитывать возраст, уровень общего образования и культуры, преобладающие ценностные ориентации целевой аудитории, вовлеченность объектов воздействия в наркогенную субкультуру, действующие в субпопуляции (школе, районе) факторы риска, наркоситуацию, социокультурные традиции. Важно не только донести информацию так, чтобы она была понята слушателями. Представления о вреде наркотиков и позитивные установки должны по возможности логично укладываться в существующую в сознании целевой аудитории картину мира, изменяя только ее возможные наркогенные и криминогенные составляющие.

3. Использование принципов доказательности.

Результаты ряда исследований показывают, что некоторые мероприятия, задуманные как профилактические, способны наоборот, вызывать у молодежи интерес к наркотизации либо способствовать распространению опасных заблуждений о проблеме. Также выделяются и мероприятия, не предусматривающие непосредственного информирования молодежи о наркотиках и наркомании, но итогом которых закономерно становится снижение предрасположенности к употреблению ПАВ и укрепление социально одобряемых установок. Такая доказательная база нами систематизирована и приводится в

числе требований к содержанию и механизму реализации превентивных программ.

4. Преемственность в проведении и взаимодополняемость мероприятий. Данный принцип основывается на том, что вся информация и все воспитательные послы не могут быть донесены до целевой аудитории единомоментно. Важно обеспечить такую последовательность мероприятий, при которой каждое последующее будет базироваться на уже сформированных представлениях и привносить к ним что-то новое. Кроме того, участие в очередном мероприятии может создать и потребность в дополнительной информации, и эти информационные потребности должны быть выявлены и учтены в планировании и подготовке мероприятия последующего. На практике это заключается в том, что на уровне класса, школы, поселка нужно последовательно проводить разные мероприятия по разъяснению юридических, медицинских, социальных последствий наркотизации, дополнив эту работу спортивной, культурной, профориентационной и социально-психологической деятельностью, направленной на позитивную ориентацию молодежи. По итогам как конкретных мероприятий, так и в целом 1 – 2 лет работы следует проводить опросы с изучением удовлетворенности молодежи проводимой деятельностью и актуальных информационно-образовательных потребностей, а по итогам таких исследований корректировать планы дальнейших мероприятий.

5. Развенчание мифов и стереотипов пронаркотической субкультуры. Требуется противодействие на уровне региональных и федеральных СМИ пропаганде молодежной пронаркотической субкультуры, борьба с героизацией образа наркомана и наркодилера, сообщениями о сверхдоходности наркобизнеса и заострение внимания на употребляющих психоактивные вещества как на безвольном, зависимом, слабом, больном и презираемом человеке. Также важно развенчание мифа о наркотиках как атрибуте возможного успеха в какой-либо сфере, в первую очередь творческой.

6. Объективность и достоверность информации, ее преподнесение профессионалами. Важно донести до молодежи объективную и достоверную информацию обо всех негативных сторонах наркотизации, включая вред наркотиков для физического и психического здоровья, опасность привлечения к уголовной ответственности, наложения правовых ограничений, обратить внимание на риск несчастного случая, а также на то, какие другие страшные преступления

могут быть поддержаны и профинансированы наркобизнесом. При этом результаты исследований показывают, что степень доверия информации напрямую зависит от профиля выступающего с ней специалиста. То есть медицинские аспекты всегда должен комментировать врач, правовые – юрист или сотрудник правоохранительных органов и т.д.

Отдельно необходимо остановиться на реализации принципа доказательности в выборе форм профилактических мероприятий. Результативность информационно-образовательной работы, составляющей основу первичной профилактики, была изучена в опросе 836 молодых людей в возрасте от 10 до 19 лет, принимавших участие в различных мероприятиях. Адекватными представлениями о проблеме наркомании, которые поддаются оценке по результатам проведенного анкетирования, следует считать убежденность во вреде и опасности всех видов наркотиков, а также знание о том, что лечение наркологических расстройств длительное, сложное, эффект его неоднозначен и возможен только при своевременном обращении за квалифицированной помощью и твердом желании самого больного отказаться от приема наркотиков. Оцениваемый таким образом эффект, который можно рассматривать как положительный результат профилактики, достигнут у 69,3% опрошенных.

Еще одним компонентом, характеризующим результативность профилактической работы, является готовность молодых людей обращаться за помощью врачей и психологов и знание мест ее оказания. Среди всех опрошенных за психологической помощью готовы обращаться 79,4%, за помощью врача-нарколога – 76,2%. Тех же, кто знает, где можно получить такую помощь, значительно меньше – 58,7% и 47,4% соответственно.

По степени достижения комплексного эффекта информационно-образовательной работы всех респондентов можно разделить на три группы. Первую категорию составят молодые люди, не располагающие достаточными знаниями о проблеме наркомании (эффект не достигнут) – к таковым относятся 30,7% респондентов. Из 69,7% молодежи, представления которых о проблеме наркомании соответствуют действительности (результат достигнут), можно выделить группу с минимально допустимым результатом, ограниченным знанием об опасности наркотиков и возможностях наркологии (45,6%), и с максимально полным эффектом профилактики, подразумевающим в

дополнение к знаниям о проблеме готовность обращаться за помощью специалистов и знание мест ее оказания, которую составляют 23,7% опрошенных (рис. 4.1).

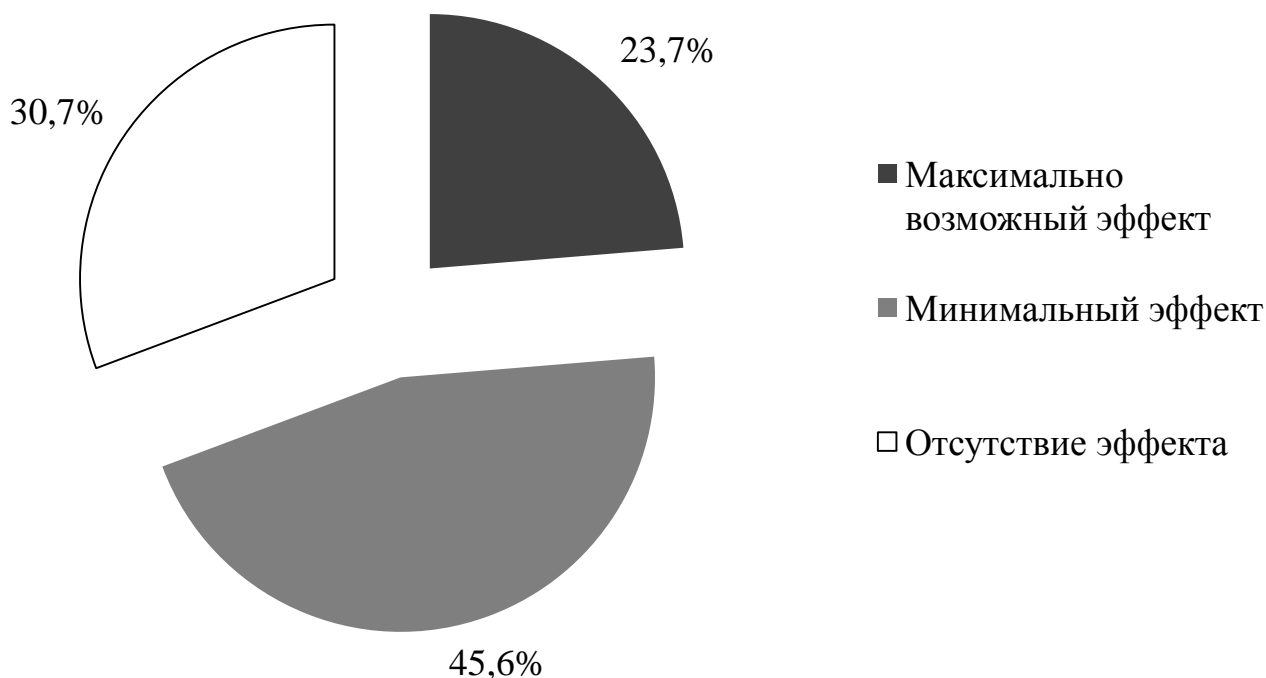


Рис. 4.1. Эффективность проводимой информационно-образовательной работы по профилактике наркомании по совокупности критериев.

В отношении каждого источника информации, который, по данным анкетирования, повлиял на позицию в отношении наркотиков более 5% респондентов, мы определили отношение шансов – количественную меру, характеризующую его роль в качестве фактора возникновения объективных представлений о проблеме наркомании (таблица 4.1).

В связи с большим разнообразием профилактических мероприятий возникла необходимость в оценке эффективности каждой из наиболее распространенных форм работы. Количественной мерой, позволяющей оценить роль каждого из видов мероприятий как фактора, влияющего на становление должных представлений молодежи о проблеме наркомании, служит отношение шансов (таблица 4.2).

Таблица 4.1.

Роль различных источников информации
в становлении адекватных представлений молодежи о наркотиках

Источники информации	Отношение шансов (OR)
Учебные занятия	3,5
Средства массовой информации	2,3
Агитационные материалы	2,1
Специалисты	1,8
Родители, родственники	1,7
Научная литература	1,4
Интернет	0,6
Друзья	0,3

Таблица 4.2

Роль различных профилактических мероприятий
в становлении адекватных представлений молодежи о наркотиках

Источники информации	Отношение шансов (OR)
Индивидуальные консультации психолога	7,4
Встречи с успешными молодыми людьми	4,2
Самостоятельное изготовление плакатов и стенгазет о здоровом образе жизни	3,2
Просмотр видеоматериалов	2,6
Лекции специалистов	2,4
Чтение специальной литературы	2,1
Тематические Интернет-проекты	1,1
Самостоятельное изготовление плакатов и стенгазет о вреде наркотиков	0,4
Театрализованные представления, ролевые игры	0,3

Согласно полученным данным, наиболее эффективными профилактическими мероприятиями оказались индивидуальные психологические консультации, встречи с успешными молодыми людьми (воспитание на позитивных примерах), изготовление плакатов и стенгазет с информацией о здоровом образе жизни и просмотр тематических видеоматериалов.

Наоборот, такие формы работы, как самостоятельное изготовление молодежью агитационных материалов с информацией о вреде наркотиков, дискуссии и ролевые игры, в ходе которых возможно выражение мнения о допустимости употребления ПАВ или легализации

отдельных их видов, оказывают отрицательное влияние на формирование установок на отказ от употребления наркотиков и адекватных представлений о возможностях медицины.

Следует обратить внимание еще на две негативные тенденции. Первая – это демонстрация молодежи, чаще всего школьникам, пациентов наркологических клиник как негативного примера употребления ПАВ. Это неверно с юридической точки зрения, так как создает предпосылки к разглашению врачебной тайны – демонстрация клинических случаев возможна в фотографиях, презентациях, видеоматериалах и докладах в форме, исключающей идентификацию личности больного. Кроме того, демонстрация лечебного учреждения как места пребывания асоциального контингента и заострение внимания на страданиях больных в стационаре не способствует закреплению мотивации к обращению за медицинской помощью при возможных проблемах, а наоборот, создает противоположный эффект в виде страха перед самим лечебным учреждением.

Вторая тенденция, поддерживаемая рядом общественных организаций – проведение встреч молодежи с бывшими наркоманами, прошедшими успешное лечение. Опыт показывает, что подобные мероприятия способствуют неоднозначному восприятию проблемы наркомании у молодежи: у части аудитории развивается представление о наркотизации как явлении, абсолютно обратимом на любой стадии.

В связи с доказанной исследованиями различной эффективностью отдельных форм работы и первоочередными информационными потребностями молодежи и родителей следует выделить требования относительно целесообразности проведения отдельных видов мероприятий. Обязательными для проведения на уровне административной территории профилактическими мероприятиями являются:

- лекции специалистов;
- распространение специальной литературы и раздаточных материалов;
- организация анонимного приема врача-нарколога;
- организация бесплатной телефонной линии наркологического консультирования;
- организация анонимного приема и/или бесплатной телефонной линии для психологических консультаций;

- организация системы приема и рассмотрения анонимных сообщений о преступлениях в сфере незаконного оборота наркотиков;
- размещение в учебных заведениях и на предприятиях агитационных материалов с указанием телефонов и адресов, по которым производится оказание анонимной наркологической и психологической помощи, а также производится прием анонимных сообщений о преступлениях в сфере незаконного оборота наркотиков;
- проведение информирования родителей по вопросам наркомании и ее профилактики на родительских собраниях и через раздаточный материал.

К рекомендуемым для проведения также относятся следующие мероприятия:

- демонстрация видеоматериалов и мультимедийных презентаций;
- пропаганда здорового и активного образа жизни силами специалистов и молодежного актива;
- встречи с молодыми людьми, добившимися значительных успехов в спорте, творчестве, профессиональной, общественной или научной деятельности;
- вовлечение молодых людей в деятельность спортивных, творческих, научных объединений, общественных организаций;
- развитие приемов и навыков бесконфликтного отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

К мероприятиям, проведение которых следует ограничить в связи с полученными в результате исследований данными об их низкой эффективности и потенциально отрицательном эффекте, относятся:

- самостоятельное изготовление молодежью агитационных материалов с информацией о психоактивных веществах и их вреде (конкурсы плакатов и стенгазет антинаркотической направленности);
- дискуссии на тему о допустимости употребления и/или легализации наркотиков;
- общение с лицами, употребляющими психоактивные вещества в настоящий момент или употреблявшими их в прошлом, в том числе находившимися или находящимися на лечении по поводу наркопатологии.

Оценка результативности профилактической работы складывается из мониторинга нескольких групп показателей:

1. Показатели осуществления деятельности – данные о количестве мероприятий, их географии и охвате проводимой работой целевой аудитории.
2. Показатели воздействия на проблему – динамика заболеваемости, обращаемости за медицинской помощью, выявления наркологических расстройств на ранних стадиях и при добровольном обращении больных, а также динамика количественных индикаторов факторов риска.
3. Показатели удовлетворенности целевой аудитории – результаты опросов участников мероприятий.

Таким образом, научно обоснованный подход к противодействию факторам риска наркотизации представляет собой циклически выполняемые действия по реализации мониторинговых проектов, планированию и проведению мероприятий с доказанной эффективностью и повторному мониторингу ситуации с целью оценки эффективности проделанной работы и коррекции перспективных планов.

Вопросы для обсуждения.

Изложенный материал о проблеме наркотизации молодежи выходит за рамки университетской программы, а практическое осуществление профилактической деятельности врачом предполагает инициативность и творческий подход. В связи с этим вместо контроля фактических знаний по итогам освоения данного пособия предлагается проведение практических занятий в виде дискуссии. Предлагаемые вопросы являются примерными. Что особо важно, они не предполагают высказываний, способных спровоцировать интерес к наркотизации, развить ложные представления о безвредности незаконного употребления ПАВ. Данные вопросы могут быть предложены как на занятиях, так и в ходе подготовки актива студенческих волонтерских формирований, общественных организаций, для обсуждения на круглых столах с участием приглашенных специалистов. Каждый вопрос построен таким образом, чтобы его обсуждение предполагало обращение к усвоенному из пособия материалу, а результаты дискуссии имели значение и для усиления профилактических установок у участников диалога, и для их подготовки к самостоятельной разработке и реализации профилактических программ.

1. Актуальны ли в настоящее время мотивы наркотизации, возникшие на более ранних исторических этапах?
2. Связь между социально-политической стабильностью и наркоманией. Рост наркомании в 1990-е годы – результат внутренних неурядиц в стране или внешнего деструктивного влияния?
3. Наркобизнес как возможный инструмент недобросовестной внешней политики и вмешательства в дела других государств.
4. Предполагаемые истинные масштабы проблемы наркомании и токсикомании в городе (районе).
5. Мотивация подростков и их родителей к раннему выявлению употребления ПАВ.
6. Актуальность наркологической настороженности для представителей разных профессий, работающих с молодежью, и их необходимые действия при подозрении на наркотизацию.

7. Что мы можем и должны сделать, если видим у своего сверстника интерес к темам, связанным с психоактивными веществами?
8. Что мы можем и должны сделать, если видим у своего сверстника признаки употребления психоактивных веществ?
9. Наркологический диагноз подростка и учебное заведение.
10. Рецепты успеха от известных людей: здоровый образ жизни как неперемное условие успешной самореализации.
11. Что важнее: борьба с наркомафией или профилактика среди молодежи?
12. Что нужно сделать, чтобы наркотики не употребляли и не распространяли на молодежных мероприятиях?
13. Факторы риска немедицинского употребления ПАВ, наиболее актуальные для конкретной территории.
14. Внешние признаки, позволяющие выявить психологические и семейные факторы риска в работе с подростком.
15. Точки пересечения актуальных угроз: факторы риска, способные выступать как предпосылки и немедицинского употребления ПАВ, и других опасных форм поведения.
16. Развитие позитивного неформального лидерства в молодежной среде как косвенная мера профилактической работы.
17. Факторы риска, актуальные для различных социальных групп молодежи, в зависимости от социального статуса, успешности, интересов молодого человека.
18. Актуальные вопросы подготовки профессиональных разработчиков и организаторов антинаркотических проектов.
19. Меры по противодействию потенциально вредоносным инициативным проектам.
20. Меры по распространению передового опыта, поддержке и расширению сфер реализации наиболее эффективных профилактических программ.
21. Методики и показатели для оценки непосредственного и долгосрочного эффекта антинаркотических мероприятий.

Литература

1. Антинаркотическая профилактика в общеобразовательной школе: практ. рекомендации для классных руководителей, социальных педагогов, психологов и администраций школ г. Брянска и Брянской области / сост.: М.А. Боева [и др.]. – Брянск: Брян. фил. МосУ МВД России, 2008. – 110 с.
2. Березин С. В. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, М.Е. Серебрякова. – Самара: Самар. ун-т, 2001. – 48 с.
3. Березин С.В. Предпосылки подростковой наркозависимости / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, М.Е. Серебрякова. – Самара: Самар. ун-т, 2001. – 48 с.
4. Беспалов Д.В. Проблемы психологического исследования лидерства в малых группах // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – Краснодар: КубГАУ, 2013. № 08 (092). С. 231–253.
5. Винникова М.А., Шахова С.М. Случай формирования синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов (спайс). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. № 5. – С. 88-92.
6. Власова Н.В. Психологическая феноменология современных подростков группы риска наркотизации: моногр. / Н.В. Власова; Рос. ун-т дружбы народов; Моск. открытый соц. ун-т. – М.: Изд-во МГОУ, 2004. – 71 с.
7. Врублевский А.Г. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации / А.Г. Врублевский, М.Е. Кузнец, Л.Д. Мирошниченко // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М.; Орёл, 1994. – С. 65-68.
8. Детская поведенческая неврология: руководство для врачей / под ред. Л. С. Чутко. – СПб.: Наука, 2009. – 286 с.
9. Засыпалов А.А., Скворцова Е.С. Проблемы потребления алкоголя среди подростков, учащихся училищ начального профессионального образования, в России. // Современный преподаватель - доверенное лицо государства: сборник научных трудов участников международной конференции молодых ученых светских и духовных учебных заведений в рамках

- Международного лагеря молодежного актива «Славянское содружество - 2016». – Курск: ООО «АПИИТ Гиром», 2016. – С. 68-72.
10. Защити семью от наркотиков: метод. пособие по вопросам профилактики отклоняющегося поведения подростков, злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами / Т.Ю. Ключева [и др.]; М-во здравоохранения и соц. поддержки Саратов. обл.; Упр. семейной и демогр. политики; ГУ "Центр соц. помощи семье и детям" г. Саратова. – Саратов, 2007 - 103 с.
 11. Кобзева И.В. Концепция региональной профилактики наркотизма несовершеннолетних в образовательных учреждениях (криминологический и правовой аспекты): моногр. / И.В. Кобзева; Рязан. ин-т упр. и права. – Рязань, 2003. – 161 с.
 12. Кобзева И.В. Контролируемые наркотические средства и психотропные вещества, наиболее распространенные на территории России / И.В. Кобзева – М.: ЛексЭст, 2007. – 78 с.
 13. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми / О.В. Кольцова. – СПб. : Речь, 2007. – 160 с.
 14. Королева Н.В. Формирование биоэлектрической активности головного мозга у детей в онтогенезе / Н.В. Королёва, С.И. Колесников; Рос. акад. мед. наук. Сиб. отд-ние, Вост.-Сиб. науч. Центр; ГУ Науч. центр мед. экологии. – Иркутск: Изд-во Иркут. гос. ун-та, 2005. – 86 с.
 15. Кошкина Е.А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е.А. Кошкина [и др.]; Нац. науч. центр наркологии [и др.]. - М.: PerSe, 2008. – 287 с.
 16. Кулганов В.А., Белов В.Г., Нов Ю.А. Профилактика социальных отклонений (превентология): учебно-методическое пособие. – СПб.: 2011. – 244 с.
 17. Липницкий К.И. Межведомственный мониторинг организации в системе образования профилактики употребления несовершеннолетними психоактивных веществ: концепция, программа, методики проведения / К.И. Липницкий; М-во образования Моск. обл.; Акад. соц. упр. – М.: АСОУ, 2007. – 41 с.
 18. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) / А.Е. Личко. – СПб. : Речь, 2009. – 251 с.

19. Менделевич В.Д. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. – Йошкар-Ола: Марево, 2002. – 239 с.
20. Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях: ГОСТ Р ИСО 10002-2007. – Введ. впервые: введ. 2008-06-01 / Федер. агентство по техн. регулированию и метрологии. – М.: Стандартинформ, 2007. – 19 с.
21. Молчанова А.Н., Чибисова О.В., Тищенко Е.М. Информированность населения о вреде курительных смесей типа «спайс» (по данным социологического опроса). // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. - № 2 (87). – С. 45-49.
22. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г.: гос. докл. / М-во здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, Рос. акад. мед. Наук // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
23. Порядин Г.В., Шарпань Ю.В. Патофизиологические и клинические аспекты наркомании синтетическими каннабиноидами, входящими в состав курительных смесей “спайс”. // Лечебное дело. – 2015. - №3. – С. 9-16.
24. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании: моногр. / С. В. Березин [и др.]; Самар. гос. ун-т, Центр практ. психологии. – Самара, 2002. – 197 с.
25. Семенов В.Ю., Скворцова Е.С. Организация профилактической работы в Московской области // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009, № 1. - С. 3-7.
26. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: руководство. – М.: 2006. – 719 с.
27. Скворцова Е.С., Шурыгина Т.Е., Лившиц В.В. Социально-гигиеническая характеристика употребления алкоголя подростками, учащимися профессиональных училищ в России (данные мониторинга 2006-2007 гг.). // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 15., № 3. – С. 15.
28. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Ситуация с потреблением психоактивных веществ среди подростков 15-17 лет, учащихся училищ начального профессионального образования в России в 2013-2014 гг.: Информационно-аналитическое письмо. – Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2015. – 46 с.

29. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Динамика изменений потребления психоактивных веществ среди подростков, учащихся училищ начального профессионального образования в России (по данным мониторинга 2006-2007 и 2013-2014 гг.) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. - № 2. – С. 212-215.
30. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Сравнительная характеристика потребления психоактивных веществ подростками, учащимися начального профессионального образования, г. Волгограда и Российской Федерации. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. - № 2 (62). – С. 122-125.
31. Тимошилов В.И. Беспалов Д.В., Пашина И.В. Наркопредрасположенность молодежи: медико-социальные и психологические аспекты профилактики: учебно-методическое пособие. – Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2011. – 80 с.
32. Тимошилов В.И. Наркопредрасположенность молодежи: факторы риска и оценка качества профилактики: монография. – Курск: 2014. – 146 с.
33. Шабанов П.Д. Наркология: руководство для врачей. – Москва: ГЭОТАР-медиа, 2012. – 829 с.
34. World Drug Report 2008. United Nations Publication. UNODC 2008. - 310 p. // URL: <http://www.unodc.org>
35. World Drug Report 2010. United Nations Publication. UNODC 2010. // URL: <http://www.unodc.org>
36. World Drug Report 2014. United Nations Publication. UNODC 2014. // URL: <http://www.unodc.org>

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
ГЛАВА I. ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ	5
ГЛАВА II. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЗАКОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.	11
ГЛАВА III. ФАКТОРЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.	25
ГЛАВА IV. ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ	42
Приложение. Вопросы для обсуждения.	58
Литература.	60