

**ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»  
Минздрава России**

**В.И. Тимошилов**

**НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ МОЛОДЕЖИ:  
ФАКТОРЫ РИСКА  
И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ**

**Монография**

Курск – 2014 г.

УДК 616.89-008.441.33-053.81-084

ББК 51.1(2)5

Т 41

Рецензенты:

Клименко Григорий Яковлевич – профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении факультета подготовки руководящих кадров для здравоохранения ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, доктор медицинских наук.

Плотников Дмитрий Вадимович – заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук

Чешик Игорь Анатольевич – начальник отдела науки и научно-медицинской информации УО «Гомельский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Чернышев Алексей Сергеевич – заведующий кафедрой психологии ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет», доктор психологических наук, профессор

Тимошилов В.И.

Т 41 Наркопредрасположенность молодежи: факторы риска и оценка качества профилактики: монография / В.И. Тимошилов. – Курск: 2014. – 146 с.

ISBN 978-5-91737-087-3

В издании представлены результаты анализа литературных источников и серии социологических, социально-гигиенических и психологических исследований, по итогам которых дано определение, выявлены закономерности формирования и выстроена концепция социопатогенеза наркопредрасположенности молодежи, а также систематизирована доказательная база в отношении эффективности тех или иных превентивных антинаркотических мероприятий, разработаны научно обоснованные требования к программам первичной профилактики наркотизации молодежи и механизм межведомственного управления их реализацией.

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2014 г.

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) изучается специалистами различного профиля, так как имеет комплексную медико-социальную природу. По состоянию на 2010 г. Управлением ООН по наркотикам и преступности отмечено, что потребителями наркотиков являются от 3,5% до 5,7% населения в возрасте от 15 до 64 лет. 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. 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). Наиболее неблагополучным по данному показателю федеральным округом признан Дальневосточный (2712,4 случая на 100 000), в Центральном федеральном округе показатель составил 1978,7 случая 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 и проведенная нами экспертная оценка показывают, что большинство значимых предрасполагающих наркотизации обстоятельств 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.

В вопросах управления качеством выделяют три блока требований: требования к ресурсам, процессу и результатам. При этом, в соответствии с принципами доказательной медицины, все данные требования должны быть основаны на научных данных, полученных как

в условиях экспериментов в ограниченном лабораторном масштабе, так и на постоянном анализе опыта применения тех или иных методик и подходов в реальной практике.

Целью многолетней научной и практической работы, результатам которой посвящено данное издание, является объединение современных принципов менеджмента качества и методических основ доказательной медицины с целью выработки научно обоснованного подхода к созданию высокоэффективной системы профилактики наркопредрасположенности среди молодежи.

Содержание данной книги оптимизировано по итогам исследований информационно-образовательных потребностей врачей и специалистов с немедицинским образованием, выступающих организаторами мероприятий по первичной профилактике наркотизации молодежи.

# ГЛАВА I. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

## 1.1. История и современное состояние проблемы наркомании.

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) изучается специалистами различного профиля, так как имеет комплексную медико-социальную природу. С течением времени отношение к наркотикам, сферы применения и распространенность их 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 – опиум 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.

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 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, 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.

По состоянию на 2010 г. Управлением ООН по наркотикам и преступности отмечено, что 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). 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.

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.

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).

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.

Госнарконтрль 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 настоящий момент в России 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.

По данным официальной статистики на 2009 год, число наркоманов в России оценивается в 503 000 человек, состоящих на диспансерном учете, а реальное количество, рассчитанное по методике ООН, – более 2,5 млн.

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. 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%.

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). Наиболее неблагополучным по данному показателю федеральным округом признан Дальневосточный (2712,4 случая на 100 000), в Центральном федеральном округе показатель составил 1978,7 случая на 100 000 населения.

Из всей массы почти 3 млн. пациентов, попавших в поле зрения наркологов, больные алкогольной зависимостью и алкогольными психозами составили 1,92 миллиона, или 66,3%, а распространенность соответствующей патологии равна 1344,1 случай на 100 000 населения.

Синдромом зависимости от наркотиков в России страдает 332 659 человек, или 232,54 на 100 000 жителей. В Центральном федеральном округе данный показатель составляет 187,9 случая на 100 000, а наиболее неблагополучным является Сибирский округ (322,6 больных на 100 000). В Центральном федеральном округе наибольшая распространенность наркомании отмечена в Воронежской области (236,6 на 100 000), в Северо-Западном – в Новгородской (277,4 на 100 000 против 182,15 в среднем по округу), в Южном – в Краснодарском крае (242,8 на 100 000 против 228,4 в среднем по округу), в Северо-Кавказском – в Карачаево-Черкессии (236,6 на 100 000 против 179,7 в округе), в Приволжском – в Самарской области (678,7 на 100 000 против

245,5 по округу), в Уральском – в Ханты-Мансийском АО (437,9 на 100 000 против 277,4 по округу), в Сибирском – в Иркутской области (470,8 на 100 000 против 322,6 в округе), в Дальневосточном – в Приморском крае (412,7 на 100 000 против 281,2 по округу в целом).

Опийной наркоманией страдает 280 244 жителя России, ее распространенность составляет 195,9 случаев на 100 000. Доля опийных наркоманов среди всех находящихся под наблюдением по поводу наркотической зависимости составляет 84,2%. Наибольшая распространенность данного вида зависимости отмечена в Сибирском ФО (281,2 на 100 000). Зависимость от ненаркотических ПАВ (диагноз «Токсикомания») имеют 11 606 россиян, или 8,11 на 100 000 населения. Наиболее неблагоприятными по данному показателю являются Уральский (13,4 на 100 000) и Дальневосточный (13,8 на 100 000) округа.

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. возрос особенно быстро: показатель болезненности наркоманией увеличился в 14,8 раза, злоупотребления наркотиков - в 4,5 раза. Возраст, с которого начинается злоупотребление наркотиками, за период с 1991 по 2002 г. снизился на 6 лет (с 17,6 до 11,3 лет).

По данным на 2003 г., среди детей в возрасте 10 – 14 лет показатель распространенности наркомании составила 1,6 на 100 тыс., для подростков – 47,6, среди молодежи 18 – 19 лет – 483,2, а в наиболее социально активной возрастной группе 20 – 39 лет наблюдалась наибольшая распространенность – 694 человека на 100 тыс., или 0,7% населения данной группы. Среди населения в возрасте старше 40 лет этот показатель в 10 раз ниже.

В 2012 г. число подростков, зарегистрированных с диагнозом наркологического расстройства, в целом по России составило 85 740 человек (в 2011 – более 99 000), распространенность заболеваний наркологического профиля в данной группе – 1989,23 случая на 100 000. Наиболее неблагоприятным следует признать Уральский федеральный округ с показателем 2766,5 на 100 000, а наименьшая распространенность имеет место в Северо-Кавказском округе (205,9 на 100 000) – максимальный и минимальный показатели различаются в

13,5 раз. По поводу синдрома зависимости от наркотиков наркологической службой наблюдаются 396 человек (9,19 на 100 000), из них 151 – по поводу опийной наркомании. Употребление наркотиков с вредными последствиями имеет место у 5720 подростков (132,7 на 100 000). Зависимость от ненаркотических веществ (токсикомании) имеют 1325 подростков (30,74 на 100 000), факты их систематического употребления с вредными последствиями – 6255 (145,12 на 100 000).

С целью получения одурманивающего эффекта подростки чаще других средств используют доступные лекарственные вещества: транквилизаторы, димедрол, циклодол и т. п., причем дозы этих препаратов в 3–10 раз превышают терапевтические, препараты нередко принимаются с небольшим количеством алкоголя. Употребление собственно наркотиков почти все подростки начинают с курения конопли: доля больных гашишной наркоманией среди детей и подростков составляет от 12% до 25%, а в более старших группах преобладают больные опийной наркоманией, составляя 80 – 90%. От 70 до 98% подростков, поступающих на лечение, являются полинаркоманами.

Анализ ситуации, связанной с потреблением психоактивных веществ, показывает, что официально учитывается только от четверти до трети лиц, реально злоупотребляющих наркотиками. Опубликованные сведения 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, из них 1,87 млн. человек - это подростки и молодежь в возрасте до 24 лет. По результатам ряда анонимных опросов, опыт хотя бы разового употребления наркотических и токсических 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.

Анализ литературных данных о состоянии и динамике проблемы наркомании позволяет сделать ряд выводов.

1. Современными особенностями проблемы наркомании на общемировом уровне являются ее повсеместная распространенность, высокая латентность, низкий средний возраст первичной наркотизации и связь с другими глобальными медицинскими, социальными и политическими проблемами.
2. Проблема наркомании является актуальной для России в связи с высокой распространенностью злоупотребления ПАВ (до 5% населения трудоспособного возраста), латентностью (выявляется 7 – 12% потребителей ПАВ), поздней выявляемостью и низкими показателями излечения наркологических расстройств (не более 20% больных), связью проблемы наркомании с глобальными медицинскими (распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов), демографическими, социальными и политическими (терроризм, коррупция, организованная преступность) проблемами.
3. Наркомания является актуальной медико-социальной проблемой молодежи, так как распространенность злоупотребления ПАВ среди подростков и молодежи до 7 раз выше, чем среди взрослого населения, а также выявлена тенденция к снижению среднего возраста первичной наркотизации до 11,3 лет.

В целом, наркомания в России официально признана угрозой национальной безопасности страны, фактором, оказывающим огромное отрицательное влияние на демографическую ситуацию.

## **1.2. Проблемы выявления и учета случаев незаконного употребления психоактивных веществ.**

Основным фактором, с которым связана низкая обращаемость за медицинской помощью по поводу употребления наркотиков, 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 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, итоги которого приведены на официальном сайте государственного антинаркотического комитета. Выборочное добровольное тестирование проводилось среди учащихся общеобразовательных учреждений, учреждений среднего и высшего профессионального образования. Начиная с 2005 года, профосмотры проводились и в отношении граждан, подлежащих призыву на военную службу. По имеющимся сведениям, за весь период протестировано 1 790 851 учащийся и лиц призывного возраста. Выявлено 12 638 лиц, имеющих опыт потребления наркотических средств, что составляет 0,7% от общего числа прошедших тестирование. Отрицательный результат был получен у 1 778 177 человека. В 2010 г. протестировано 344 915 молодых людей. Выявлено 3 254 лица, имеющих опыт потребления наркотических средств. Столь высокое число выявленных наркопотребителей в ограниченном сегменте юных граждан указывает на масштаб проблемы.

Основная проблема, с которой сталкиваются субъекты Российской Федерации при попытке самостоятельного тестирования учащихся – это отсутствие единой федеральной нормативной правовой базы, регламентирующей основания и порядок проведения тестирования, в связи с чем в каждом из субъектов Российской Федерации сформировалась своя правоприменительная практика. При этом, в целях реализации поставленных задач, издавались нормативные акты различных уровней законодательной и исполнительной власти (Законы Архангельской и Кемеровской областей; Постановления Правительства Вологодской и Свердловской областей; Распоряжение Правительства

Тюменской области, Постановление администрации Алтайского края; Распоряжение Главы администрации (Губернатора) Краснодарского края; Решение антинаркотической комиссии Республики Адыгея; решение городской антинаркотической комиссии г. Уфы; приказы заинтересованных министерств и ведомств; межведомственные соглашения; совместные планы оперативно-профилактических мероприятий и т.д.). Также при проведении тестирования учащихся чаще всего применяется иммунохроматографический способ исследования биологических сред при помощи индикаторных тест - полосок (биологическая жидкость - моча). Данный экспресс-метод является наиболее массовым и доступным для выявления метаболитов наркотиков в моче. Однако, он эффективен только в случае употребления вещества незадолго до применения тестирования. По мнению некоторых специалистов, достоверные результаты показывают методы, устанавливающие факт употребления наркотика за более длительный период, после того как сам наркотик уже выведен из организма. Для их использования требуется дорогостоящая техника, оборудование, специально подготовленный персонал, что не позволяет использовать их в качестве основного способа тестирования.

Еще одним из проблемных вопросов тестирования является финансирование расходов на его проведение. Зачастую затраты оцениваются как неоправданно высокие при небольшом количестве выявления потребителей наркотических средств. Возможные пути снижения финансовой составляющей процедуры тестирования предложены в Оренбургской области (Приволжский федеральный округ), где антинаркотической комиссией области рекомендовано Министерству образования совместно с родительскими комитетами проработать вопрос о возможности проведения экспресс-тестирования учащихся за счет средств родителей. В г. Орске предполагается тестировать около 1 000 молодых людей за счет внебюджетных средств. Как один из вариантов удешевления тестирования может быть рассмотрено проведение выборочного тестирования, как в отдельных учебных заведениях, так и учащихся «группы риска» потребления наркотических средств, либо лиц, в отношении которых есть основания полагать по внешним признакам, что они допустили немедицинское потребление наркотиков. Необходимо отметить, что проводимое тестирование направлено не только на выявление наркопотребителей. Данное мероприятие носит профилактический и сдерживающий характер и не определяет своей

основной целью наказание за употребление наркотиков, а лишь предусматривает оказание своевременной анонимной помощи учащимся и родителям, корректировку профилактической работы в учебных заведениях.

В государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г.» отмечены различия в организации, принципах функционирования, материальной базе и оснащенности наркологической службы в различных субъектах РФ, что также оказывает влияние на выявляемость наркоманий. Актуальность данной проблемы сохраняется и в настоящее время – показатели количества учреждений и кабинетов, их оснащенности, укомплектованности штата, приводимые в государственной статистике, подвержены ежегодным разнонаправленным изменениям. Кроме того, в России официально отмечается недостаточно высокий уровень взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления по вопросам противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ – это также приводит к существенным разночтениям в официальной статистике.

В связи с высокой латентностью наркологических расстройств особое значение приобретает внедрение методик косвенной оценки наркоситуации. В Красноярском крае имеется пример создания системы ориентировочной оценки наркоситуации с использованием статистических данных о распространенности состояний, связанных с потреблением ПАВ: носительство и заболеваемость вирусными гепатитами В и С; заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (сифилисом и гонореей); ВИЧ-инфицированность; уровень преступности, связанной с оборотом наркотиков; смертность молодых людей в возрасте 15-29 лет.

Большое значение придается выявлению лиц, имеющих индивидуальные склонности к девиантному поведению и немедицинскому употреблению психоактивных веществ – этому посвящено достаточно много работ по педагогике, психологии и социологии. Практическое осуществление данной деятельности требует проведения анкетирований с охватом большого количества респондентов и длительной обработкой полученных результатов, в связи с чем описанные в работах методики применялись только в рамках разовых научных исследований и не нашли отражения в тематических целевых программах соответствующих территорий.

Раннее выявление признаков употребления психоактивных веществ (ПАВ) несовершеннолетними составляет основу предупреждения развития наркоманий и токсикоманий, а также иных негативных последствий. Кроме того, это имеет значение в плане пресечения преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков. В связи с этим большое значение необходимо придавать выработке и мониторингу наркологической настороженности врачей всех специальностей, а также педагогов, психологов, социальных работников и родителей.

Средний возраст первичной наркотизации в настоящее время приходится на 11 – 12 лет, тогда как традиционно наркологическую настороженность специалисты проявляют в отношении более старших возрастных категорий. При этом современное состояние проблемы наркомании определяет необходимость повышенного внимания к ряду признаков со стороны не только врачей, но и родителей, педагогов, работников органов социальной защиты, молодежной политики, учреждений дополнительного образования, так как своевременное выявление ими случаев наркотизации позволит добиться более раннего обращения несовершеннолетних за наркологической помощью с целью предупреждения возникновения негативных зависимостей и соматических осложнений наркотизации.

Возникновение интереса к употреблению ПАВ, который должен насторожить, может быть выявлено напрямую, если подросток интересуется соответствующей информацией, задает вопросы относительно действия наркотиков, вызываемых ими ощущениях, высказывается о возможных положительных сторонах наркотизации (помогает пережить нагрузку, танцы на всю ночь и др.), ищет соответствующую информацию в Интернете или профессиональной литературе, интересуется специальными данными по применению тех или иных веществ в экстремальных ситуациях. Косвенными признаками подобного интереса и вообще лояльного отношения к ПАВ может быть тематическое коллекционирование, ношение соответствующей атрибутики: одежда и аксессуары с символикой конопли, тематическими или двусмысленными призывами и лозунгами.

Потребление ПАВ можно заподозрить в случае, когда у подростка появляются определенные изменения во внешнем облике, поведении. Выделяют ряд неспецифических признаков, связанных с контактом с психоактивным веществом и его воздействием на организм, которые могут свидетельствовать о злоупотреблении веществами различных

групп. На фоне употребления ПАВ резко изменяется поведение подростка. Происходит сужение круга интересов, увлечения, которым ранее посвящал много времени, забрасываются. Теряется всякий интерес к учебе, резко падает успеваемость. Происходит переоценка ценностей, подросток начинает высказывать мысли о ненужности образования, даже минимального, проявляет готовность добывать деньги любым, даже противозаконным, путем, становится безразличен, равнодушен к близким. Развитие у наркомана симптомов пристрастия, стремления к употреблению наркотика и синдрома отмены может привести его к проституции, воровству, жестоким преступлениям и другим незаконным действиям с целью добывания средств, необходимых для покупки наркотиков. Стремление уйти от дел, требующих умственного или физического напряжения, бездеятельность становятся нормой. Это может маскироваться переходом к таким хобби, как слушание музыки, просмотр фильмов и т.п. Появляется ранее не свойственная неряшливость, неопрятность, вплоть до полной запущенности. Изменяется характер: у подростка появляются цинизм, грубость. Имеют место внезапные труднообъяснимые колебания настроения от повышенного до «черной» тоски, сопровождающиеся немотивированной раздражительностью, агрессивностью. При этом подростки уходят от контактов с родителями, близкими родственниками, иногда стремятся покинуть дом, проявляя склонность к бродяжничеству.

Неспецифическими проявлениями воздействия психоактивных веществ на организм может быть похудание, которое у лиц, систематически потребляющих ПАВ, достигает истощения. Возможны расстройства речи, памяти, реакции, координации движений, дрожание конечностей. Цвет кожных покровов приобретает землисто-серый, желтоватый оттенок, кожа становится сухой либо сальной, появляются гнойнички.

Проявлениями контакта с психоактивными веществами могут быть пятна на коже и одежде, посторонние запахи от вещей и волос, обнаружение в карманах остатков порошка или растительного вещества. Несомненно должно насторожить появление в доме химических реактивов, колб, шприцов, высушенных растений, особенно если увлечение «химией» или «ботаникой» тщательно скрывается.

Еще ряд проявлений зависят от пути поступления вещества в организм – способа его приема или введения.

У подростков, употребляющих ингалянты, возникает покраснение в области носогубного треугольника. Ингаляционный путь введения (вдыхание) ПАВ может быть заподозрен при частых длительно текущих респираторных заболеваниях, в случае обнаружения при осмотре изъязвления, ожогов, атрофии слизистых оболочек.

При инъекционном введении в проекции подкожных вен видны следы инъекций различной давности, нередко «дорожки» темного либо белесоватого цвета, стенки подлежащих вен плотные, бугристые. Как правило, эти изменения можно наблюдать в области предплечий, но желательно обратить внимание на подмышечные области, голени, пах, так как введение ПАВ в вены этих участков тела менее заметно для окружающих, что, несомненно, выгодно для наркотизирующегося. С этой же целью следы инъекций могут маскироваться различными способами – от ношения закрытой одежды до нанесения татуировок или преднамеренных поверхностных травм в соответствующих местах.

Далее рассмотрим признаки злоупотребления конкретными классами ПАВ.

### **Злоупотребление веществами опийного ряда.**

Опиаты употребляются внутрь, парентерально (внутривенно, подкожно), реже - в форме курения. Используются лекарственные препараты, содержащие опийные алкалоиды (морфин, промедол, омнопон, и др.), кустарные наркотики, приготовленные из маковой соломки (раствор, имеющий вид коричневатой или желтоватой жидкости), и героин, получаемый в подпольных лабораториях в виде белого порошка. Чаще всего подросткам доступнее самодельные наркотики, т.к. проще достать сырье: у таких молодых людей могут быть обнаружены маковая соломка (высушенное растительное сырье), растворители, шприцы, химическая посуда. О злоупотреблении героином косвенно может свидетельствовать постоянный поиск денег, продажа вещей, исчезновение ценностей из дома, так как этот препарат распространяется на нелегальном рынке по высоким ценам, вызывает выраженное, но непродолжительное опьянение и быструю зависимость, что требует частого его введения в нарастающих дозах.

Возраст употребляющих эти вещества лиц в основном 15-30 лет. Потребители опиатов собираются небольшими группами или индивидуально, чтобы легко можно было поддержать тишину во время наркотизации и не распространялись сведения о месте сбора.

В состоянии опийного опьянения настроение повышено, в поведении – леность к произведению любых действий, мышление ускорено, речь быстрая, внятная. При внутривенном введении опийсодержащих веществ появляется состояние эйфории, характеризующееся душевным подъемом, чувством радости, легкости и лености, человеку кажется, что проблем для него не существует. В таком состоянии исключаются какие-либо действия, требующие малейшего напряжения. При стрессовой ситуации состояние эйфории исчезает, что вызывает злобность наркотизирующегося. Громкий звук, хождение рядом, задавание вопросов «ломают кайф», как выражаются на жаргоне опиоманы.

Кожные покровы бледные, иногда синюшные, имеется сухость слизистых. Артериальное давление снижено, пульс замедленный, дыхание редкое. Опиаты угнетают дыхательный ритм, происходит подавление кашлевого рефлекса (непроизвольный кашель невозможен), теряется болевая чувствительность. Опиаты снижают перистальтику гладкой мускулатуры и одновременно повышают ее тонус, что проявляется запорами и спастическими болями в животе.

Наиболее характерный признак опийного опьянения – резкое сужение зрачков, которое подростки иногда маскируют ношением темных очков.

Передозировка опиатов проявляется почти сразу же после внутривенного введения наркотика и включает поверхностное дыхание с частотой 2—4 раза в минуту, резкое сужение зрачка (при развитии аноксии мозга переходящее в расширение) с нарушением реакции на свет, урежение сердечных сокращений (брадикардию), снижение температуры тела и генерализованное отсутствие реакций на внешние воздействия. Причиной смерти является острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Опиаты являются препаратами, употребление которых быстро вызывает физическую зависимость, когда отсутствие наркотика проявляется так называемым синдромом отмены. Симптомы при синдроме отмены в некотором роде противоположны тем, которые возникают при одноразовом (остром) применении наркотика и включают тошноту, понос, кашель, слезоточивость, слизистые выделения из носа (ринорею), профузный пот, подергивание мышц, феномен гусиной кожи, нерезкое повышение температуры тела, учащение дыхания; отмечается также умеренное повышение артериального давления. Кроме того,

больные жалуются на ощущение диффузной боли в теле, бессонницу, зевоту и испытывают страстное желание получить наркотик.

В случаях развития синдрома отмены после прекращения приема короткодействующих опиатов, таких, как морфин и героин, первые симптомы появляются в течение 8-16 часов после употребления последней дозы наркотика (так что многие наркоманы обычно просыпаются утром в состоянии легкого синдрома отмены). Пик развития синдрома отмены наступает в период от 36 до 72 часов после прекращения приема опиоидного препарата. Весь комплекс симптомов острого синдрома отмены опиата обычно проходит через 5 – 8 дней. Однако симптомы протрагированной (растянутой во времени) фазы синдрома отмены – некоторые изменения в размере зрачка, нарушения со стороны вегетативной нервной системы, расстройства сна – могут продолжаться в течение 6 месяцев и более.

### **Злоупотребление производными конопли (гашишем).**

Используют высушенные, измельченные части растения для курения. Такая папироса сгорает косо, за что и получила сленговое название «косяк». Вовлекают подростков в гашишную наркоманию старшие, каким-либо образом связанные с южными регионами (служба в Афганистане, проживание в странах Средней Азии и т.п.), которые подсказывают, как, какие части растения лучше употреблять, настраивают на получение определенных ощущений.

Употребление такого класса наркотиков происходит в компании, как правило, сверстников, группа может насчитывать около 6-8 человек. Это делается потому, что происходит потенцирование эффекта, а употребляющие получают дополнительное удовольствие от обмена впечатлениями и ощущениями.

Гашишное опьянение нарушает сознание чаще всего в форме оглушения, сужения сознания, растерянности и дезориентировки. После употребления препаратов конопли в психической сфере имеются признаки стимуляции нервной системы. Опьяненный подвижен, многоречив, стремится к общению, выяснению отношений. Отмечается ускорение течения мыслей, желание их высказать, даже в неподходящей для этого обстановке. Логика в мышлении отсутствует, человек начинает строить невероятные планы. Может быть беспричинный смех, плач, тревога. Очень характерны «заразительность» эмоций, произвольное повторение услышанных слов. Типичны колебания глубины расстройств сознания от почти нормы

до мгновенных «полных провалов», особенно в первой половине опьянения. Возникает ощущение потери ориентировки в окружающем, неузнавание обстановки, чувство нереальности действительности. Извращается чувство времени и пространства. Время мчится или тянется крайне медленно; при проверке периоды времени в несколько секунд опьяневшие воспринимают как многие минуты или их десятки. Нарушается восприятие собственной личности с расстройством схемы тела. Нередко возникает чувство раздвоения собственного «Я», когда «одна часть разума наблюдает, как другая безумствует». Эти переживания вызывают страх сойти с ума, ощущение потери рассудка.

Гашишная интоксикация заметно нарушает мышление. Мышление опьяневшего характеризуется прежде всего непоследовательностью, нелогичностью, отсутствием единой направленности, бессвязностью. Осмысление реальности нарушено нередко даже в самых простейших формах. Резче всего нарушается темп мышления, обычно он крайне ускорен. Мысли текут непрерывным потоком, сплошным наплывом, причудливо сменяя друг друга. Высказывания опьяневших бессвязны, непоследовательны, с трудом удается составить впечатление о преобладающих в их сознании представлениях. Реже мышление замедлено, заторможено, мысли «застывают». И тому, и другому типу нарушения темпа присущи постоянные обрывы хода мыслей, «провалы», «исчезновение» их с последующим возобновлением потока мыслей в самых неожиданных направлениях «без воли» опьяневшего. Мышление представляет собой поток случайных ассоциаций, наплывов, фантазий, воспоминаний, странных грез. Нередко формируются относительно нестойкие идеи отношения, воздействия, отравления или идеи величия, богатства, представления о безмерном могуществе, успехе, гениальности, собственной божественной сущности. Все кажется давно виденным, пережитым, осмысленным. Запоминание текущего заметно нарушено, часто встречается амнезия состояния опьянения. Нарушения мышления в ходе опьянения постоянно колеблются, нарастая и углубляясь по мере интоксикации.

Лицо становится бледным, руки синюшными, холодными, развивается выраженная потливость, зябкость. Реже можно наблюдать гиперемии лица. Опьяневшие начинают испытывать резкое головокружение, шум и звон в ушах, тяжесть в голове, головную боль.

Появляется учащенное сердцебиение, инъекцированность склер, выраженный блеск глаз, сухость во рту. Дыхание ускорено. Возникает жажда, неуёмный аппетит с потерей вкусовых ощущений, повышается

сексуальное влечение. Зрачки расширены, плохо реагируют на свет. Отмечается грубое нарушение координации, походки (до невозможности стоять на ногах), выраженный тремор рук и всего тела. Речь становится заплетающейся.

При употреблении высоких доз возможны судороги, бред, галлюцинации, инвалидизация или смерть от острого нарушения мозгового кровообращения.

При длительном употреблении марихуаны ухудшает мыслительные способности, способность к пониманию, абстрактному мышлению, обучению, может вызвать состояние паники, беспокойство и токсические психозы. Долговременное потребление может привести к структурным и функциональным изменениям вплоть до слабоумия и распада личности с полной десоциализацией.

Курение марихуаны вызывает более выраженные вредные эффекты, свойственные табакокурению: бронхиты, фарингиты, синуситы, рак легких. Повышается риск нарушений сердечного ритма и тромбообразования.

Курение конопли снижает содержание тестостерона, основного мужского гормона, настолько, что нарушается развитие половой функции подростков. В тяжелых случаях наблюдается уменьшение числа сперматозоидов и их подвижности и увеличение числа аномальных клеток в сперме, что ведет к бесплодию, либо наследственным заболеваниям и врожденным уродствам у потомства. Каннабиноиды могут накапливаться в женской репродуктивной системе на годы, оказывая токсическое действие на развитие плода, вызывая отклонения при вынашивании, тяжелое протекание родов и раннюю смерть младенцев. Вместе с молоком матери каннабиноиды переходят в детский организм при кормлении.

Синдром отмены имеет длительность от нескольких часов до недели и проявляется бессонницей, депрессией, нарушениями сознания вплоть до тяжелых психозов с потерей самоконтроля, ознобом, потливостью, потерей аппетита, тошнотой, рвотой, диареей.

### **Злоупотребление снотворными средствами, транквилизаторами.**

Данными препаратами чаще злоупотребляют подростки, имеющие знакомых из криминогенной среды. В настоящее время много потребителей и из ряда благополучных детей, не связанных с

наркотизирующей компанией, которые достают эти вещества из домашних аптечек, находящихся в свободном доступе.

Состояние опьянения при приеме транквилизаторов очень похоже на алкогольное. Нарушена координация, речь невнятная, иногда скандированная, мимика вялая. Зрачки плохо реагируют на свет, опьяненный не может читать на близком расстоянии, имеется двоение в глазах. Температура тела снижена, кожа холодная, наблюдается влажность, сильная сальность области носа и лба. На языке может быть коричневый налет. Артериальное давление понижено, сердцебиение редкое.

В психическом состоянии периоды эйфории сменяются агрессией и гневливостью. Мышление заторможено, человек застревает на мелочах, внимание его легко отвлекаемо. В поведении появляется расторможенность и развязность. Как правило, такое опьянение заканчивается сном. По пробуждении человек вял и апатичен.

При передозировке наблюдается резкое угнетение всех функций организма, угасание сознания, возможно развитие комы.

Синдром отмены снотворных и транквилизаторов при развитии зависимости может быть очень тяжелым. Он характеризуется резкой тревогой, беспокойством, раздражительностью, нарушением сна, отсутствием аппетита. Возможны зрительные и тактильные галлюцинации. Характерны крупноразмашистый тремор (больше верхних конечностей), тошнота, рвота, понос, резкие колебания артериального давления, тахикардия, гиперрефлексия, профузное потоотделение. Состояние развивается постепенно и возможно его дальнейшее ухудшение с развитием гипертермии, делирия, комы, эпилептических припадков, в том числе эпилептического статуса.

### **Злоупотребление галлюциногенами.**

К этим веществам относятся наркотические и ненаркотические, которые употребляют через дыхательные пути, внутрь, внутривенно. К этой группе веществ относят различные по химическому строению и механизму действия вещества, но результат воздействия один - галлюцинации. Причем трудно предсказать, насколько будет дезорганизована психика человека.

Галлюциногенные наркотики, к которым относятся ЛСД, мескалин, псилоцибин, обладают высокой наркогенностью. Для получения опьянения достаточно 50-200 мкг ЛСД, 10-50 мг псилоцибина. При потреблении ЛСД опьянение с галлюцинациями появляется практически

ки сразу после употребления наркотика. ЛСД - очень токсичное вещество, поэтому в сухом виде не применяется. Из него готовится раствор малой концентрации, которым пропитываются марки, промокательная бумага. ЛСД употребляется в подростковой компании в сочетании с прослушиванием рок-музыки (так называемый «кислотный рок»).

В состоянии опьянения возникают яркие галлюцинации, возможны неадекватные действия с нанесением себе и окружающим повреждений. Психическая зависимость развивается быстро, выражена сильно, физической зависимости не формируется.

В настоящее время наркотические галлюциногены широкого распространения не имеют, а потребляются ненаркотические галлюциногены. Сюда относятся органические растворители, клеи, ацетон, бензин, такие лекарственные вещества как атропин, циклодол, димедрол и некоторые другие, которые могут употребляться вместе со спиртным. С целью вызвать галлюцинации подростки могут использовать ядовитые грибы.

Сначала при употреблении галлюциногенов появляется страх, чувство, что окружающее начинает изменяться, тошнота, кашель, першение в горле, головная боль. Реальность отдалается. Появляется эйфория, зрительные галлюцинации. Это состояние развивается через 5-10 минут после начала употребления (при употреблении ингалянтов - после 3-4 вдохов паров токсического вещества). В дальнейшем человек полностью переходит в мир галлюцинаций, не воспринимая окружающую действительность. Подростки ведут себя неадекватно.

При потреблении циклодола, атропина, как правило, возникает психомоторное возбуждение (характерно для такой формы помрачения сознания как делирий). При потреблении ингалянтов - чаще состояние неподвижности, на лице выражение стороннего созерцания, хотя при включении в содержание галлюцинаций может также проявиться психомоторное возбуждение с неадекватными действиями. Содержание галлюцинаций самое различное.

При употреблении ингалянтов галлюцинации управляемые, нередко подростки говорят о том, что галлюцинации можно заказать. При употреблении других галлюциногенов этот процесс менее управляемый, содержание галлюцинаций уходит из-под контроля. В связи с некоторой сказочностью галлюцинаций, получаемых при употреблении остро пахнущих жидкостей, к потреблению этих веществ склонны дети (лица младше 14 лет) или подростки с инфантильной личностью.

В состоянии опьянения галлюциногенами зрачки расширены, фотореакция зрачков вялая, координация движений нарушена. Речь несвязная. В некоторых случаях зрительные галлюцинации дополняются слуховыми.

От детей, употребляющих ингалянтами, исходит запах клея, краски, на одежде часто имеются следы вдыхаемых жидкостей.

Привыкание к ингалянтам формируется в течение 2-3 месяцев регулярного потребления. Выражена психическая зависимость, признаки физической зависимости выражены неярко в виде тянущих болей в ногах, головной боли, слабости.

Отличительной особенностью действия ингалянтов является выраженное токсическое действие на мозг, верхние дыхательные пути, почки. До формирования психической зависимости появляются признаки психоорганического синдрома как следствие гибели клеток головного мозга. Ухудшается память, внимание рассеяно, снижается интеллект, сужается круг интересов, самооценка завышена, беднеют эмоции, развивается слабоумие, сводящее на нет возможности психокоррекции, социальной адаптации и профессиональной подготовки.

### **Злоупотребление стимуляторами.**

К этим веществам относятся как наркотические вещества (амфетамины, кокаин, эфедрин, первитин), так и ненаркотические, в том числе крепкий кофе, чай. Кокаин, грацидин, амфетамин являются синтетическими наркотиками. Существуют стимуляторы амфетаминового ряда, которые потребляются под язык или внутрь, и в основном на дискотеках (за это они получили название дискотечных или клубных наркотиков).

Распространенными в регионах Черноземья являются стимуляторы эфедрин и первитин (на жаргонном языке носит название «ширка», «винт»), а также амфетамины. Данные вещества получают в том числе кустарно из лекарств, содержащих эти соединения. Обнаружение шприцов, игл, марганцовки и уксуса может служить подозрением на приготовление и употребление веществ этой группы. Вводят внутривенно, реже подкожно.

Своеобразна система введения этих наркотиков: инъекции делают в течение 2-3 дней подряд по несколько раз на протяжении суток (и днем и ночью). В это время человек совсем не спит. Затем наступает психофизическое истощение организма. Наркотизация прерывается, наступает продолжительный сон (12-24 часа). В связи с этим такая

наркотизация возможна в периоды, когда от человека требуется длительное бодрствование. Психостимуляторы дают возможность переносить интенсивные физические нагрузки в течение 5-6 часов. Существуют музыкальные направления, композиции которых прослушиваются под действием наркотиков. Это рейв, характеризующийся очень быстрым ритмом.

Внешний облик таких подростков характеризуется неряшливостью, бледными кожными покровами, сухостью губ (постоянно облизывает губы). По ходу вен имеются следы от инъекций, синюшность, вены уплотнены. В состоянии опьянения зрачки расширены, фотореакция вялая, имеется нистагм в крайних отведениях. Тест на точные координационные движения (пальценосовая проба) невыполним.

Под воздействием стимуляторов человек возбужден, в конце «цикла» заторможен. Имеется дрожь в теле, тремор пальцев рук, подергивания мышц, нарушения походки. Сердце работает учащено, артериальное давление повышено.

Мышление ускорено, мысли приобретают особую ясность и четкость, настроение повышено, отношение к окружающим доброжелательное, человек болтлив. Резко повышается сексуальное влечение и потенция.

В состоянии опьянения критика к себе снижена, все мысли кажутся выдающимися, имеется убежденность в безграничности своих способностей.

Возможно возникновение острых психозов.

По выходе из постинтоксикационного сна аппетит резко повышается, особое влечение имеется к сладкой и жирной пище.

При передозировке развивается панический страх смерти, сильная пульсирующая головная боль, давящие боли в грудной клетке, значительное повышение артериального давления, аритмии, возможна смерть или инвалидизация вплоть до параличей и полной неподвижности от острого нарушения мозгового кровообращения.

На фоне отмены психостимуляторов сначала развивается беспокойство, беспорядочная двигательная активность, раздражительность, которая затем сменяется глубокой депрессией. Длится она от 7 дней до 2-3 месяцев в зависимости от стажа и способа приема наркотиков. Обычно в этот период человек перестает получать удовольствие от чего бы то ни было. Период болезненного равнодушия через 2 – 5 дней еще более утяжеляется вновь возникающими на

несколько часов приступами депрессии, раздражительности тревожности.

При систематическом употреблении психостимуляторов происходит распад личности с полной десоциализацией. Возникают дистрофия сердечной мышцы, нарушения ритма вплоть до опасных для жизни блокад и фибрилляций, которые усугубляются водно-электролитными нарушениями, развитие почечной недостаточности, тяжелых токсических гепатитов. Развиваются психозы, к которым присоединяется отек мозга со смертельной компрессией жизненно важных центров.

## **ГЛАВА 2. ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОТИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ. ПОНЯТИЕ О НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ.**

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 наркомании разделяются на факторы среды (объективные) – социально-психологические, и факторы личности подростка (субъективные) – психологические.

В.С. Битенский и В.Г. Херсонский предложили классификацию мотивов употребления ПАВ, в которой выделяются мотивы изменения собственного состояния (гедонистический, активации, атарактический), социальные мотивы и патологические мотивы.

С. Куретман с соавторами описывает 3 группы факторов риска развития алкоголизма у подростков:

- характеристики родительского дома (негативные взаимоотношения в парах родитель-ребенок) и окружающей среды (школьные и личные трудности);
- характеристики поведения ребенка (вызывающее поведение, плохой контроль импульсов, беспокойство и трудности концентрации внимания);
- раннее начало экспериментирования с алкоголем и табаком.

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).

## 2.1. Биологические факторы риска.

Биологические факторы риска наркотизации – факторы, связанные с особенностями развития, структуры и функции различных органов и систем человека (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Биологические факторы риска наркотизации молодежи.

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 наркотического вещества определяется в основном факторами среды, а риск развития болезненного пристрастия к нему - наследственной предрасположенностью.

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 пробанда к наркотизации являются наличие у его 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 ПАВ механизмы формирования зависимости.

Первая группа генов отвечает за специфический ферментный механизм метаболизма алкоголя, представленный двумя практически значимыми стадиями, контролируруемыми 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 один из вариантов гена белка-рецептора DRD2, воспринимающего сигналы дофамина – аллель DRD2 A1 – приводит к снижению числа дофаминовых рецепторов, следствием чего является поиск человеком путей увеличения уровня дофамина в мозге. Носители двух аллелей A1 больше подвержены риску развития химических и поведенческих зависимостей, посттравматических стрессовых нарушений, антисоциальному поведению.

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 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 ПАВ.

## **2.2. Индивидуальные (психопатологические) факторы риска**

На протяжении многих лет ученые тесно связывают механизмы формирования наркомании с преморбидной (предшествующей) структурой личности. В результате многочисленных практических исследований выделены обобщенные индивидуальные факторы риска приобщения подростков к наркотикам и алкоголю: стресс, внушаемость, любопытство.

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».

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 наркотикам 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 наркотических средств 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 употреблении наркотиков и правонарушениях. В

группе подростков, имевших проблемы с правоохранительными органами, 18,8% употребляли наркотики в сравнении с 1,6% тех, кто не имел подобных трудностей.

Результаты исследований показали, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем. 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 наркомания формируется 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.

Отмечается также низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов, 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 наркотикам, 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 и наркоманий, 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 возникновения наркомании 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 наркотизации. Психопатии астенического круга сопровождаются фиксацией внимания на опасных для здоровья факторах, что признано препятствием к наркотизации. Наоборот, для шизоидной психопатии в чистом виде описан индивидуальный мотив наркотизации.

Большое значение имеют знания и убеждения, касающиеся ПАВ и их действия на организм, исходов наркомании, допустимости употребления наркотиков. 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 личные навыки самоуправления: навыки саморегуляции и отказа от предложения употребить ПАВ.

Обобщая данные порядка 50 отечественных и зарубежных источников, мы приводим схему (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Психопатологические факторы риска наркотизации.

### **2.3. 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 алкоголизации, наркотизации и 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 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 потребления 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 употребление наркотиков.

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, ревность среди сибсов, 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 наркотические средства 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 группе антисоциальных сверстников.

#### **2.4. Внесемейные факторы риска.**

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

Имеющиеся данные свидетельствуют 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 ПАВ происходит в подростковой группе, что позволило выделить групповое употребление и групповое опьянение в первую стадию наркотизации. Формирование групп и групповые формы

поведения характерны для возраста от 9 до 14 лет, на который приходится средний возраст первой пробы ПАВ. 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 наркотики, или традициях ряда субкультур (панки, хиппи, эмо). Постепенно совместная наркотизация 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.

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 ПАВ), 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 растительных наркотиков, народам Севера свойственно употребление галлюциногенных грибов.

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 наркомании и формирования специфической наркоманской субкультуры, которая способствует приобщению к наркотикам 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, но зависимость от наркотиков 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. Речь идет как о явной, так и о скрытой рекламе. Сопровождающая их информация прочно связывает в сознании подростка табак и алкоголь с ценностями жизни: свобода, достижения, престиж, дружба. Кроме того, использованием таких приемов в рекламе, не связанной с алкоголем и табаком, насаждается ассоциация между получением удовольствия, достижением успеха и использованием некоторого инертного в отношении психики вещества (жевательная резинка, безалкогольный напиток). Наличие этих связей, обнаруживающихся только с помощью психодиагностики, как правило, не осознается, что делает их еще более опасными.

Интерес к наркомании наравне с предрасполагающими к ней формами поведения вплоть до ложного представления о престижности употребления наркотиков у детей и подростков может возникать под влиянием чтения художественной литературы, просмотра фильмов, где персонажи, демонстрирующие храбрость, независимость и влиятельность 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 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 наркомании среди учащихся и студентов является доступность в приобретении наркотических и психотропных веществ. 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, выявленных как при обследованиях наркозависимых, так и при анонимных опросах молодежи, 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.

## **2.5. Психосоциальные факторы, связанные с ценностными ориентациями и лидерством в молодежной среде.**

Проводимые учеными психологические исследования выявляют опасные масштабы и глубину кризисных явлений в сфере социализации подростков и юношей, которые могут служить основой возникновения различных зависимостей. Сложности духовно-нравственного развития современной молодежи проявляются в расширении «проблемного поля», усилении неоднородности социальных сред, «взрывах враждебности» между индивидами и общностями.

Представители целого ряда наук (психологии, социологии, культурологии и др.), характеризуя духовно-нравственное развитие, не стесняясь в выражениях, констатируют моральную деградацию современного российского общества или, используя выражение Э. Гидденса, «испарение морали». Среди основных причин «испарения моральности» А.В. Юревич отмечает следующие:

1. Искорженное понимание свободы как несоблюдения любых правил и запретов, свободы как разнузданности и безответственности; такое понимание охотно ассимилировано некоторыми слоями нашего общества. Проблемой российского общества, «травмированного хаосом», является «не дефицит свободы, в котором нас постоянно обвиняют на Западе (как всегда плохо понимающем, что происходит в России), а прямо противоположное – дефицит контроля, прежде всего, контроля внутреннего – нравственного».

2. Масштабная криминализация «всей общественной жизни», включающая «обилие кинофильмов про «хороших бандитов», популярность криминальной лексики («наезды», «разборки» и т.п.), широкое распространение силовых схем разрешения спорных ситуаций, престижность подчеркнуто агрессивного поведения и т. д.
3. Разрушение системы моральных норм и их рассогласование друг с другом, обусловленные ломкой ценностных ориентиров, резким переходом от сверхнормированности к «свободе».
4. Упразднение социальных институтов морального контроля, в роли которых в советском обществе выступали партийная и комсомольская организации, товарищеские суды, народный контроль и т.д., выполнявшие очень важную социальную функцию морального контроля. В настоящее время подобная функция контроля должна перейти к общественным организациям и учебным заведениям.
5. Разрушение традиционной системы школьного обучения, игнорирование функции воспитания. В большинстве школ наблюдается приоритет предметного обучения над социальным.

По мнению А.В. Юревича, в настоящее время происходит вытеснение протестантской идеологии с такими ее атрибутами, как терпение, длительное ожидание результата, бережливость, откладывание денег на «черный день», идеологией, характеризующейся привычкой жить в долг, массовым желанием иметь сегодня то, на что заработаешь только завтра, тенденцией не думать о завтрашнем дне, проживая сегодняшним так, как будто он – последний. Этика труда вытесняется этикой досуга, совершается переключение современного человечества с «парадигмы развития» на «парадигму развлечения». В такой ситуации молодым людям необходимо помнить, что у человека есть прошлое и будущее, нельзя «прожигать жизнь» живя как, будто этот день последний. Исследования ученых убедительно доказывают, что приоритет гедонизма и парадигмы развлечения – это тупиковый путь, ведущий к деградации каждого человека и страны, нации в целом.

Негативное влияние СМИ на молодежь проявляется в искусственно подстегиваемой склонности к потреблению, навязыванию посредством рекламы завышенных стандартов потребления, пропаганде культа личного успеха. Каждый день с телевизионных экранов молодые люди видят нереалистичные, а по сути, провокационные призывы всевозможных «стимуляторов» и

«мотиваторов», в которых показывается, как их сверстники за короткий период времени добиваются ошеломляющих успехов, что подрывает желание трудиться, длительно добиваться поставленной цели. Средний достаток воспринимается как норма жизни, а рутинной работой уже тяготятся. Амбиции большей части молодежи простираются гораздо выше, все сразу хотят «генеральских должностей», не понимая, что нужно пройти длительный путь по карьерной лестнице. Не получив желаемого, подростки и юноши разочаровываются в жизни, происходит «эпидемическое нарастание ощущений недовольства и неудовлетворенности», что находит свое выражение в поиске легкой наживы, антисоциальном образе жизни (алкоголизм, наркомания и др.). К счастью, все отчетливей слышны голоса ученых и религиозных деятелей, которые доказывают, что общество благосостояния и благоденствия – это не одно и то же, что помимо подъема экономики необходимо повышать духовность и нравственность населения.

Наиболее болезненно процесс вхождения в социальную среду проходит у современных подростков и юношей вследствие высокой вариативности и непредсказуемости самой социальной среды и недостаточной личностной зрелости учащейся молодежи. Приоритет предметного обучения над социальным, наблюдающийся в большинстве образовательных учреждений РФ, приводит к низкой психологической культуре молодежи, неумению противостоять негативным психологическим воздействиям. Для успешного противодействия деструктивным воздействиям социальной среды молодой человек помимо «научной грамотности» должен получить «социальную грамотность».

В этих условиях актуальным представляется как исследование личностных особенностей различных категорий современной молодежи, так и поиск теоретических основ разработки технологий воздействия на молодежь с целью оказания ей психологической помощи.

Исследование тенденций динамики мироощущения учащейся молодежи на рубеже XX-XXI вв. осуществлено на примере молодежных лидеров, обучавшихся в Курской региональной психологической школе лидеров «Комсорг» в 1960–2000-е гг. В итоге раскрыта динамика таких показателей мироощущения молодежи, как отношение к содержанию и стилю жизни, месту расположения школы лидеров, окружающей среде и др.

Особенности мироощущения подростков и юношей начала XXI в. (2008-2009 годы) изучались в обычных условиях жизнедеятельности

школьников. Как и для сверстников 1980-х гг., оказалось наиболее выражено «чувство-Я», однако расширилась масштабность своей сопричастности к наиболее крупным социальным объектам (большим городам и даже мегаполисам), а конкретная среда обитания (небольшие города, села, рабочие поселки и т.д.) исключается, происходит как бы «перешагивание» через конкретную среду жизнеобитания. Такое «игнорирование» конкретной среды жизнеобитания можно оценить как один из мотивов будущей миграции молодежи из родных мест.

Отмечается своеобразная фрагментарность «поля» мироощущения в структуре наиболее значимых переживаний: актуализируются в большей мере бытовые ситуации (праздники в кругу семьи, виды отдыха, поездки и т.д.), но реже – формы социально значимой активности, связанной с различными видами деятельности, особенно совместной. Из традиционного веера деятельностей – учебной, трудовой, общественно-политической, художественной, спортивной, досуговой – отражаются спортивная и художественная, сельскими школьниками – трудовая, а учебная и общественно-политическая деятельности обесцениваются. Занижение значимости ведущих видов активности субъекта – учебной, трудовой и общественно-политической, – отражает своеобразный «вакуум» в организации жизни современной учащейся молодежи.

Однако «игнорирование» наиболее жизненно значимых видов деятельности (учебной, трудовой и т.д.) тем не менее не исключает ощущение оптимизма и уверенности в настоящем и будущем и даже надежды на успешное решение прагматических задач, связанных с «добыванием» денег. «Приземленность», прагматизм жизни связывается с деньгами и составляет один из главных компонентов мироощущения. В структуре мироощущения современных подростков и юношей не просматривается осознанной связи между жизненной перспективой и собственными возможностями для ее реализации. Достаточно легко приписывается себе удел «успешной личности» в будущем не только индивидами с высоким психологическим статусом, но и школьниками с проблемами в учебе, общении, поведении и т.д.

Значительные изменения претерпел идеал как связующее звено мироощущения и социального самоопределения. Значительная (около 60%) часть молодежи оценивает субстанцию «идеал» как насилие над личностью и предпочитает прожить без идеала вообще. У некоторых молодых людей (около 10 %) представления об идеале размыты до фрагментарных позиций («можно подражать отдельным свойствам

отдельных лиц»), однако около 20 % молодых людей (как правило, прошедших социальное обучение в развивающих средах) определились со своим идеалом, осознанно выбрав объект для подражания. Можно отметить широкий спектр оснований (критериев) для подражания, включающий более 10 групп: среди них более всего представлены отечественные певцы, актеры, шоумены (30%), затем идут их зарубежные коллеги (20%), учителя (в основном практические психологи) занимают третье место (15%), есть и исторические личности (Цезарь, князь Владимир, Петр I, Колумб, княгиня Ольга, Г. Шелихов), герои войны (первой и второй мировой – 6 %); политики (В.И. Ленин, В.В. Путин, Д.А. Медведев), поэты, писатели (А. Пушкин, С.Есенин, М. Лермонтов). Спортсмены (Д. Сычев, А. Аршавин, Т. Татьянина) избраны реже (по 3 %), а из ученых назван только один человек – Д.И. Менделеев.

Таким образом, структура представлений об идеалах во многом отражает направления современных СМИ. Тем не менее, есть некоторое оздоровление духовно-нравственных оснований для определения идеалов.

Для лучшего понимания происходящих изменений в личностном развитии молодежи, приведем результаты проведенного нами исследования, направленного на изучение проблем студенчества в условиях экономического кризиса. Выборку исследования составили 150 студентов двух вузов г. Курска: Курского государственного университета и Юго-Западного государственного университета, из них 90 девушек и 60 юношей. В качестве основных эмпирических методов исследования взяты: опросник А.Н. Майорова, направленный на изучение социального самочувствия в группе; методика Е.Б. Фанталовой, позволяющая изучить ценностные ориентации личности; контент-анализ.

С помощью опросника А.Н. Майорова было определено социальное самочувствие каждого студента в группе. Результаты исследования показали, что у 12 % опрошенных – высокое социальное самочувствие, т.е. у этих людей учеба складывается успешно, им нравится учиться, с сокурсниками и преподавателями сложились хорошие отношения; у 48% - хорошее социальное самочувствие, т.е. студенты удовлетворены учебными успехами, доброжелательно относятся к вузу и группе; у 36% - среднее социальное самочувствие, т.е. этим людям учиться приходится больше по необходимости, чем по интересу, у них нормально идет общение со сверстниками; у 4% - низкое

социальное самочувствие, т.е. учеба этим студентам приносит в основном неприятные переживания, желания учиться нет, отношения с курсниками лучше, чем с преподавателями.

С помощью методики Е.Б. Фанталовой была определена иерархия ценностей респондентов. Оценка эмпирических данных проводилась на основе сравнения реального рейтинга ценностей с оптимальным вариантом. В результате оптимальный вариант распределения ценностей был выявлен у 18% испытуемых, благодаря чему создается возможность для самосовершенствования, высокосодержательной деятельности и возможность помогать другим в самосовершенствовании. У 22% студентов - хороший вариант совпадения ценностей, приобщение к которым создает условия для полноценного развития потенциальных возможностей человека и достижения успехов в жизни; однако следует обратить внимание на некоторое смещение сознания с ведущих ценностей на второстепенные. Средний вариант совпадения ценностей, при котором могут возникать затруднения в учебной деятельности, общении, личном самочувствии, присущ 28% испытуемых. У оставшихся 32% - недостаточный вариант выбора ценностей жизни, при котором в жизнедеятельности молодежи будет много трудностей и проблем, что принесет немало разочарований и неудач (А.С. Чернышев).

На последнем этапе исследования проблем молодежи в условиях кризиса каждый испытуемый ответил на вопрос «Что мне мешает жить?» Обработка результатов проводилась с помощью контент-анализа. Анализ проблем, выделенных студентами, можно дифференцировать следующим образом:

1. Материальные проблемы (отсутствие или нехватка денег, низкая стипендия и т.п.) – так ответили 63% опрошенных.
2. Проблемы, связанные с несостоятельностью студента как личности (собственные комплексы, иная шкала ценностей, собственная лень и т.п.) - 43%.
3. Проблемы, связанные с семьёй (непонимание со стороны родителей, семейные трудности и т.п.) - 11%.
4. Проблемы, связанные со здоровьем – 5%.
5. Проблемы, связанные с учебной деятельностью (трудности в учебе, скучные и бездарные преподаватели и т.п.) – 5%.
6. Проблема общения со сверстниками (непонимание со стороны друзей и т.п.) - 3%.
7. Другие проблемы - 2%.

Сравнивая результаты этого исследования и исследования, проведенного в 2004 году, мы пришли к следующим выводам: проблемы у молодежи в условиях кризиса действительно изменились. Если раньше на первом месте стояли личностные проблемы (собственные комплексы, лень, зависть и т.п.), то сейчас у 63% опрошенных основной проблемой является нехватка денежных средств.

В целом, результаты исследований показывают, что качественные особенности личностного развития современной учащейся молодежи отличаются проявлением прагматизма, индивидуализма и снижения социальной активности, особенно у городских школьников.

Проблема социальной активности молодежи и ее яркого проявления – лидерства – относится к одному из самых разработанных вопросов социальной психологии. От успешности формирования молодежного лидерства во многом зависит благополучие нации, ведь сегодняшние школьники и студенты – это завтрашние лидеры в сфере политики и экономики (А.С. Чернышев). Нельзя забывать, что существует противоположная тенденция – антиобщественная активность, которая нивелирует результаты активности конструктивных лидеров, разрушительно действует на развитие социума и является основой появления различных девиаций и зависимостей. Данная форма активности имеет своих ярких носителей – деструктивных лидеров.

В настоящее время изучение деструктивного лидерства в детских объединениях относится к числу недостаточно разработанных областей психологии, требующих как теоретического, так и экспериментального изучения. На это указывает ряд ученых-психологов. Так, Е.С. Соколова пишет: «Исследование природы и мотивации асоциального лидерства имеет большое значение не только для психологии, но и для других социальных наук». По мнению Б.З. Вульфова, существует опасность как формального – извне навязанного – лидерства, так и отрицательно ориентированного. Последнее нельзя запретить, ему можно противопоставить только столь же убедительные для детского сообщества, увлекающие его образцы. Т.В. Бендас также считает, что проблема отрицательного лидерства остается одной из наименее изученных. В настоящее время в психологии и других смежных науках не существует ни единого понимания феномена негативного лидерства, ни четкого определения и классификации его разновидностей, в связи с чем представляется актуальным изучение социально-психологических особенностей деструктивного лидерства, разработка психологических технологий по его нейтрализации.

Для более полного понимания рассматриваемого феномена проведем краткий теоретический обзор исследований по данной теме. Современная психологическая наука изучает ряд аспектов деструктивного лидерства, прежде всего, лидерство в асоциальных группах, которое часто обозначают как девиантное лидерство. Необходимо отметить, что в Курской социально-психологической школе проблеме деструктивного лидерства уделяется серьезное внимание. Развивая идеи Л.И. Уманского, его ученик А.С. Чернышев на основании результатов исследования проблемы организованности предложил выделять лидеров-организаторов и лидеров-дезорганизаторов, т.е. выделил два вида лидерства: просоциальное (социальное) и асоциальное (антиобщественное). В рамках параметрической концепции асоциальное лидерство также исследовал И.С. Полонский, который изучал проблему нравственного содержания деятельности неофициальных групп подростков и юношей, уделяя особое внимание влиянию на группу лидеров-дезорганизаторов.

Феномен деструктивного лидерства изучается в нашей стране с 30-х годов 20 века. Исследователь лидерства тех лет А.С. Залужный выделил следующие типы лидерства: ситуативный, постоянный, организатор, дезорганизатор.

Интересно отметить, что уже в первом исследовании лидерского стиля, проведенном в 1935 г. в США на выборке лидеров дошкольников, был выделен «ганстерский стиль». Лидеры данного стиля добивались личных целей с помощью силы и подчеркнутого неуважения к другим (Стогдил Р.М., 1948).

Проблеме отрицательного лидерства посвящена работа М.С. Полянского по исследованию и профилактике появления отрицательного лидерства в воинских коллективах. Под отрицательным лидерством в первичных воинских коллективах М.С. Полянский понимает процесс доминирования, ведущего положения отдельных воинов и групп военнослужащих, ущемляющих права военнослужащих, как правило, младшего призыва, формирующих традиции, обычаи, нормы поведения негативной направленности.

Т.В. Сенько при изучении групп старших дошкольников выделила два типа доминирования: положительное и отрицательное, и аналогичные системы подчинения. Лидер с положительным доминированием руководил последователями с помощью помощи, похвалы. Лидеры с отрицательным доминированием добивались своего заставляя, приказывая, ругая, нападая. М.А. Викулина, изучая тот же

возрастной контингент, обнаружила лидеров с положительной и отрицательной направленностью (с повышенной потребностью в самоуважении, но без учетов интересов партнеров).

Деструктивное лидерство в туристических группах исследуется Э.Э. Линчевским. По его мнению, в составе туристской группы лидерами-дезорганизаторами могут оказаться люди с низкими личными нормами, не заботящиеся о том впечатлении, которое они производят на окружающих.

Проблема отрицательного лидерства применительно к школьной практике изучается В.Г. Степановым, который выделяет следующие типы дезорганизаторов: неформальный лидер-дезорганизатор, затаенный дезорганизатор, невольные дезорганизаторы, мнимые дезорганизаторы. Изучая спортивные команды, А.В. Петровский пришел к выводу, что уровень развития группы определяет особенности отрицательного лидерства.

Ю.П. Платоновым разработаны общие принципы борьбы с деструктивным лидерством и конкретные рекомендации по работе в этом направлении. Автор в зависимости от направленности влияния лидерства, выделяет следующие его типы:

- конструктивное лидерство (функциональное) — способствует осуществлению целей организации;
- деструктивное лидерство (дисфункциональное) — формируется на базе стремлений, наносящих ущерб организации (лидерство в сформировавшейся на производстве группе воров и взяточников);
- нейтральное лидерство – не влияет непосредственно на эффективность производственной деятельности (лидерство среди работающих в одной организации садоводов-любителей).

Зарубежные ученые, работающие в области организационной психологии, обратили внимание на проблему отрицательного лидерства в связи с негативной деятельностью менеджеров, которые выступают источниками конфликтов в организации. Специалист по лечению психологических травм, получаемых на работе, Б. Уилсон в 1991 г. отметил, что психологическое насилие над работниками привело к потере миллиардов долларов, а психологические травмы, полученные на работе в результате деструктивных действий начальников, – более разрушительный фактор для работника и работодателя, чем все вместе взятые другие стрессы, относящиеся к трудовой деятельности.

Норвежский психолог С. Эйнарсен в противоположность конструктивному лидерству выделил три разновидности деструктивного

лидерства: популярный, но нелояльный; разрушительный; тиранический. Деструктивное лидерство получило свое название «буллинг» по аналогии с боем быков в Испании. Следует отметить, что зарубежные исследователи уделяют больше внимания организационным, нежели психологическим компонентам этого феномена, традиционно не разделяя лидерство и руководство.

Несмотря на наличие вышеперечисленных работ, в психологии не существует ни единого понимания феномена деструктивного лидерства, ни четкой классификации его разновидностей, ни единого подхода и к обозначению данного феномена. Под деструктивным лидерством мы понимаем ведущее влияние одного индивида на группу в направлении разрушения существующей системы деловых и (или) межличностных отношений, приводящее к снижению эффективности совместной деятельности группы.

По мнению А.С. Чернышева и Д.В. Беспалова, при создании типологии деструктивного лидерства необходим учет как минимум двух критериев: сферы влияния лидера в группе и направленности активности группы. Мы предлагаем классификацию типов лидерства с учетом данных критериев (рис. 2.3).

По сфере влияния лидера в группе выделим следующие типы лидерства.

1. **Дезорганизующее лидерство.** Носителями данного типа лидерства являются **лидеры-дезорганизаторы**, которые разрушительно действуют на деловую (инструментальную) сторону деятельности группы, мешают осуществлению группой основного вида деятельности. Лидерам-дезорганизаторам противостоят **лидеры-организаторы** (соответственно организующий тип лидерства), которые способствуют достижению стоящих перед группой основных целей и задач.
2. **Отрицательное лидерство** – лидерство, которое отрицательно воздействует на психологический климат группы, подрывает групповую сплоченность. При достижении цели такой лидер не считается с людьми, вызывая у них негативные переживания и даже личные расстройства. Противоположностью отрицательного типа лидерства является **положительное лидерство**, которое способствует налаживанию психологического климата в группе, интеграции группы.

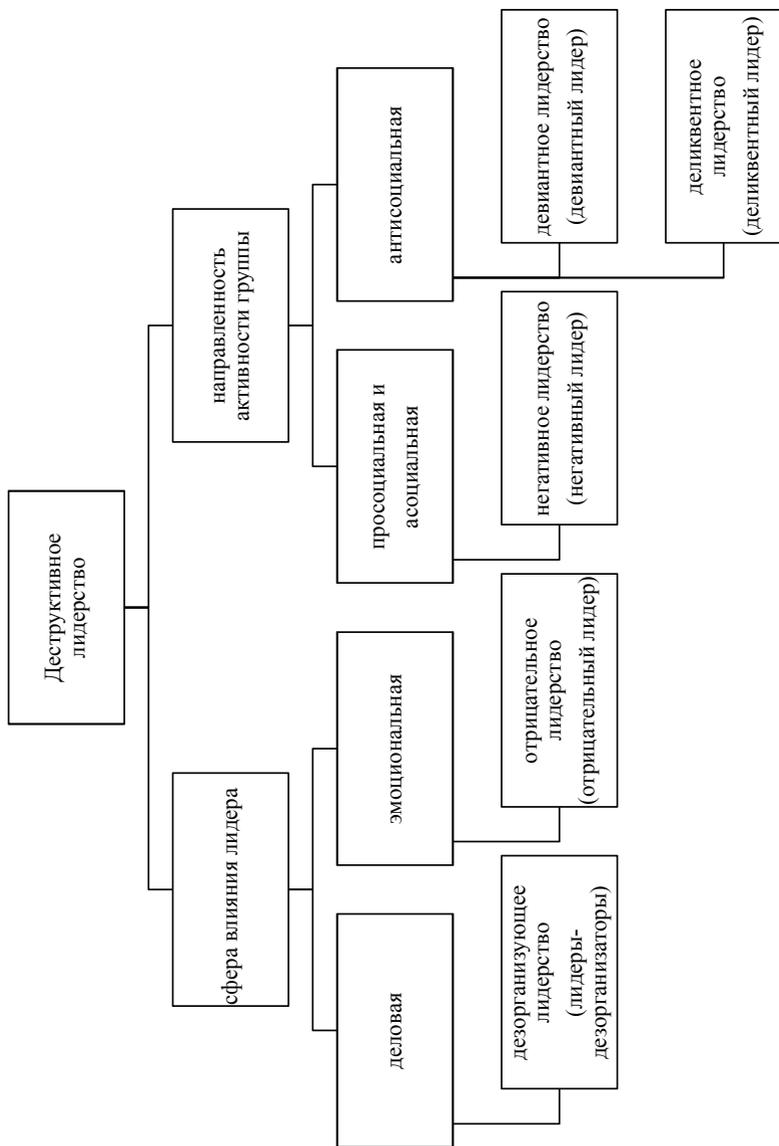


Рис. 2.3. Типология деструктивного лидерства

Целью одного из исследований было изучение специфики деструктивного лидерства и путей его нейтрализации в молодежных группах. На первом этапе исследования с помощью карты-схемы психолого-педагогической характеристики коллектива школьников (авторы Л.И. Уманский, А.С. Чернышев и др.) выявляли лидеров-дезорганизаторов и организаторов в группах и с помощью социометрического опроса определяли уровень их авторитетности. На втором этапе исследования с помощью эмпирических (тест-опросник Т. Лири, тест Р. Кеттелла, опросник мироощущения И.В. Дубровиной) и экспериментальных методов (аппаратурной методики «Арка») определяли специфику данного типа лидерства.

Изучались подростки и юноши, принимавшие участие: во всероссийском образовательном форуме «Селигер» в 2007 и 2008 гг.; участники международного студенческого форума «Славянское содружество» в 2009 и 2010 гг.; воспитанники детских учебно-оздоровительных центров – «Магистр», «Гайдаровец», «Комсорг», «Лагерь мира», «Аргон»; сводные отряды школ г. Курска, принимавшие участие в военной игре «Зарница»; старшекласники школ № 48 и № 50 г. Курска.

Определены пути появления в группе деструктивного лидерства. Механизм появления в группе лидеров-дезорганизаторов во многом аналогичен механизму возникновения лидерства, который раскрыл Л.И. Уманский: «Через лидерство срабатывает один из механизмов самовыражения, самоопределения, раскрытия оригинальности и творческих потенциалов личности в коллективе». К сожалению, вопрос об удовлетворении потребностей человека в лидерстве, удачно решенный А.С. Макаренко, и по настоящее время является актуальным. Б.З. Вульф по этому поводу пишет: «В идеале каждый человек может и должен быть лидером какого-то сообщества. Приближение к такому идеалу – одна из самых трудных, но и самых гуманных задач педагога, работающего с детским объединением». Подростки и юноши, не имеющие возможности выразить потребность вести за собой других для достижения положительных целей в рамках официальных структур, зачастую становятся лидерами-дезорганизаторами, выражая таким образом свою нереализованную активность. В процессе возникновения лидеров-дезорганизаторов в группе весомую роль играют нравственные черты личности лидера. Лица с высокоразвитой нравственной сферой – принимают, имеющих определенные нравственные недостатки

отвергают. В связи с тем, что последние продолжают навязывать свое влияние, они становятся центрами дезорганизации.

Динамика деструктивного лидерства в молодежных группах становится понятной при анализе лидерства в различных социальных средах: социально-обогатенной (детские центры) и обычной среде (школы). Уменьшение числа лидеров-дезорганизаторов в детских центрах связано с тем, что многие лидеры-дезорганизаторы и особенно лидеры «смешанного типа» в социально обогатенной среде изменили свой статус, стали лидерами-организаторами, либо утратили свой лидерский статус.

Дополнительное исследование, проведенное после окончания пребывания испытуемых в детском центре, показало, что в школе ученики получили на 15% больше выборов в качестве лидеров-организаторов. Многие лидеры смешенного типа изменили свой статус – стали лидерами-организаторами. Участвовавшие в эксперименте школьники приобрели необходимые навыки организаторской работы. Это подтверждается результатами работы на приборе-модели совместной деятельности «Арка». Тот факт, что не произошло «глобального» переноса всего положительного, приобретенного респондентами в социально обогатенной среде, в обычные условия, может быть связан с устоявшимися ролевыми нормами и ожиданиями одноклассников.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что формирующий эксперимент, проводимый в указанных детских центрах, способствовал актуализации лидерства, а также его количественному и качественному позитивному преобразованию. Ведущую роль в этом процессе играло повышение организованности групп, социальное, духовное и предметное обогащение деятельности, интенсификация интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих компонентов совместной деятельности, демократическое внедрение организационного порядка, общая пространственная организация коллективных действий, создание атмосферы поддержки и товарищества и др.

В ходе исследования деструктивного лидерства с помощью «Карты-схемы психолого-педагогической характеристики группы школьников» было установлено, что деление лидеров на положительных и отрицательных (организаторов и дезорганизаторов) носит довольно условный характер и не может быть абсолютным. Его нельзя рассматривать без учета уровня организованности группы, в

которой находится лидер. В группах средней и низкой организованности многие лидеры оказывают на группу одновременно и организующее и дезорганизующее влияние, являясь лидерами смешанного типа. С повышением организованности группы лидеры-дезорганизаторы и лидеры смешанного типа либо начинают положительно влиять на группу, либо перестают быть авторитетными в своей группе, т.е. утрачивают лидерский статус. Доказательством приведенного положения может служить установленная Д.В. Беспаловым взаимосвязь организованности группы (УОГ) и количества лидеров-организаторов и дезорганизаторов (см. рис. 2.4).

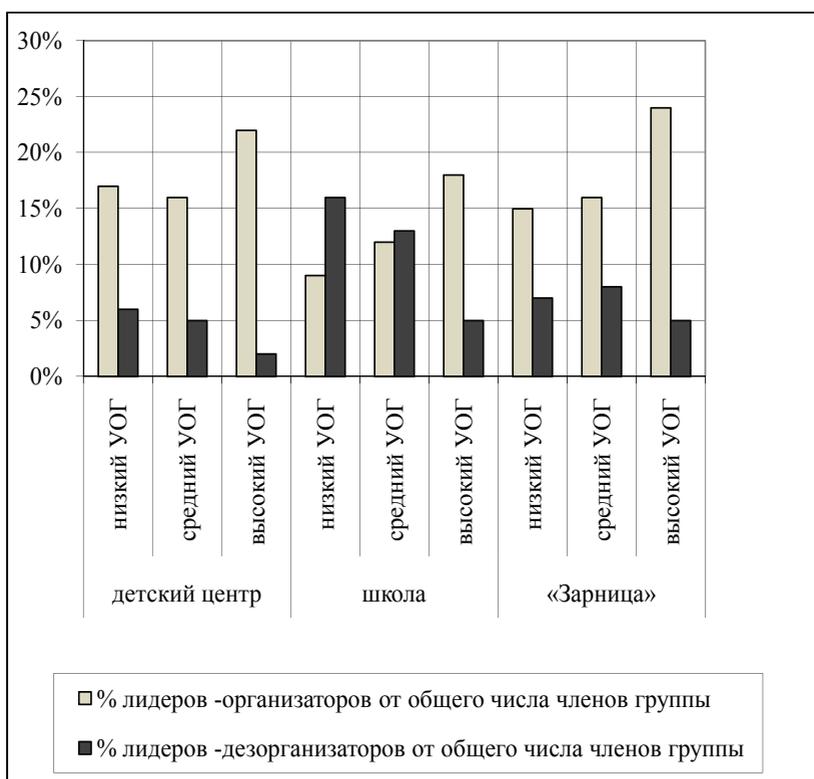


Рис. 2.4. Соотношение лидеров-организаторов и лидеров-дезорганизаторов в группах различной организованности

Из представленных данных видна тенденция, характерная для всех исследуемых социальных сред: в группах высокой организованности больше лидеров-организаторов и меньше лидеров-дезорганизаторов, чем в группах средней и особенно низкой организованности.

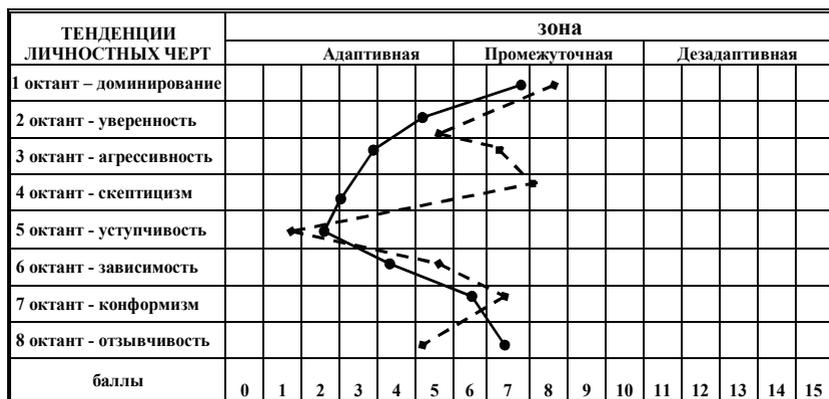
Наблюдается определенная специфика: в школе больше лидеров-дезорганизаторов, чем в детских центрах и на «Зарнице». Данную тенденцию можно объяснить исходя из рассмотренного выше механизма появления в группе лидеров-дезорганизаторов. В школьной среде ученику сложнее выразить потребность вести за собой других для достижения положительных целей в рамках официальных структур, поэтому он становится лидером-дезорганизатором, таким образом выражая свою нереализованную активность. На «Зарнице» и особенно в детских центрах создаются оптимальные условия для реализации лидерского потенциала, вследствие чего здесь меньше лидеров-дезорганизаторов.

Исследование лидеров в школе позволило выявить отличительные особенности личности лидеров-организаторов и дезорганизаторов. На наличие данных особенностей оказывает влияние длительное пребывание индивида в роли лидера-организатора или лидера-дезорганизатора. Во многом поэтому в детских центрах и в условиях «Зарницы» статистически значимых личностных отличий между данными типами лидерства не выявлено. Здесь статус лидера-дезорганизатора часто носит временный характер, таких лидеров мало, и нередко под воздействием группы и социальной среды они либо перестают быть лидерами, либо изменяют свой статус – становятся лидерами-организаторами.

В ходе наблюдений выявлены особенности личности лидеров-организаторов и дезорганизаторов. Приоритет чуткости, ответственности, вежливости и мотивации созидания присущ лидерам-организаторам. У лидеров-дезорганизаторов преобладает негативизм, безответственность.

Изучение стиля и структуры межличностных отношений и их особенностей с помощью теста-опросника Т. Лири позволило выявить ряд особенностей лидеров-организаторов и дезорганизаторов. Результаты данного исследования представлены на рис. 2.5., где наглядно показано, что различия лидеров-организаторов и лидеров-дезорганизаторов наблюдаются в 3-м и 4-м октантах (различия в 3-м октанте статистически достоверны на уровне  $p \leq 0,05$ , а в 4-м октанте

статистически достоверны на уровне  $p \leq 0,01$ ). Таким образом, лидеры-дезорганизаторы характеризуются следующими, более выраженными особенностями межличностных отношений: сопротивляется любому влиянию, постоянно отстаивает свою позицию; сверхчувствителен к критическим замечаниям в свой адрес; если встречает сопротивление, проявляет недружелюбие, агрессию, гнев, нетерпим к ошибкам партнера, строгий и резкий в оценке других; настойчив в достижении цели любыми средствами. Тип лидера – авторитарный. Всегда в оппозиции.



**Примечание:** сплошная ломаная кривая отражает особенности стиля и структуры межличностных отношений лидеров-организаторов; прерывистая ломанная отражает особенности стиля и структуры межличностных отношений лидеров-дезорганизаторов.

Рис. 2.5. Особенности стиля и структуры межличностных отношений лидеров-организаторов и дезорганизаторов

Наблюдения показывают, что лидеры-дезорганизаторы своими действиями дезинтегрируют групповые и индивидуальные мотивы, препятствуют включенности индивидов в совместную деятельность. Большое значение здесь имеют представленные выше особенности личности лидеров-организаторов и дезорганизаторов.

Для установления влияния лидеров-дезорганизаторов на успешность совместной деятельности в напряженной ситуации в исследовании А.С. Чернышева и Д.В. Беспалова был проведен

эксперимент: из совместной деятельности исключался лидер-дезорганизатор, после этого сравнивались результаты успешности деятельности (см. рис. 2.6).

Мы видим, что исключение лидера-дезорганизатора ведет к увеличению успешности совместной деятельности группы в напряженной ситуации. Данная тенденция характерна для групп низкой и средней организованности, в которых происходит увеличение успешности совместной на 3,2 и 2,8 баллов соответственно (различия статистически значимы на уровне  $p \leq 0,05$ ). В группах высокой организованности исключение лидера-дезорганизатора практически никак не сказывается на успешности совместной деятельности, т.к. в этих группах роль лидера-дезорганизатора в напряженных ситуациях совместной деятельности и его влияние на жизнь группы минимальны.

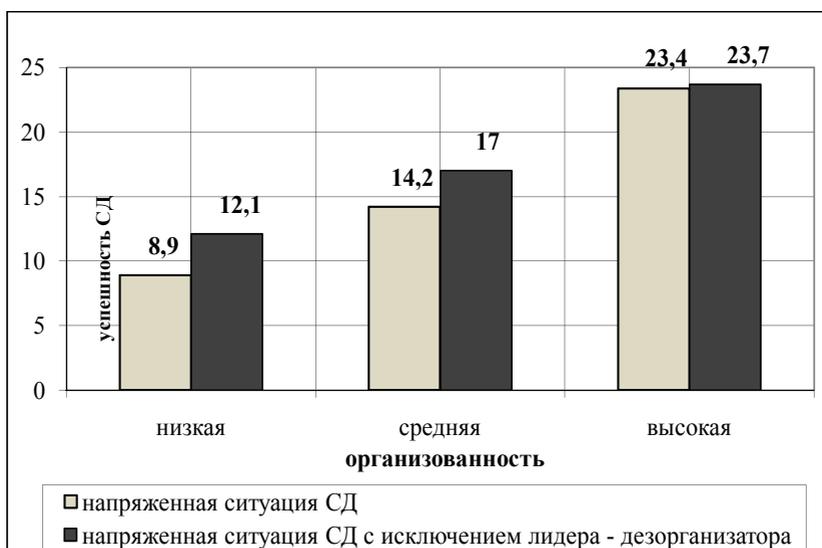


Рис. 2.6. Сравнение успешности СД группы в ситуации исключения лидера-дезорганизатора в зависимости от степени организованности

Проведенное теоретико-эмпирическое исследование проблемы отрицательного лидерства в группах старшеклассников в целом подтвердило выдвинутую гипотезу и позволяет заключить следующее.

1. Деление лидеров на положительных и отрицательных (организаторов и дезорганизаторов) не может быть абсолютным – его нельзя рассматривать без учета уровня организованности

группы. Установлено, что в группах средней и низкой организованности многие лидеры оказывают на группу одновременно и организующее и дезорганизующее влияние, являясь лидерами смешанного типа. В высокоорганизованных группах больше лидеров-организаторов и меньше лидеров-дезорганизаторов, чем в группах средней и особенно низкой организованности.

2. Сравнивая между собой лидеров-организаторов и дезорганизаторов, можно выделить следующие особенности: дезорганизаторы более агрессивны, доминантны, подозрительны, чем лидеры-организаторы; у лидеров-организаторов более адекватная самооценка, выше уровень общительности; лидеры смешанного типа по большинству показателей находятся между лидерами-организаторами и дезорганизаторами.
3. Лидеры-организаторы, по сравнению с дезорганизаторами, более склонны к организаторской деятельности. Они отличаются бескорыстностью мотивов и самостоятельностью включения в организаторскую деятельность, смелостью и готовностью принимать на себя роль организатора, неутомимостью в организаторской работе. Такие лидеры способны быстро принимать решение, выражать свои требования в разной форме (от приказа до шутки). Они оказывают влияние на членов своей группы, «заряжают» их своими эмоциями и чувствами. Лидер-организатор способен воздействовать на других личным примером и создавать в группе уверенность в успехе дела.
4. Практически во всех группах лидеры-дезорганизаторы, за счет наличия ряда особенностей личности, отрицательно влияют на эффективность совместной деятельности класса. Определяющая роль в этом процессе принадлежит следующим психологическим особенностям личности дезорганизатора: постоянно отстаивает свою позицию, сверхчувствителен к замечаниям в свой адрес, проявляет агрессию и гнев, нетерпим к ошибкам партнера, строг и резок в оценке других.
5. У лидеров-организаторов преобладает позитивное мироощущение, присутствует развитая система ценностных ориентаций, активная жизненная позиция. Их характеризует определенный социальный оптимизм, что во многом объясняется приоритетом внутреннего локуса контроля над внешним, т.е. молодые люди верят, что могут сами изменить окружающий мир, многого добиться в жизни.

## **2.6. Сравнительная экспертная оценка факторов риска наркотизации.**

Вероятность как разового или эпизодического злоупотребления ПАВ, так и развития химической зависимости определяется воздействием на человека комплекса предпосылок, сложным образом взаимодействующих между собой. Ранее проведенные исследования, результаты которых представлены в литературе, не позволили выделить один или несколько факторов, роль которых в вероятности наркотизации в целом была бы решающей. В то же время, сравнение значимости различных факторов риска представляет определенный интерес на уровне конкретной территории со сложившейся социально-экономической и демографической ситуацией. В связи с невозможностью выделить группы людей, различающихся по наличию или отсутствию воздействия на них каждого отдельно взятого фактора, и сложной системой взаимного влияния факторов риска и факторов защиты, традиционные методы массовых исследований для данного случая неприменимы. В связи с этим нами была проведена экспертная оценка, в ходе которой перед респондентами-специалистами была поставлена задача ранжирования факторов в порядке убывания их роли в возникновении рассматриваемого явления, а затем выстраивается результирующий ранжированный ряд и проводится количественная оценка согласованности мнений экспертов.

Принимая во внимание отсутствие на момент исследования специалистов, в равной степени обладающих знаниями о различных аспектах изучаемой проблемы, мы провели межведомственную экспертную оценку, включив в число респондентов работников различных отраслей, участвующих в реализации профилактических программ. Для отбора экспертов установлены следующие критерии: высшее профессиональное образование, стаж работы по специальности не менее 3 лет и предшествующее прохождение обучения по вопросам профилактики наркомании среди молодежи. Соответствующими выбранным критериям отбора экспертов признаны 42 респондента. Из них 16 представляют систему здравоохранения (8 врачей-наркологов, 7 врачей первичного звена, 1 медицинский психолог), 12 являются педагогами школ и средних профессиональных учебных заведений, 5 - государственными и муниципальными служащими, 5 - работниками учреждений культуры, досуга, спорта, дополнительного образования и молодежной политики, 4 – сотрудниками Госнаркоконтроля. 16 экспертов (38,1%) имеют медицинское образование, 12 (28,6%) –

педагогическое, 6 (14,3%) – психологическое, 3 (7,1%) – юридическое, 1 (2,4%) – в области государственного и муниципального управления, 1 (2,4%) – 2 высших образования (педагогическое и экономическое), 3 (7,1%) – высшее профессиональное образование по прочим специальностям. Средний стаж работы по специальности в группе экспертов составил 14,4 лет. В мероприятиях по обмену опытом в деле профилактики наркомании принимали участие 35 человек (83,3%). Собственные разработки в данной сфере внедрили 25 специалистов (59,5%), авторами печатных работ являются 10 (23,8%).

В целях построения усредненных ранжированных рядов значимости факторов риска наркотизации, эффективности мер профилактики наркомании среди молодежи, роли различных государственных структур и общественных институтов в проведении профилактики и информационных потребностей организаторов профилактической работы по каждому из данных вопросов сформирована матрица рангов.

С целью выбора конкретных объектов ранжирования (факторов) нами был проведен контент-анализ отечественных литературных источников, посвященных данной проблеме, по результатам которого построена рабочая классификация факторов риска наркотизации (рис. 2.7).

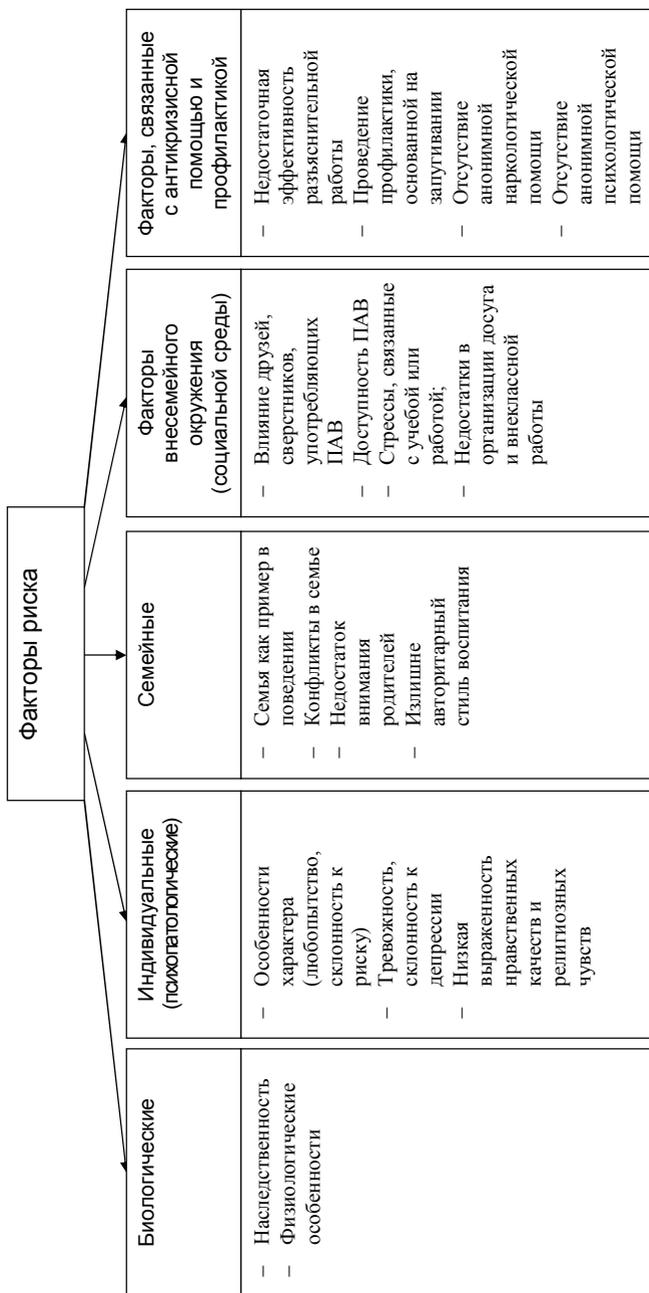


Рис. 2.7. Классификация факторов риска наркотизации молодежи

На основании проведенного каждым экспертом ранжирования предложенного списка факторов риска в порядке убывания их значимости построен результирующий ряд (табл. 2.1). Для количественной оценки согласованности мнений экспертов использован коэффициент конкордации Кендалла, равный для данной матрицы рангов 0,29, и вычисленная с его использованием величина  $\chi^2$ , равная 195, что превышает табличное значение, свидетельствуя о согласованности мнений экспертов.

По результатам экспертной оценки, ведущим фактором риска признано влияние сверстников, употребляющих ПАВ, и принадлежность к пронаркотическим неформальным объединениям. В число наиболее значимых факторов отнесены также употребление алкоголя или наркотиков в семье как пример в поведении, недостаточное внимание к ребенку со стороны родителей (родственников), особенности характера подростка (любопытство, стремление к риску, острым ощущениям, неформальному поведению), тревожность, склонность к депрессиям, неумение самостоятельно найти выход из психотравмирующей ситуации. Факторами средней значимости признаны недостатки в организации занятости молодежи, досуга, массового спорта, доступность наркотиков, конфликты в семье как источник стрессов, наследственность, низкая выраженность у молодых людей нравственных качеств и религиозных чувств, а также недостаточно информативная разъяснительная работа. Как наименее значимые факторы названы непрофессионально проводимая профилактическая работа, основанная на запугивании, физиологические особенности организма, стрессы, связанные с учебой (работой), излишне авторитарный стиль воспитания и отсутствие возможности получения анонимной психологической и медицинской помощи.

Таблица 2.1

Результаты экспертной оценки  
значимости факторов риска наркотизации

Факторы риска	Относительный ранг по результатам экспертной оценки		
	Врачи	Эксперты с немедицинским образованием	Общая оценка
Влияние сверстников, употребляющих ПАВ	1	1	1
Употребление ПАВ в семье как пример поведения	2	2	2
Недостаточное внимание к ребенку со стороны родителей (родственников)	3	3	3
Особенности характера подростка (любопытство, стремление к риску)	4	4	4
Расстройства психологической адаптации	5	5	5
Недостатки в организации досуга, массового спорта и внеклассной работы	7	8	6
Доступность наркотиков	9	6	7
Конфликты в семье	6	7	8
Наследственность	8	8	9
Низкая выраженность нравственных качеств и религиозных чувств	12	10	10
Недостаточная информативность разъяснительной работы	10	11	11
Излишнее запугивание	15	12	12
Физиологические особенности организма	11	15	13
Стрессы, связанные с учебой (работой)	14	13	14
Излишне авторитарный стиль воспитания	13	16	15
Отсутствие анонимной психологической помощи	16	14	15
Отсутствие анонимной медицинской помощи	17	17	16

Определенный интерес также представляют различия в представлениях о факторах риска наркотизации молодежи врачей и лиц, не имеющих медицинского образования. Для матрицы рангов, построенной на основе ответов экспертов-врачей, получены значения коэффициента конкордации Кендалла  $W = 0,305$ ,  $\chi^2 = 83,07$ , для специалистов с немедицинским образованием  $W = 0,276$ ,  $\chi^2 = 110,24$ , асимптотическая значимость в обоих случаях составила 0,001, что свидетельствует о согласованности мнений внутри каждой группы.

При отдельном рассмотрении результирующих ранжированных рядов на основе ответов медицинских работников и представителей прочих профессий следует отметить полное единодушие данных двух групп экспертов в выделении наиболее значимых факторов: у обеих категорий специалистов первые 5 позиций совпадают как между собой, так и с результирующим ранжированным рядом, построенным по итогам обработки анкет всех экспертов (рис. 2.8). Врачи, по сравнению с педагогами, психологами, государственными и муниципальными служащими, отмечают более существенную роль в социопатогенезе наркологических расстройств физиологических особенностей организма и излишне авторитарного стиля воспитания, а специалисты с немедицинским образованием – доступности наркотиков, низкой выраженности у молодежи нравственных качеств и религиозных чувств, излишнего запугивания в ходе профилактических мероприятий и отсутствия возможности получения анонимной психологической помощи. Мнения по остальным изучаемым факторам риска у обеих категорий экспертов совпадают либо различаются на одну позицию вверх или вниз. Высокую степень согласованности двух ранжированных рядов, полученных по результатам обработки анкет экспертов различных специальностей, доказывает величина коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r_s=0,93$ ,  $p=0,01$ ).

Особая ценность результатов данного исследования заключается в том, что экспертная оценка учитывает не только роль каждого фактора в качестве индивидуального мотива, но и сложившуюся ситуацию с точки зрения его выраженности, распространенности и наличия у молодежи и специалистов навыков противодействия ему.

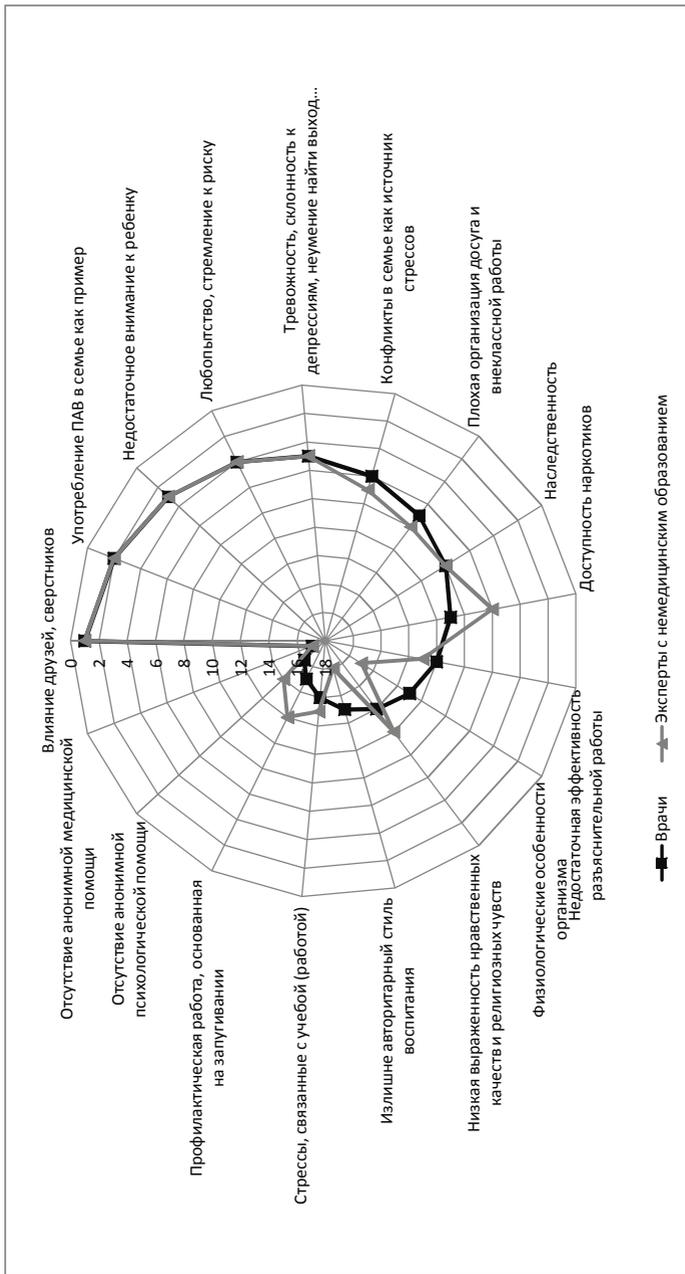


Рис. 2.8. Результаты оценки значимости факторов риска наркотизации врачами и экспертами с немедицинским образованием

Следует отметить, что все опрошенные специалисты, независимо от образования и профессиональной принадлежности, занижают роль анонимной медицинской и психологической помощи в профилактике наркомании: результаты экспертной оценки свидетельствуют о том, что наличие или отсутствие службы анонимной наркологической помощи или психологического консультирования в нынешнем состоянии оказывает малозначительное влияние на наркоситуацию. Данная оценка основана на систематизации субъективных мнений экспертов, которые могли сформироваться под влиянием нескольких причин. Так как по профессиональной структуре контингента опрошенных экспертная оценка носила межведомственный характер, то следует отметить слабую интегрированность служб анонимной помощи в систему межведомственного взаимодействия и реализацию комплексных программ противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту. В связи с этим специалистам, не занятым напрямую в организации анонимных консультаций, затруднительно оценить их роль в предотвращении наркотизации.

В целом, проведенная экспертная оценка позволяет представить групповой мотив наркотизации, то есть влияние со стороны друзей или родственников, в качестве ведущего фактора риска для молодежи Курской области. Кроме того, отмечено, что в сложившихся в регионе условиях роль модифицируемых (социальных и психологических) факторов риска в целом выше, чем роль немодифицируемых (биологических) факторов.

## **2.7. Наркопредрасположенность как медико-социальная проблема молодежи.**

Многообразие выделенных факторов риска наркотизации, значимость многих из них как самостоятельных кризисных медицинских и социальных явлений и необходимость осуществления первичной профилактики, направленной в соответствии с определением ВОЗ на противодействие предпосылкам наркотизации, заставило нас ввести новое для дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» понятие «Наркопредрасположенность».

Термин «Наркопредрасположенность», несмотря на единичные упоминания в психологической, социологической и педагогической литературе, ранее не употреблялся в медицинских изданиях, а его определение как интегрального понятия и самостоятельной медико-социальной проблемы дано нами впервые по результатам социально-

философского и контент-анализа 100 отечественных и зарубежных литературных источников 1995 – 2008 годов, а также экспертной оценки значимости различных факторов риска наркотизации. С учетом междисциплинарного характера проблемы наркомании и положений такого научно-практического направления, как наркологическая превентология, экспертный опрос имел межведомственный характер – в качестве респондентов выступали 16 врачей и 26 специалистов с немедицинским образованием.

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 (концепцию наркопредрасположенности) 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 (поляльное 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 нами графически (рис. 2.9)



Рис. 2.9. Модель наркопредрасположенности.

## **2.8. Организация мониторинга факторов риска наркотизации молодежи на уровне субъекта Российской Федерации**

В основу разработанной нами 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 и внедренных в практику органов государственной власти Курской области информационных карт ежегодного мониторинга.

Источником исходных данных для обработки служит впервые внедренная в систему документооборота новая форма статистической отчетности – информационная карта показателей (приложение 1), которая ежегодно заполняется администрацией каждого района или города. Заполнение информационной карты требует обращения к количественным данным, учитываемым в своей работе органами государственной статистики, управления здравоохранением, образованием, социальной защиты, культуры, спорта, молодежной политики, комиссиями по делам несовершеннолетних и силовыми структурами. Основу обработки полученных данных составляет их

перевод в сопоставимую форму, позволяющую сравнивать ситуацию в территориях между собой и с положением дел по области в целом. Это производится посредством использования методики обработки информационных карт и интерпретации полученных результатов (приложение 2). Данная методика основана на определении показателей, отражающих распространенность каждого социального явления в расчете на численность населения возрастной группы, для которой оно рассматривается. Это позволяет сопоставить актуальность каждой проблемы в территориях с различной численностью жителей, а также сравнить ситуацию в каждом районе или городе по каждому из параметров с данными по региону в целом. С целью учета полученных данных и результатов их интерпретации в планировании и осуществлении профилактической работы на местах использован принцип регулирующей обратной связи. Рабочей формой документа для ее осуществления является аналитическая карта факторов риска наркотизации молодежи, которая рассылается главам администраций муниципальных районов и городских округов по итогам обработки информационных карт показателей (приложение 3).

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 неблагоприятности 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 различными возрастными группами 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.

## **ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.**

### **3.1. Организационно-правовые и научные основы организации профилактики наркомании.**

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.

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 включения 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.

В послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 26 мая 2004 г. особо отмечена необходимость прекращения распространения наркомании. В Посланиях 2012 - 2013 годов глава государства вновь обратил внимание на необходимость повышения ответственности всего общества в вопросах здорового образа жизни, назвав наркоманию в числе основных причин смерти трудоспособного населения наравне с вредными условиями труда и высокой аварийностью на дорогах, а также призывав уделять внимание общественной профилактике наравне с вложениями в модернизацию лечебных учреждений.

Государственная политика Российской Федерации в отношении ПАВ направлена на установление контроля за их оборотом, борьбу с наркопреступностью, уничтожение наркосодержащей растительности, регулирование алкогольного рынка, сокращение числа больных наркоманией, их лечение и реабилитацию.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю, включаются в перечень, утверждаемый Правительством Российской Федерации. Перечень содержит список веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен (список I), ограничен (список II), ограничен, но допускает исключение отдельных мер контроля (список III) и список прекурсоров (список IV).

Лицензированию и государственному контролю подлежат все виды деятельности, связанные с культивированием наркосодержащего сырья, производством, транспортировкой, распределением (отпуском), использованием в лечебных, учебных и научных целях, переработкой и уничтожением наркотических и психотропных веществ.

Отдельно оговаривается порядок допуска людей к работе с подлежащими контролю ПАВ, исключающий участие в их законном обороте наркозависимых и имеющих судимости за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков.

Данные ограничительные меры минимизируют утечку ПАВ из легального оборота. Таким образом, в профилактической деятельности в качестве ее неотъемлемых частей присутствуют правовая и экономическая стратегии. В реализации данных стратегий большое значение придается совершенствованию механизмов и технических средств контроля за выполнением соответствующих запретов и ограничений, и борьбе с коррупцией.

Активно ведется разработка технических устройств дистанционного обнаружения наркотических средств на основе электромагнитного и иного сканирования людей и багажа для установки на пограничных пунктах и в аэропортах. Внешне подобный сканер напоминает применяемые в настоящее время металлодетекторы. Подобные системы, обнаруживающие минимальные количества заданных веществ, также можно будет использовать для пресечения проноса наркотиков в ночные клубы, учебные заведения и другие места массового пребывания молодежи.

В целях борьбы с нелегальным распространением ПАВ установлена уголовная ответственность за незаконный оборот наркотиков, хищение наркотических средств, склонение к их употреблению, организацию притонов для потребления наркотиков и подделку рецептов. Существует правовая база и примеры из судебной практики для борьбы с различными формами пропаганды наркотиков: запрет рекламы, ограничения действия Интернет-ресурсов с информацией о положительных сторонах наркотизации, пресечения распространения наркотической символики и атрибутики.

В то же время, попытки решения проблемы преимущественно силовыми методами оказываются несостоятельными. Несмотря на значительное количество (более 100 тысяч в год) лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, в том числе к лишению свободы, значительных изменений наркоситуации в стране в лучшую сторону не произошло. В связи с этим, профилактическая работа и антинаркотическая пропаганда являются приоритетными направлениями государственной антинаркотической политики. Профилактика наркомании связана с наиболее значимыми и долговременными видами социальной деятельности, крупными мерами развития экономики, законотворчества и правоприменения, поддержания культуры и нравственности, социальной защиты населения.

Связь проблемы наркомании с другими глобальными угрозами безопасности государства и социальной стабильности, а также представление о борьбе с незаконным распространением и потреблением наркотиков как о межведомственной, если не о всеобщей задаче, призвана подчеркнуть Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утвержденная Указом Президента от 9 июня 2010 г. № 690. Стратегия государственной антинаркотической политики – официально принятые основные направления государственной политики, определяющие меры, организацию и координацию деятельности федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и противодействия их незаконному обороту.

Во введении Стратегии говорится, что необходимость ее принятия продиктована целым комплексом причин, которые следует представить в виде трех групп. Первая группа – причины, связанные с динамикой наркопреступности и ее связи с другими глобальными угрозами национальной безопасности: деятельность международных преступных группировок, связанных с террористическими организациями, появление новых видов психоактивных веществ, прохождение через территорию России путей наркотрафика из Афганистана. Вторая группа – причины медико-социального характера, в числе которых – значительный вклад наркомании в негативные тенденции демографической ситуации в стране, распространение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, а также большой удельный вес причин, прямо и косвенно связанных с употреблением ПАВ, в структуре смертности населения трудоспособного возраста. Выделяя третью группу причин, государство признает несовершенство действующей системы мониторинга наркоситуации, профилактики и лечения наркологических расстройств, низкий уровень реабилитации пациентов профильных клиник.

Генеральной целью Стратегии является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства. В Стратегии обозначено, что решения и меры, принимаемые органами государственной власти в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, основываются на принципах законности, соблюдения конституционных прав и свобод граждан, открытости,

конкретности, системности, комплексности, упреждающего воздействия, обеспечения равенства всех перед законом и неотвратимости ответственности, опоры на поддержку общества, недопустимости применения в Российской Федерации заместительных методов лечения больных наркоманией с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I и II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, а равно легализации потребления отдельных наркотиков в немедицинских целях. Реализация Стратегии предусматривает комплекс мер по борьбе как с предложением наркотиков (борьба с наркопреступностью), так и со спросом на них за счет профилактической, лечебной и реабилитационной работы. 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 наркотиков и других 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.

Одним из предпочтительных направлений антинаркотической деятельности, определяемых Стратегией, является включение в основные и дополнительные образовательные программы общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования разделов по профилактике злоупотребления психоактивными веществами, а также программ, направленных на соответствующие целевые аудитории. При этом реализация целевых программ должна охватывать следующие возрастные и социальные группы:

- дети и подростки в возрасте до 17 лет включительно (обучающиеся, воспитанники образовательных учреждений и осужденные в воспитательных колониях уголовно-исполнительной системы России);

- молодежь в возрасте до 30 лет включительно;
- работающее население;
- призывники и военнослужащие.

При проведении профилактических мероприятий в рамках Стратегии рекомендовано отдавать предпочтение сочетанию индивидуальных и групповых методов работы, а также методам прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из групп риска немедицинского потребления наркотиков, освоения и раскрытия ресурсов психики и личности, поддержки молодого человека и помощи ему в самореализации собственного жизненного предназначения.

Механизм реализации Стратегии предусматривает развитие социального партнерства между государственными структурами и российскими компаниями и корпорациями, общественными объединениями и организациями при проведении профилактических мероприятий антинаркотической направленности.

Таким образом, проблема профилактики наркомании затрагивает сферу деятельности многих государственных структур и общественных институтов, что предполагает выстраивание особой системы управления реализацией государственной антинаркотической политики.

На федеральном уровне с целью организации межведомственного взаимодействия в борьбе с распространением наркомании образован Государственный антинаркотический комитет, возглавляемый директором Госнарконоконтроля. В состав Комитета включены помощник Президента Российской Федерации, заместитель Секретаря Совета Безопасности, заместители Председателей Совета Федерации и Государственной Думы и руководители более 20 министерств и ведомств страны. На него возложена координация действий различных структур на федеральном уровне, организация взаимодействия региональных антинаркотических комиссий, подготовка предложений по совершенствованию государственной антинаркотической политики и участие в международном сотрудничестве по данным вопросам.

Главным учреждением, осуществляющим практическое руководство реализацией всех основных направлений антинаркотической политики, является Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков.

На уровне регионов общее руководство реализацией государственной антинаркотической политики осуществляется антинаркотическими комиссиями субъектов РФ под председательством губернаторов. Их создание направлено на организацию взаимодействия

государственных структур регионального уровня и органов местного самоуправления в деле разработки и реализации профилактических программ. Осуществляя взаимодействие с Государственным антинаркотическим комитетом и органами власти других регионов, антинаркотические комиссии субъектов Российской Федерации призваны обеспечить единство государственной антинаркотической политики.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ также отнесены задачи по разработке и реализации профилактических программ, организации межведомственного взаимодействия по данным вопросам, а также по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан. Кроме того, на региональном уровне могут быть установлены собственные стандарты медицинской помощи на уровне не ниже федеральных.

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. В основу наркологической превентологии положен экстранозологический подход, который обеспечивает наиболее адекватную профилактику и коррекцию зависимости различными специалистами. Следуя данным принципам, профилактическая работа должна быть комплексной и отвечать критериям систематичности и социальной эффективности.

Многообразие направлений работы и конкретных профилактических мероприятий, регламентированных на федеральном уровне, можно представить в виде следующих составляющих государственной политики по профилактике наркомании:

- информирование населения о неблагоприятных последствиях употребления ПАВ;
- противодействие пропаганде ПАВ;
- пропаганда спорта, здорового образа жизни, создание стимулов и условий для его ведения;
- организация внеклассных мероприятий, молодежного досуга;
- адресная работа с неблагополучными семьями;
- раннее выявление немедицинского потребления ПАВ;
- организация психологической и медицинской помощи, в том числе анонимной;

- диспансерное наблюдение наркологических больных, применение в их отношении социально-правовых ограничений по соображениям общественной безопасности;
- реабилитация и противорецидивная работа в наркологии.

Согласно классификации ВОЗ, профилактику принято разделять на три типа: первичная, вторичная и третичная.

Первичная профилактика имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни и усилить позитивные результаты развития индивида. Она основана на учете предпосылок наркотизации и заключается в информировании населения о ПАВ и их воздействии на организм и психику, формировании мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие, развитии навыков разрешения проблем и отказа от предлагаемого психоактивного вещества, а также предусматривает организацию и реорганизацию окружения, изменение традиций и обычаев. Объектом первичной профилактики следует считать всю детскую, подростковую и молодежную среду.

Воспитательно-просветительская стратегия наркологической превентологии содержит ряд главных принципов, основными из которых являются превалирование воспитания над перевоспитанием и обучение умению эффективного принятия решений, оценке различных форм рискованного поведения и поведению, адекватному ситуации.

Требуется дифференциация целей, задач и содержания профилактической работы в зависимости от вовлеченности объектов воздействия в наркогенную субкультуру, действующих факторов риска, сложившейся наркоситуации, социокультурных традиций и возрастных различий в восприятии информации.

Большими возможностями для проведения антинаркотической информационно-образовательной работы обладает школьная программа: уроки обществознания, биологии человека, основ безопасности жизнедеятельности, проведение специальных занятий с участием приглашенных специалистов.

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. Кроме того, удовлетворение стремления некоторых подростков к риску через занятия экстремальными видами спорта с соблюдением

должных мер безопасности и под руководством подготовленных инструкторов носит замещающий характер, не допуская получения желаемых острых ощущений через прием наркотиков или криминальное поведение.

В описании основ первичной профилактики наркомании большое внимание уделяется работе с подростковыми группами и неформальными объединениями, направленной на позитивную ориентацию молодежи. С учетом явления созависимости, групповых форм наркопотребления и вовлечения наркоманами в употребление ПАВ новых молодых людей большое значение имеет раннее выявление, изоляция и лечение наркозависимых членов группы.

Следующей составляющей первичной профилактики наркомании является взаимодействие со средствами массовой информации: 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 употребляющем психоактивные вещества как на безвольном, зависимом, слабом, больном и презираемом человеке.

Важная роль также отводится тематическим Интернет-проектам. Выделены основные требования к подаче специальной информации в электронном виде:

- необходимо предоставлять научную информацию, вызывающую интерес широкого круга людей, в доступной для них форме;
- сайт должен представлять практический интерес для специалистов различных ведомств, работающих с потребителями ПАВ.

Общими требованиями к используемой с целью антинаркотической пропаганды информации является соблюдение принципов объективного информирования о проблеме, избегание запугивания подростков, а также принципа безопасности, который заключается в необходимости исключения публичного оглашения сведений, способных спровоцировать интерес к наркотизации.

Отдельно следует выделить мероприятия по научно-методическому обеспечению антинаркотической деятельности: проведение научных исследований и подготовку кадров.

Проведенный рядом авторов анализ социально-просветительских материалов показывает, что в основном они рассматривают клинически наглядные формы наркоманий, их тяжелые осложнения и криминальные последствия. Отмечен недостаток общедоступной информации о

симптомах опьянения, ранних признаках употребления ПАВ. При этом общая психогигиеническая грамотность оценивается как недостаточная: не хватает понимания необходимости нетравматичных межперсональных отношений, внимания к особенностям поведения (в первую очередь, собственных детей), знаний о тех формах поведения, которые требуют обращения к специалистам. В связи с этим признано, что знания по психологии, дефектологии, о наркотиках, наркомании, ее предпосылках и последствиях, умение распознавать ранние признаки употребления ПАВ и правильно действовать при их выявлении важны родителям, педагогам, социальным работникам, сотрудникам органов по делам молодежи и лидерам общественных организаций.

Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Главная цель вторичной профилактики – изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личностного и социального статуса человека.

Третичная профилактика наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива, либо на снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них. Общими принципами третичной профилактики являются сочетание лечебного воздействия, психотерапии, диспансерного наблюдения и комплексных реабилитационных программ с социальной реинтеграцией.

В Великобритании, Австралии, Германии, Швейцарии, Нидерландах, Канаде и ряде других стран созданы программы снижения вреда от употребления наркотиков, первоочередной целью которых является предотвращение распространения ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекционных осложнений при инъекционном введении наркотиков. Эти программы опираются на признание наркомании как неизбежного и опасного явления в современном обществе, стремление к прагматичной политике в отношении наркотиков и к защите здоровья всего общества за счет защиты здоровья наркоманов. Внедрение программ снижения вреда в ряде стран позволило усилить мотивационную работу с зависимыми

лицами, ориентировать их на прекращение употребления наркотиков более успешно, либо установить сотрудничество между медицинскими работниками и потребителями наркотиков в рамках продвижения к более безопасному стилю жизни.

Имеющиеся указания относительно содержания региональных профилактических программ носят рекомендательный характер и касаются одновременно вопросов профилактики ВИЧ-инфекции, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем, и наркоманий, что вполне объяснимо взаимосвязанностью данных медико-социальных проблем.

В 2011 г. Советом по взаимодействию Совета Федерации ФС РФ с Молодежными парламентами субъектов Российской Федерации, молодежными общественными объединениями Российской Федерации утверждены методические рекомендации «Методические подходы к организации профилактики наркопредрасположенности молодежи на уровне субъекта Российской Федерации». Они предназначены для органов государственной власти и местного самоуправления субъектов Российской Федерации, молодежных парламентских структур, общественных молодежных организаций, объединений молодых ученых и специалистов и являются научно обоснованным руководством рекомендательного характера, охватывающим большинство практически значимых составляющих антинаркотической политики исполнительной власти и негосударственного сектора:

- методику проведения оценки и мониторинга факторов риска наркотизации молодежи на уровне административной территории (муниципального района, городского округа) в составе субъекта Российской Федерации;
- порядок проведения комплексной оценки социальной ситуации в административной территории с точки зрения риска роста масштабов злоупотребления психоактивными веществами среди молодежи;
- порядок определения очередности проведения выездных мероприятий по профилактике наркотизации молодежи;
- юридически и научно обоснованные требования к оформлению, ресурсному обеспечению и содержанию превентивных программ, набору мероприятий, зарекомендовавших себя в качестве наиболее эффективных;

- порядок внутреннего и внешнего, в том числе межведомственного, контроля эффективности реализации превентивных программ.

В реализации антинаркотических программ в регионах участвуют территориальные управления Госнаркоконтроля, органы здравоохранения, образования, культуры, молодежной политики, спортивные организации и общественные объединения. Разработаны различные механизмы привлечения к проведению профилактических мероприятий общественных организаций.

Органами управления здравоохранением создана сеть центров и кабинетов медицинской профилактики. Задачи и полномочия по профилактике наркомании напрямую данным учреждениям не определены, но неразрывно связаны с функциями гигиенического воспитания, проведения массовых оздоровительных мероприятий и участия в общегосударственных проектах по охране здоровья. На них также возложены функции информационно-методического обеспечения профилактической деятельности и проведения обучения специалистов различных ведомств в области охраны и укрепления здоровья населения.

Аналогичным образом задачи по профилактике наркомании вытекают из полномочий и функций центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, а задача межведомственной координации по данному вопросу определена комиссии по вопросам ВИЧ-инфекции.

В рамках учебного процесса профилактическая работа проводится педагогами в учебных заведениях. Массовые акции по пропаганде здорового образа жизни на местах проводят органы по делам молодежи, спортивные объединения, общественные организации.

С целью контроля эффективности реализации государственной антинаркотической политики предусмотрен мониторинг и контроль динамики следующих показателей:

- численность и возрастная структура контингента больных наркоманией и незаконно употребляющих наркотики, показатели выявляемости злоупотребления ПАВ (в сравнении с экспертной оценкой);
- доля больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию с достигнутой ремиссией не менее 3 лет;
- степень доступности нелегальных наркотиков, оцениваемая по их стоимости;

- охват молодежи профилактическими мероприятиями;
- раскрываемость различных видов преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков.

Исходя из данных показателей, сформулированы целевые индикаторы, по которым оценивается эффективность государственной антинаркотической политики в целом. Данные индикаторы отражают наркоситуацию как совокупность свершившихся и документально зафиксированных фактов наркозависимости, медицинские и криминальные последствия массового злоупотребления наркотиками, а также охват молодежи профилактикой и эффективность противодействия наркопреступности.

Анализ литературы и нормативно-правовых документов, посвященных организации профилактики наркомании, позволяет выявить ряд недостатков в ее проведении.

1. Несмотря на то, что направленность на противодействие факторам риска заложена в определение первичной профилактики, а государственная антинаркотическая политика имеет межведомственный характер, система мониторинга факторов риска наркотизации, основанная на межведомственном взаимодействии, на государственном уровне не создана; сопоставимые количественные показатели, характеризующие выраженность и распространенность предпосылок наркотизации, не достаточно полно и активно используются в качестве индикаторов планирования профилактической работы и оценки ее эффективности в государственных программах.
2. Профилактическая работа среди молодежи представляет собой большое количество видов мероприятий, но доказательная база в отношении эффективности и безопасности каждой конкретной формы работы отсутствует либо недостаточна.
3. Несмотря на выделенную потребность в знаниях по медицинским, психологическим, социальным и правовым аспектам проблемы наркомании для широкого круга специалистов (врачи, педагоги, социальные работники, госслужащие), целенаправленного обучения по данной проблеме действующие государственные антинаркотические программы не предусматривают, официального курса подобной направленности на общероссийском уровне не разработано.

В целом, анализ литературы, посвященной истории и современному состоянию проблемы наркомании, предпосылкам

наркотизации и ее профилактике, позволяет сделать следующие выводы:

- в связи с тем, что регионы различаются спецификой медицинской, социальной, демографической и криминогенной ситуации, научно обоснованные подходы к профилактике наркомании следует разрабатывать на уровне каждого субъекта Российской Федерации на основе результатов региональных исследований;
- основу планирования и оценки результатов профилактики должен составлять мониторинг факторов риска, а сама профилактическая деятельность основываться на четкой системе управления и разграничении полномочий, форм работы и видов информации, предоставляемой различным категориям населения специалистами разного профиля;
- в целях создания единой системы реализации и управления качеством государственной антинаркотической политики требуется определенная унификация методических подходов к организации исследований по планированию приоритетных направлений и оценке достигнутых результатов.

### **3.2. Научно обоснованные требования к оформлению и ресурсному обеспечению профилактических программ.**

Под профилактической программой следует понимать документ, который определяет конкретное содержание и порядок осуществления работы по профилактике наркопредрасположенности применительно к конкретной территории, учебному заведению или некоторой целевой аудитории (лагерная смена, возрастная группа и др.). Подобный материал может являться областной или муниципальной целевой программой, проектом, представляемым на конкурс, на соискание гранта, экспертную оценку или на утверждение руководящими органами общественного объединения. В любом случае превентивная программа должна иметь четкую структуру, продиктованную действующей правовой базой, требованиями оргкомитетов большинства конкурсов и современными принципами менеджмента качества.

С целью разработки обоснованного плана изложения и оформления превентивной программы нами были проанализированы целевые программы федерального и регионального уровня за 2000 – 2010 гг., требования, которые предъявлялись к проектам общественных организаций, выдвигаемым на конкурсы на право получения государственной поддержки, а также положения о Всероссийском

конкурсе авторских проектов, направленных на развитие российских территорий «Моя страна – моя Россия» за 2007 – 2012 г. Итоги проведенного анализа положены в основу методических рекомендаций «Методические подходы к разработке программ профилактики наркопредрасположенности среди молодежи», утвержденных УФСКН России по Курской области и областными профильными комитетами, и методических рекомендаций «Методические подходы к организации профилактики наркопредрасположенности молодежи на уровне субъекта Российской Федерации», одобренных Советом по взаимодействию Совета Федерации ФС РФ с Молодежными парламентами субъектов Российской Федерации, молодежными общественными объединениями Российской Федерации.

Превентивная программа должна содержать следующие блоки:

- паспорт;
- сведения об авторах, исполнителях и соисполнителях;
- обоснование актуальности проблемы применительно к целевой аудитории, на которую направлена реализация программы;
- обоснование необходимости проведения конкретных мероприятий и их план;
- порядок оценки эффективности проводимой работы;
- порядок (методику) оценки удовлетворенности участников профилактических мероприятий;
- сведения о материально-техническом и финансовом обеспечении мероприятий программы;
- список литературных источников и Интернет-ресурсов, использованных при подготовке программы.

Паспорт превентивной программы содержит ее полное наименование, перечень авторов, исполнителей и соисполнителей, цели и задачи, сроки реализации, ожидаемые результаты в виде качественных и количественных показателей.

Сведения об авторах, исполнителях и соисполнителях должны представлять собой отдельный раздел. В отношении физических лиц в нем целесообразно указывать фамилию, имя, отчество, место работы (учебы), должность, образование, наличие ученой степени, специального звания, почетного звания, контактные данные. В отношении юридических лиц приводятся их полное наименование с организационно-правовой формой, юридический и фактический адреса и контактные данные, а в случаях, если реализация программы предусматривает осуществление деятельности, подлежащей

лицензированию – сведения о наличии и реквизитах соответствующей лицензии.

Требования к кадровым ресурсам распространяются на физических лиц, являющихся авторами программы, непосредственно осуществляющих проведение мероприятий программы, и на авторов используемых в ходе ее реализации материалов, в том числе если данные материалы изданы или распространены в электронном виде.

Результаты проведенной нами экспертной оценки показывают, что авторы и исполнители превентивной программы должны иметь профессиональное образование в сфере психологии, педагогики, социальной работы, права или медицины даже в тех случаях, когда к виду деятельности, осуществляемому ими в ходе реализации программы, подобные требования официально не предъявляются. В качестве особо принципиальных моментов следует отметить, что авторами материалов с информацией о медицинских аспектах проблемы наркомании должны быть лица, имеющие высшее медицинское, а о правовых – юридическое образование. В отношении программ, которыми предполагается охватить большое количество молодежи (несколько учреждений или административную территорию), целесообразно предусмотреть и наличие у авторов и исполнителей специальной тематической подготовки по вопросам антинаркотической политики – опыта прохождения соответствующих курсов в течение последних 3 – 5 лет.

Еще один важный момент – недопущение к проведению первичной профилактики наркозависимых, в том числе завершивших лечение, и судимых за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков. Практика показывает, что их жизненный опыт почти всегда воспринимается молодежью неоднозначно.

Обоснование актуальности проблемы применительно к целевой аудитории, на которую направлена реализация программы, представляет собой изложение литературных данных и (или) результатов исследований авторов программы, характеризующих распространенность наркологических расстройств, а также распространенность и выраженность предпосылок к их возникновению в возрастных, социальных или иных группах, на которые направлена реализация программы. Обоснование актуальности проблемы должно быть сделано с использованием статистических данных или результатов собственных исследований авторов превентивной программы давностью не более 3 лет.

В данном разделе будут уместны и полезны сведения о результатах ранее реализованных программ, так как это помогает обеспечить преемственность и взаимодополняемость между мероприятиями.

В связи с многообразием исходных условий для реализации программ, возможными особенностями мировоззрения целевой аудитории представляется необходимым отдельное обоснование необходимости проведения конкретных мероприятий. Таковое возможно посредством изложения успешного опыта ранее реализованных программ в аналогичных условиях, приведения доказательной базы эффективности выбранных подходов и методов на основе литературных данных, опыта и результатов исследований самих авторов.

Большое значение имеет рациональный выбор мероприятий в зависимости от возраста участников, получаемого ими образования (уровень и профиль), национальных, культурных, религиозных особенностей. При работе с молодежной аудиторией также необходимо учитывать их ценностные ориентации, позиции формальных и неформальных лидеров.

План мероприятий программы зачастую дается в виде приложения к программе. Его рекомендуется оформлять в виде таблицы, содержащей названия, предполагаемые сроки и места проведения мероприятий, ответственных исполнителей, соисполнителей и непосредственных организаторов. Название каждого мероприятия должно отражать его содержание и (или) форму проведения. В связи с этим не следует употреблять названия типа «Акция «Город без наркотиков» - данное название приемлемо по отношению к программе в целом или разделу, но мероприятия должны быть указаны конкретно (лекция сотрудника УФСКН по правовым аспектам наркомании и наркопреступности, просмотр видеофильма о вреде наркотиков и т. п.). В ряде случаев план объединяется со сметой, и по каждому мероприятию указывается сумма затрат на его проведение. Такая форма оправдана в том случае, если каждое мероприятие связано с одним видом расходов, например: мероприятие – издание книги, расходы – издательские услуги. В случае, если программа включает мероприятия, проведение которых предусматривает расходы на различные нужды, смета дается отдельно.

Оценка эффективности превентивной программы включает контроль двух групп показателей: показателей, характеризующих

рабочий процесс, и показателей, характеризующих достигнутый результат.

Показатели, характеризующие рабочий процесс, по-другому следует называть показателями осуществления деятельности. Это количество проведенных мероприятий, их участников, число привлеченных специалистов, суммы освоенных и привлеченных средств, количество публикаций и эфирного времени в средствах массовой информации и иные данные, характеризующие масштабы проводимой работы. Данные цифры необходимо учитывать как в абсолютных, так и в относительных величинах: доля целевой аудитории, охваченная мероприятиями, доля территорий, на которых они проведены и т.д. Относительные величины более наглядны, их можно приводить в целях программы, а их целевые значения – в качестве критериев результативности и плановых показателей. Например, цель охватить показом тематических видеоматериалов 80% детей 10 – 14 лет понятна каждому исполнителю в территории и учебном заведении, так как можно рассчитать, скольким людям учебный фильм должен быть показан в классе, школе, районе, а добившись такого показателя на каждом «участке», организаторы первичного уровня обеспечивают достижение цели по программе в целом.

Показатели результата деятельности могут представлять собой как данные о динамике наркоситуации, так и о факторах риска наркотизации. Изучение показателей, по которым производится оценка эффективности программы, может быть проведено путем анкетирования участников мероприятий, применения разрешенных действующим законодательством диагностических методик в установленном порядке и (или) использования статистических данных. Для оценки эффективности проведенных мероприятий следует использовать динамику представлений молодежи о проблеме наркомании и возможностях наркологии, готовность обращаться за профилактической помощью и знание мест и порядка ее оказания, а также распространенность отдельных психологических характеристик, отражающих склонность к зависимостям и изучаемых психологами при помощи специальных методик.

Динамика количества выявленных потребителей ПАВ – показатель неоднозначный в связи с отсутствием системы сплошных медицинских обследований и высокой латентностью наркологических расстройств. Качественно проведенная информационно-образовательная работа, способствующая становлению объективных представлений о проблеме

наркомании и возможностях наркологии, должна способствовать мотивации к обращению за медицинской помощью при возникновении проблем. При этом после мероприятий к наркологам обратятся те, кто употреблял ПАВ ранее, но не был обследован, за счет чего число выявленных потребителей ПАВ в целевой аудитории увеличится при неизменном, а то и снизившемся их действительном количестве. Таким образом, рост учтенной распространенности потребления ПАВ произойдет на фоне как раз высокой, а не низкой эффективности антинаркотического просвещения.

В таком случае имеет значение анамнез, позволяющий узнать, имеют ли врачи дело с человеком, ранее употреблявшим ПАВ и не обращавшимся за помощью до проведения тематического мероприятия, или с первичной наркотизацией за счет нездорового любопытства, спровоцированного некачественной профилактикой. Подобные данные персонального характера оказываются в распоряжении врачей и составляют профессиональную тайну, поэтому организаторам профилактических мероприятий доступны быть не могут. В официальной статистике, которая публикуется и представляется на заседаниях межведомственных комиссий, присутствует количество впервые выявленных потребителей ПАВ, включающее в себя все вновь диагностированные случаи независимо от анамнеза, в связи с чем данный показатель также не достаточно информативен.

В связи с этим динамика количества выявленных потребителей ПАВ не может служить единственным показателем для оценки эффективности первичной профилактики кроме случаев проведения сплошного анонимного опроса и медицинского обследования всей целевой аудитории перед и после реализации программы или ее отдельного этапа. Качественная система оценки результативности превентивной программы должна быть комплексной и предусматривать изучение динамики представлений молодежи о проблеме наркомании и возможностях наркологии, готовности обращаться за профилактической помощью и знание мест и порядка ее оказания, а также социально-психологический мониторинг склонностей к зависимостям.

В качестве регулирующей обратной связи, предусмотренной современными принципами менеджмента качества, превентивная программа должна предусматривать оценку удовлетворенности участников мероприятий программы. Разработанная нами анкета (приложение 4) позволяет изучать как удовлетворенность как таковую, так и динамику представлений молодежи о наркологических проблемах

по итогам мероприятия и актуальные информационно-образовательные потребности, составляющие ориентиры для проведения последующих мероприятий на основе принципа последовательности и взаимодополнения. Таким образом, данная анкета может рассматриваться как полноценный инструмент регулирующей обратной связи в системе управления качеством профилактической работы.

В дополнение к анкетированию возможен сбор отзывов и предложений по совершенствованию мероприятий в форме общественных слушаний или с использованием обратной связи через сайт, электронную почту, телефонную линию.

Раздел относительно материально-технического и финансового обеспечения программы оформляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данным сведениям. Возможно вынесение сведений о требуемых ресурсах в виде графы плана работы или приведение сметы в качестве приложения.

К превентивной программе прилагаются все используемые при проведении профилактических мероприятий наглядные и раздаточные материалы, пособия, тексты лекций, мультимедийные презентации, видеоматериалы, дается список литературы, использованной при ее разработке и рекомендуемой участникам мероприятий и иным заинтересованным лицам для самостоятельного изучения.

В работе над программой не рекомендуется использовать литературные источники и электронные ресурсы давностью более 10 лет, а доля источников, выпущенных в течение последних 5 лет, должна составлять не менее 30%. В качестве непосредственных руководств для реализации программы должны быть использованы методические разработки давностью не более 5 лет по отношению к моменту начала ее выполнения.

В связи с большим разнообразием информации о наркотиках и наркомании, размещенной в сети Интернет, необходимо выделить ряд критериев выбора Интернет-ресурсов, на основании которых тот или иной сайт может быть рекомендован в качестве источника информации для специалистов, родителей и молодежи.

Обязательным является соответствие сайта следующим требованиям:

- принадлежность сайта медицинскому или социальному учреждению, органам Госнаркоконтроля, либо религиозной организации официальной мировой конфессии;

- изложение информации с использованием современных данных, ее представление в наглядной и доступной пониманию широкого круга людей форме (иллюстрации, диаграммы, видеофрагменты);
- отсутствие информации о положительных сторонах употребления психоактивных веществ;
- отсутствие информации о стоимости конкретных наркотических веществ;
- отсутствие информации о конкретных местах распространения нелегальных психоактивных веществ и способах их получения;
- отсутствие обещаний легкого полного излечения от химической зависимости.

Наиболее желательны для использования сайты, которые помимо соответствия обязательным требованиям предлагают услуги консультирования специалистами по электронной почте, имеют отдельные разделы для пользователей разного возраста и профессий, контролируемый специалистами форум для обсуждения. Качество контроля за форумом можно определить, проверив все сообщения на предмет соответствия обязательным требованиям к электронным ресурсам.

Превентивная программа может дополнительно содержать другие сведения, разделы и приложения, предусмотренные требованиями иных заинтересованных структур, практическими, правовыми и административными соображениями.

### **3.3. Принципы рационального выбора профилактических мероприятий**

Проведенные нами исследования и анализ опыта проведения различных видов профилактических мероприятий показывают, что не все используемые в настоящее время формы работы одинаково эффективны. В связи с этим, нами выделены критерии рационального выбора превентивных мероприятий:

- подтвержденная доказательной базой выработка у молодежи объективных представлений о проблеме наркомании и развитие неприятия немедицинского потребления ПАВ;
- развитие объективных представлений о возможностях современной наркологии, готовности к обращению за специализированной помощью в случае возникновения проблем, информирование о местах и порядке ее оказания;

- востребованность молодежью соответствующей формы работы и ее позитивное восприятие;
- удовлетворение актуальных информационно-образовательных потребностей целевой аудитории;
- недопустимость разжигания нездорового любопытства, принесения в молодежную среду информации о позитивных сторонах употребления ПАВ, допустимости их легализации, привлекательности наркотических субкультур.

В качестве двух категорий целевой аудитории профилактических мероприятий мы рассматриваем молодежь и родителей подростков. Проведенные исследования позволяют выделить ряд общих информационно-образовательных потребностей обеих групп:

- распространенность немедицинского употребления ПАВ, тенденции изменения возрастной и социальной структуры контингента потребителей;
- негативные медицинские, социальные и психологические последствия употребления ПАВ, в том числе так называемых «легких» и «клубных»;
- неблагоприятные юридические последствия постановки на учет в учреждении наркологического профиля в случае тяжелой формы зависимости;
- места и порядок оказания ранней анонимной помощи, не предусматривающей постановки на учет с применением правовых ограничений при своевременном обращении на начальных стадиях.

Дополнительно к данному перечню для мероприятий среди молодежи актуальны задачи по выработке навыков противодействия внушению и склонению к употреблению ПАВ, бесконфликтного отказа, а также целенаправленная работа по преодолению страха перед обращением к специалистам. Родители, в свою очередь, нуждаются в подготовке по возрастным аспектам антинаркотического воспитания в семье (что и в каком возрасте, как и на каких примерах объяснять детям), а также в значительном объеме знаний о факторах риска наркотизации. Кроме того, необходимо проводить целенаправленную работу по развитию наркологической настороженности родителей: разъяснять им признаки воздействия различных ПАВ на организм, а также косвенные признаки наркотизации, по которым можно распознать факты употребления наркотических и психотропных веществ на ранних

стадиях. При этом родители должны быть мотивированы на своевременное обращение за квалифицированной помощью.

Результативность информационно-образовательной работы, составляющей основу первичной профилактики, была изучена нами путем опроса 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 нами анкетирования молодежи, 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. 3.1).

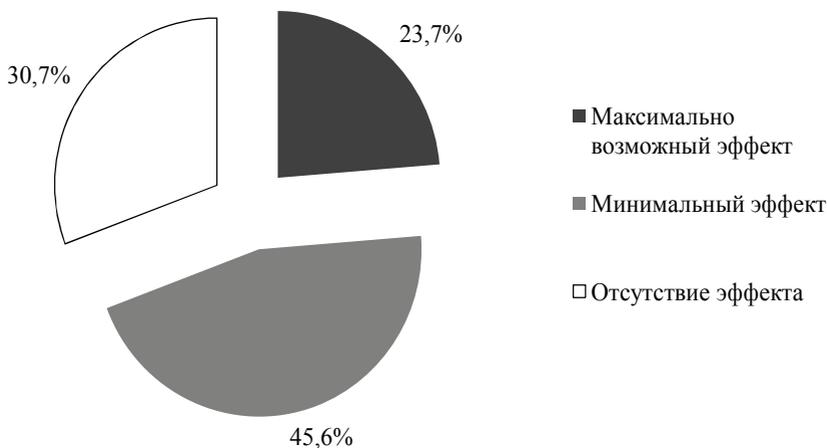


Рис. 3.1. Эффективность проводимой информационно-образовательной работы по профилактике наркомании по совокупности критериев.

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 3.1).

Таблица 3.1.  
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

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 3.2).

Таблица 3.2

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 нами введены 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.

### **3.4. Опыт проведения профилактики наркопредрасположенности среди молодежи Курской области: показатели охвата мероприятиями по возрастным и социальным категориям.**

По результатам анализа информационных карт показателей, проведенного в ходе мониторинга факторов риска наркотизации, установлено, что охват молодежи превентивной деятельностью в рассматриваемый период вырос с 40% в 2006 г. до 56,7% в 2008 г. и 75% в 2010 г. Количество участников каждого вида профилактических мероприятий позволило оценить анкетирование молодых людей: нами были проведены опросы 425 учащихся школ в возрасте 10 – 14 лет, 411 школьников 15 – 18 лет, 545 студентов среднего и 400 студентов высшего профессионального образования.

Результаты опроса показывают, что наиболее распространенными формами профилактики наркомании среди школьников в целом являются лекции специалистов, просмотр видеоматериалов и распространение специальной литературы (таблица 3.3). Далее в порядке убывания числа участников следуют мероприятия, связанные с самостоятельным изготовлением молодыми людьми агитационных материалов, использованием тематических Интернет-ресурсов, а также встречи с известными представителями талантливой молодежи с целью пропаганды позитивного образа жизни, тематические театрализованные представления, ролевые игры и индивидуальные психологические консультации. В прочих формах работы задействовано менее 5% от общего числа участников превентивных программ.

Следует обратить внимание, что за индивидуальными консультациями к наркологу по вопросам профилактики обращались всего 1,2% молодых людей. Опираясь на ранее известные нам факты, для молодежи, не употребляющей ПАВ, это можно объяснить нежеланием обращаться в медицинское учреждение по собственной инициативе с целью получения информации и плохой доступностью наркологической помощи на селе. Последнее подтверждает и то, что среди молодежи г. Курска, где наркологическая помощь доступна в полном объеме, доля обращающихся за индивидуальными консультациями выше, чем в сельских районах. Для молодых людей, уже испытывающих на себе влияние проблемы наркомании (имеющих опыт первой пробы), по данным литературы на первое место как мотив отказа от обращения к врачу выступает боязнь неблагоприятных правовых последствий постановки на диспансерный учет, привлечения к

ответственности за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков или необходимости участия в следственных действиях против друзей или родственников.

Таблица 3.3

Участие школьников Курской области  
в мероприятиях по профилактике наркомании

Виды мероприятий	Доля молодых людей, принявших участие в мероприятиях				
	Всего	По месту жительства		По возрасту	
		г. Курск	Районы области	10 – 14 лет	15 – 18 лет
Лекции специалистов	64,8%	63,5%	66,1%	63,1%	66,7%
Просмотр видеоматериалов	42,6%	43,0%	42,2%	50,1%	34,8%
Чтение специальной литературы	24,6%	25,8%	23,6%	26,6%	22,6%
Изготовление плакатов, стенгазет о вреде наркотиков	20,9%	19,5%	22,2%	25,2%	16,5%
Посещение тематических Интернет-сайтов	19,4%	27,3%	12,2%	26,6%	11,9%
Изготовление плакатов, стенгазет о здоровом образе жизни	17,9%	18,5%	17,4%	23,1%	12,7%
Встречи с успешными молодыми людьми	13,9%	16,3%	11,7%	16,2%	11,4%
Театрализованные представления, ролевые игры	9,2%	12,0%	6,7%	12,2%	6,1%
Индивидуальные консультации психолога	6,1%	7,3%	5,0%	8,5%	3,6%
Индивидуальные консультации нарколога	1,2%	2,0%	0,5%	1,4%	1,0%
Другое	4,5%	4,8%	4,4%	6,4%	2,7%
$r_s, p$	-	$r_s = 0,94, p = 0,001$		$r_s = 0,96, p = 0,001$	

При сравнении рядов для возрастных групп 10 – 14 и 15 – 18 лет полученное значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена  $r_s=0,96$  ( $p=0,001$ ) позволяет сделать вывод о том, что возрастная специфика при выборе форм информационно-образовательной работы не учитывается, а особенности восприятия информации аудиторией разного возраста если и принимаются во внимание, то при решении вопроса о содержании предоставляемой информации и ее объеме. Оценивая различия в структуре превентивной деятельности в областном центре и районах, для ранжированных рядов мероприятий г. Курска и области мы получили величину  $r_s=0,94$  ( $p=0,001$ ), что свидетельствует о том, что различия в охвате различными формами

превентивной деятельности городской и сельской молодежи в целом также несущественны.

Анализ отдельных позиций с использованием критерия Стьюдента (оценка достоверности разности относительных величин) показывает, что школьники областного центра достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) посещают тематические Интернет-сайты, участвуют в тематических представлениях и играх. Показатели охвата мероприятиями, эффективность которых сомнительна по итогам анализа соответствующей доказательной базы (дискуссии, игры, самостоятельное изготовление агитационных материалов с информацией о вреде наркотиков), в городских и сельских школах сопоставимы и лежат в пределах 22% - 25%, что является тревожной тенденцией.

В целях получения данных о специфике охвата студентов учреждений среднего (СПО) и высшего (ВПО) профессионального образования мероприятиями по профилактике наркомании, имеющихся знаний и установок по проблеме и готовности обращаться за индивидуальной профилактической помощью нами было проведено 2 опроса среди молодежи в возрасте 15 – 19 лет (средний возраст  $16 \pm 0,8$  лет): опрошено 545 студентов средних специальных и 400 – высших учебных заведений Курской области.

Анализ охвата молодежи мероприятиями по профилактике наркопредрасположенности с доказанным положительным эффектом показал, что наибольшее число респондентов обеих рассматриваемых категорий прослушали лекции специалистов о вреде наркотиков (68,3% СПО и 63% ВПО, достоверной разности не выявлено,  $t=1,5$ ,  $p \geq 0,05$ ). Студенты вузов достоверно чаще обращаются к специальной литературе (21,3% против 9,2% СПО,  $t=5,1$ ,  $p \leq 0,01$ ), а также участвуют в изготовлении санитарно-просветительских материалов с призывом к здоровому образу жизни (13,1% против 5,9% СПО,  $t=3,7$ ,  $p \leq 0,01$ ). Показатели охвата студентов встречами с успешными молодыми людьми (2,6% СПО и 3,5% ВПО) и индивидуальными консультациями врачей и психологов (2,3% СПО и 2,5% ВПО) одинаково низки и достоверно не различаются.

В качестве негативного факта следует отметить, что по мероприятиям с доказанным отрицательным эффектом среди студентов вузов получены достоверно более высокие показатели охвата: 22,6% студентов ВПО против 9,5% СПО ( $t=5,4$ ,  $p \leq 0,01$ ) были задействованы в изготовлении агитационных материалов прямого антинаркотического

содержания, 9,0% студентов ВПО против 1,1% СПО ( $t=5,3$ ,  $p\leq 0,01$ ) – в неоднозначных дискуссионных формах работы. В целом, в мероприятиях, потенцирующих действие индивидуальных факторов риска наркотизации, принимает участие 25,5% студентов вузов и всего 10% - учреждений СПО. Среди студентов вузов также достоверно больше активных пользователей тематических Интернет-проектов (14,1% ВПО против 4,4% СПО,  $t=5,1$ ,  $p\leq 0,01$ ), эффективность которых в плане профилактики наркопредрасположенности сомнительна.

### **3.5. Оценка эффективности мероприятий в управлении качеством. Регулирующая обратная связь и опыт ее применения.**

Неотъемлемой составляющей системы управления качеством является контроль результативности проделанной работы, который должен быть организован таким образом, чтобы по его результатам можно было не только выявлять недостатки проведенных мероприятий и определять пути их коррекции, но и обеспечивать преемственность, при которой каждое последующее мероприятие в той же аудитории дополняет своими задачами и содержанием ранее проведенные. Кроме того, большое значение имеет изучение удовлетворенности целевой аудитории формой и содержанием проделанной работы.

Контроль за деятельностью по профилактике наркомании и наркопреступности в пределах своей компетенции осуществляют органы государственной власти, местного самоуправления и надзорные службы. По отношению к организаторам превентивной программы это внешний контроль и надзор, предметом которого в основном является соблюдение действующего законодательства, подзаконных актов и локальных нормативно-правовых документов, а также исполнение договорных обязательств, если таковые имеются.

В современной эффективной системе управления качеством большое значение имеет самоконтроль со стороны самих исполнителей, которым необходимо отслеживать ряд показателей и осуществлять мониторинг удовлетворенности участников профилактических мероприятий. В соответствии с терминологией и принципами, принятыми в современных системах менеджмента качества, мониторинг результативности проведенных мероприятий в сочетании с оценкой удовлетворенности потребителей и их дальнейших потребностей с целью определения содержания и корректировки дальнейших мероприятий называется регулирующей обратной связью. Применительно к принципам наркологической превентологии,

внедрение регулирующей обратной связи призвано обеспечить преемственность и информационную взаимодополняемость последовательно проводимых мероприятий. Для реализации данного принципа на практике нами разработана анкета для поведения опроса среди молодежи по итогам профилактического мероприятия (приложение 4).

Результаты анкетирования участников превентивных программ помогают авторам программ, администрации территории и органам Госнаркоконтроля решить следующие задачи:

- оценить фактический охват молодежи каждой конкретной формой профилактической работы;
- проконтролировать соблюдение требований относительно допустимых видов мероприятий;
- изучить адекватность представлений молодежи о наркотиках, наркомании и возможностях наркологии;
- получить представление о готовности молодежи обращаться за медицинской и психологической помощью;
- проверить знания молодежью мест оказания анонимной медицинской и психологической помощи;
- оценить удовлетворенность молодежи превентивной деятельностью;
- систематизировать предложения молодых людей по совершенствованию профилактической работы.

Анкета предназначена для проведения опроса молодежи по итогам каждого конкретного профилактического мероприятия. Первый блок вопросов (вопросы 1 – 3, также см. приложение 5) служат для получения сведений об участнике мероприятия, и по результатам обработки анкет позволяют оценить структуру контингента, охваченного профилактической работой, по возрасту, полу, месту жительства и социальному положению. Предназначение полученных данных на уровне территории и региона в целом состоит в оценке полноты охвата превентивной деятельностью каждой возрастной и социальной категории.

Следующий блок вопросов (4 – 6) направлен на оценку собственно удовлетворенности молодежи прошедшим мероприятием, то есть на сбор и анализ субъективного отношения к нему.

Вопросы 7 – 9 направлены на оценку вклада изучаемого мероприятия в достижение общей цели информационно-образовательной работы, которая заключается в выработке адекватного

отношения молодежи к проблеме наркомании и возможностям наркологии и достигается путем решения следующих задач:

- выработка убежденности молодежи во вреде всех видов наркотиков для физического и психического здоровья;
- содействие становлению у молодых людей адекватных представлений о возможностях наркологии, то есть о сложности лечения наркомании и возможности достижения положительного эффекта только при своевременном обращении за квалифицированной помощью и твердом желании больного отказаться от приема наркотиков;
- преодоление страха молодых людей перед обращением к специалистам, в том числе связанного с возможностью неблагоприятных социально-правовых последствий постановки на диспансерный учет, ориентация молодежи на максимально раннее обращение за медицинской и психологической помощью, не влекущей за собой юридических ограничений, информирование подростков и местях и порядке оказания анонимной помощи.

Вопросы 10 – 11 позволяют изучить информационно-образовательные потребности молодежи, которые должны быть удовлетворены последующими профилактическими мероприятиями в данной аудитории в рамках соблюдения принципа последовательности и преемственности. Систематизация полученных данных по возрастным и социальным группам, а также по территориям, позволит спланировать общие подходы к работе с соответствующей аудиторией в последующие периоды.

Вопрос № 12 направлен на сбор информации об участии респондентов в иных профилактических мероприятиях в течение данного года. На уровне административной территории обработка данных по этому вопросу позволяет получить сведения о фактическом охвате молодежи каждым видом мероприятий, а также оценить качество контроля за содержанием и порядком проведения профилактики наркопредрасположенности. Показателем качества контроля за проведением превентивной деятельности является охват молодежи мероприятиями, эффективность которых подтверждена доказательной базой, и которые приведены в данных методических рекомендациях как обязательные или наиболее желательные формы работы. О низкой эффективности контроля будут свидетельствовать отраженные в ответах респондентов факты проведения мероприятий, которые в связи

с низкой эффективностью и потенциальным отрицательным эффектом рекомендовано ограничить.

Кроме того, предлагаемая анкета позволяет собрать и систематизировать предложения молодежи по совершенствованию профилактической работы – для этого служит вопрос № 13.

Предназначение каждого вопроса анкеты, уровни обработки данных и порядок использования полученных данных представлены в приложении 5.

Анкетированием предлагается охватить всех участников превентивных программ, а обработку анкет производить в 3 этапа:

- по итогам конкретного мероприятия или цикла однотипных мероприятий данного организатора обработка производится непосредственно организатором мероприятий, а полученные результаты используются для оценки итогов данного мероприятия (цикла) с целью корректировки последующей работы;
- по итогам полугодия обработка проводится на уровне административной территории (района, города) с целью определения приоритетов на следующее полугодие; полученные данные подлежат обсуждению на заседании районной или городской антинаркотической комиссии;
- полная обработка анкет по области в целом с систематизацией данных по возрастным и социальным категориям, районам и городам проводится по итогам года и служит для оценки результатов и определения приоритетов в работе на следующий год; полученные данные подлежат обсуждению на заседании областной межведомственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту или тематических конференциях, проводимых с участием авторов и организаторов превентивных программ.

Для облегчения обработки анкет на областном уровне вместе с анкетами в областной центр подлежат передаче бланки результатов анкетирования молодежи каждого района или города (приложение 6).

Опыт применения данной анкеты в формате пробного исследования с охватом 200 участников наиболее распространенных форм профилактической работы (лекции, демонстрации видеоматериалов) в возрасте  $14 \pm 1,3$  года показывает, что более 75% молодежи удовлетворены объемом информации о проблеме наркомании, который они получают в ходе данных мероприятий, а также формой ее подачи аудитории. Рассматриваемые нами мероприятия

стали первой информацией о вреде наркотиков для единиц опрошенных, а позиции большей части примерно поровну разделились между двумя вариантами: положительным эффектом мероприятия в плане пополнения багажа знаний и противоположной версией об отсутствии новой информации. Данный факт свидетельствует о распространенности запоздалого проведения профилактической работы по отношению к первичному информированию детей о наркотиках.

Адекватные представления о возможностях наркологии возникают или укрепляются только у половины участников проводимых в настоящее время мероприятий, а наиболее распространенным заблуждением, не разрушаемым профилактической работой, остается мнение о полной неизлечимости больных наркоманией. В то же время, лекции специалистов следует признать действенной мерой противостояния рекламе клиник, гарантирующей легкое избавление от зависимостей: доля респондентов, у которых подобное мнение сохраняется после проведенных мероприятий, значительно ниже, чем в соответствующей возрастной группе в популяции в целом.

Что касается готовности обращаться за медицинской и психологической помощью, то примерно по 45% опрошенных придерживаются противоположных позиций: либо готовы посещать специалистов, либо полностью исключают для себя контакт с ПАВ. Последний вариант на фоне современной наркоситуации следует считать опасным заблуждением.

Проведенное нами пробное исследование позволило определить приоритетные информационно-образовательные потребности молодежи, которые следует использовать как ориентиры для проведения последующих мероприятий:

- признаки, по которым можно определить факт употребления ПАВ человеком;
- информация о вреде курительных смесей, так называемых «легких» и «клубных» наркотиков;
- психологические навыки бесконфликтного отказа от предложения употребить ПАВ, выстраивания общения, адаптации в коллективе, профориентации.

Аналогичные потребности выявлялись нами и ранее, что позволяет считать соответствующие темы приоритетными не только для профилактических мероприятий, но и для социальной и молодежной политики в целом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значительная актуальность проблемы наркомании объясняется высокой распространенностью немедицинского употребления ПАВ и ассоциированным характером данной медико-социальной проблемы: ее связью с другими глобальными угрозами, такими как терроризм, коррупция, теневая экономика. Наркологические расстройства отличаются высокой латентностью (выявляется порядка 10% больных) и множественностью факторов риска, затрагивающих компетенцию различных общественных институтов и государственных структур. Несмотря на тесную связь проблемы с криминальной тематикой, возможности борьбы с ее распространением запретительно-силовыми и ограничительными методами весьма ограничены, что выдвигает на передовые позиции вопросы научно обоснованной межведомственной первичной профилактики.

Систематизация представлений о факторах риска наркотизации и проведенная межведомственная экспертная оценка позволили ввести термин «Наркопредрасположенность» для обозначения глобальной медико-социальной проблемы молодежи. 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. Полученные данные позволяют выстроить трехкомпонентную модель риска:

- 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.

В соответствии с современными принципами менеджмента качества и доказательной медицины, по результатам изучения отечественного и зарубежного опыта, оцененного в рамках экспертного опроса и серии масштабных репрезентативных исследований, были сформулированы обоснованные требования к ресурсному обеспечению, порядку

осуществления и системе контроля результативности профилактической деятельности (классическая триада управления качеством по А. Donabedian).

Под ресурсной базой нами понимаются программные документы, информационно-методическая база (литературные и Интернет-источники) и кадровый потенциал. В отношении документов, разрабатываемых на этапе планирования, даны требования к их единой структуре. Применительно к литературе уточнены критерии отбора изданий по дате выхода в зависимости от заимствуемых данных. Выделены основные требования к отбираемым в качестве источников Интернет-сайтам: соблюдение принципов объективного информирования о проблеме, а также необходимости исключения публичного оглашения сведений, способных спровоцировать интерес к наркотизации. Принципы подбора кадров приведены в соответствие с квалификационными требованиями и обоснованными потребностями молодежи, выраженными в качестве продемонстрированных в ходе опроса интересов.

Содержание работы в части выбора оптимальных мероприятий регламентировано на основе доказательной базы их эффективности, собранной в репрезентативном исследовании, и результатов изучения информационно-образовательных потребностей молодежи.

В предлагаемый механизм контроля эффективности реализации программ заложен комплекс мер по мониторингу наркоситуации в территории, оценке динамики факторов риска и получению систематизированных отзывов участников, по которым можно отследить их удовлетворенность формой и содержанием проведенных мероприятий, текущие информационно-образовательные потребности и степень их удовлетворения. Все это позволяет выстроить предусмотренный классическими работами замкнутый контур управления, основанный на прямых и обратных связях, обеспечив подкрепленный документами и аналитическими данными механизм реализации принципов преемственности и взаимодополняемости последовательно проводимых профилактических мероприятий.

Научная обоснованность предлагаемой совокупности приемов и подходов, ее соответствие действующему законодательству и закреплённость в официально утвержденных методических рекомендациях позволяют использовать данное издание как учебный материал в подготовке организаторов профилактических мероприятий и как развернутое научно обоснованное руководство по разработке и реализации тематических программ всех уровней.

## 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. 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.
6. 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.
7. Голощاپов И.В. Межведомственное взаимодействие в раннем выявлении несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ: региональная модель профилактики наркотизма / И.В. Голощاپов, Л.А. Дворниченко. – Белгород: ОГУЗ «Областной наркологический диспансер», 2006. – 33 с.
8. Дворниченко Л.А. Профилактика детско- подросткового наркотизма. Концептуальный подход: метод. рекомендации / Л.А. Дворниченко, Г.А. Сидоров; ГОУ ВПО «Курск. гос. мед. ун-т Росздрава». – Курск, 2007. – 63 с.
9. Детская поведенческая неврология: руководство для врачей / под ред. Л. С. Чутко. – СПб.: Наука, 2009. – 286 с.

10. Деятельность социально-психологической службы по профилактике употребления психоактивных веществ в образовательном учреждении: метод. рекомендации / сост.: С.В. Сергеева [и др.]; ГОУ ВПО «Пензен. гос. технол. акад.». – 2-е изд. – Пенза : Изд-во ПГТА, 2009. – 70 с.
11. Добреньков В.И. Методы социологического исследования: учеб. / В.И. Добреньков, А.И. Кравченко. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 768 с.
12. Журихин А. И. Менеджмент качества: основные понятия, термины и определения: учеб. пособие / А.И. Журихин; ГОУ ВПО «Воронеж. гос. лесотехн. акад.». – Воронеж : Изд-во ВГЛТА, 2006. – 106 с.
13. 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.
14. Зыков О.В. Реабилитационное пространство для несовершеннолетних группы риска: опыт реабилитации / О.В. Зыков // Профилактика наркоманий и алкоголизма в подростково-молодежной среде. – М.: ГК РФ по молодежной политике, 2000. – С. 41–56.
15. Использование SWOT-анализа для оценки возможностей и проблем территории при разработке антинаркотических программ / А.А. Модестов [и др.] // Красноярскому краю 70 лет: материалы регион. межвуз. конф. – Красноярск, 2004. – Ч. 2. – С. 161-165.
16. К вопросу о комплексной оценке наркологической ситуации на территориальном уровне / А.А. Модестов [и др.] // Красноярскому краю 70 лет: материалы регион. межвуз. конф. – Красноярск, 2004. – Ч. 2. – С. 160.
17. 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.
18. Кобзева И.В. Контролируемые наркотические средства и психотропные вещества, наиболее распространенные на территории России / И.В. Кобзева – М.: ЛексЭст, 2007. – 78 с.

19. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми / О.В. Кольцова. – СПб. : Речь, 2007. – 160 с.
20. Комплексная оценка наркологической ситуации в регионе, как основа для планирования целевых программ по профилактике наркопотребления / А.А. Модестов [и др.]. – Красноярск, 2004. – 22 с.
21. Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы: федеральная целевая программа: утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 13 сент. 2005 г. № 561 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
22. 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.
23. 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.
24. Кунтулова М.Г. Система менеджмента качества – единый систематизированный процесс / М.Г. Кунтулова. – М.; Хабаровск, 2008. – 318 с.
25. Курносов Ю.В. Аналитика: методология, технология и организация информационно-аналитической работы / Ю.В. Курносов, П.Ю. Конотопов. – М.: РУСАКИ, 2004. – 512 с.
26. Линский И.В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля / И.В. Линский // Український медичний часопис. — 2000. – № 5. – С. 141-144.
27. 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.
28. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) / А.Е. Личко. – СПб. : Речь, 2009. – 251 с.

29. Мазур И.И. Управление качеством : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по специальности «Управление качеством» / И.И. Мазур, В.Д. Шапиро. – 7-е изд., стер. – М.: Омега-Л, 2010. – 399 с.
30. Менделевич В.Д. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. – Йошкар-Ола: Марево, 2002. – 239 с.
31. 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.
32. Методические рекомендации по формированию стандартов профилактики неинфекционных заболеваний и их применение в практическом здравоохранении / М.К. Олиферчук [и др.]. – Кемерово, 2005. – 38 с.
33. Методы и модели прогнозирования распространения наркомании в регионах / А. А. Куклин [и др.]; Рос. акад. Наук. Урал. отд-ние, Ин-т экономики; М-во образования и науки Рос. Федерации; Урал. гос. техн. ун-т. – Екатеринбург: Ин-т экономики, 2005. – 38 с.
34. Москаленко В.Д. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Ч.1. Изучение семей близнецов, приемных детей и факторов среды / В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып.: Алкогольная болезнь. – М.: ВИНТИ. – 2000. – № 2. – С. 1-6.
35. Москаленко В.Д. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Ч.2. Генетические модели на животных. Проблема маркирования. Гены-кандидаты / В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып.: Алкогольная болезнь. – М.: ВИНТИ. – 2000. – № 3. – С. 1- 5.
36. Нургалиев Р.Г. Экономическая безопасность и незаконный оборот наркотических средств в Российской Федерации / Р.Г. Нургалиев ; М-во образования Рос. Федерации; ГОУ ВПО «СПб. гос. ун-т экономики и финансов». – СПб., 2003. – 81 с.
37. О наркотических средствах и психотропных веществах: федер. закон от 8.01.1998 №3-ФЗ: принят Гос. Думой 10 дек. 1998 г.: одобр. Советом Федерации 24 дек. 1997 г.: в ред. Федер. законов от 25.07.2002 N 116-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 30.06.2003 N

- 86-ФЗ, от 01.12.2004 N 146-ФЗ, от 09.05.2005 N 45-ФЗ, от 16.10.2006 N 160-ФЗ, от 25.10.2006 N 170-ФЗ, от 19.07.2007 N 134-ФЗ, от 24.07.2007 N 214-ФЗ. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
38. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1: в ред. Федеральных законов от 21.07.1998 № 117-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 29.06.2004 № 58-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
39. 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».
40. Организация межведомственного взаимодействия и социального партнёрства по профилактике злоупотребления несовершеннолетними психоактивных веществ и других асоциальных явлений: метод. рекомендации / сост.: К.И. Липницкий, М.П. Михайлова, Н.В. Щевелёва. – М.: АСОУ, 2008. – 70 с.
41. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011-2012 годах. // URL: [http://www.nncn.ru/2\\_525.html](http://www.nncn.ru/2_525.html)
42. Павловская, Н.И. Зарубежный опыт профилактики употребления психоактивных веществ в молодежной среде // Вопросы наркологии. -2010. -N 3. -С. 74-83
43. Пережогин Л.О. Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью: моногр. / Л.О. Пережогин; Федер. гос. науч. учреждение «Центр исслед. проблем воспитания, формирования здорового образа жизни, профилактики наркомании, соц.-пед. поддержки детей и молодежи». – М.: ЦПВиСППДМ, 2009. – 287 с.
44. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации: утв. Постановлением Правительства Рос. Федерации от 30 июня 1998 г. № 681: в ред. Постановлений Правительства РФ от 08 июля 2006 № 421, от 04.07.2007 № 427 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».

45. Положение об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного, городского центра медицинской профилактики: утв. приказом Министерства здравоохранения Рос. Федерации от 23 сентября 2003 № 455 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
46. Положение о Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков: утв. Указом Президента Рос. Федерации от 28 июля 2004 г. N 976 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
47. Положение о Государственном антинаркотическом комитете : утв. Указом Президента Рос. Федерации от 18 октября 2007 г. № 1374 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
48. Положение об антинаркотической комиссии в субъекте Российской Федерации: утв. Указом Президента Рос. Федерации от 18 октября 2007 г. № 1374 // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
49. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании: моногр. / С. В. Березин [и др.]; Самар. гос. ун-т, Центр практ. психологии. – Самара, 2002. – 197 с.
50. Проблемы исследования наркотизации регионов России / отв. ред.: А.А. Куклин, Г.П. Быстрой; Рос. акад. наук, Урал. отд-ние, Ин-т экономики; М-во образования и науки Рос. Федерации; Урал. гос. мед. акад. – Екатеринбург: Ин-т экономики УрО РАН, 2005. – 52 с.
51. Профилактика наркотизма: теория и практика / под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: Перспектива, 2005. – 270 с.
52. Психология девиантного развития и поведения / авт.-сост.: М.А. Жигалик, О.И. Иванова; Новгород. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – Великий Новгород: Изд-во НГУ, 2009. – 183 с.
53. Путин В.В. Борьба с общественным злом – забота всего общества / В.В. Путин // За диктатуру закона. Проблемы региональной безопасности: обществ.- полит. альм. – Саратов, 1999. – Вып. 2. – С. 7-8.
54. Пятницкая И.Н. Подростковая наркология: рук. для врачей / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова. – М.: МИА, 2008. – 251 с.
55. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: руководство / П.И. Сидоров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 719 с.

56. Сидоров П.И. От декларативной профилактики к профессиональной превентологии / П.И. Сидоров // Пока не поздно. – 2009. - № 3. – С. 2.
57. Сирота Н.А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – Казань: КНПО ВТИ, 2007. – 191 с.
58. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности психология / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – 3-е изд., стер. – М.: Академия, 2008. – 174 с.
59. Тимошилов В.И. Концепция формирования наркопредрасположенности молодежи. / В.И. Тимошилов, Г.А. Сидоров // Кубанский науч. мед. вестн. - 2010.- №3.- С.183-187
60. Тимошилов В.И. Научно обоснованный подход к планированию адресных антинаркотических акций и его эффективность (на примере Курской области) / В.И. Тимошилов, Г.А. Сидоров // Рос. медико - биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2010.- №3. – С. 71 – 74.
61. Тимошилов В.И. Рациональный выбор форм работы по профилактике наркопредрасположенности молодежи // Вестник Адыгейского государственного университета. Рецензируемый, реферируемый научный журнал. – 2010. - №1 (53).
62. Тимошилов В.И. Наркопредрасположенность молодежи: медико-социальные и психологические аспекты профилактики: учебно-методическое пособие / В.И. Тимошилов, Д.В. Беспалов, И.В. Пашина. - Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2011. – 80 с.
63. D'Elio M. Early adolescents substance use and life stress: concurrent and prospective relationships / M. D'Elio, R. O'Brien // Substance Use and Misuse. – 1996. – Vol. 31, № 7. – P. 873-894.
64. Gliro C.M. Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders / C.M. Gliro, S. Martino, M.L. Walker // Am. J. Psychiatry. – 1997. – № 154 (9). – P. 1305-1307.
65. Jang K.L. Personality disorder traits, family environment, and alcohol misuse: a multivariate behavioral genetic analysis / K.L. Jang, P.A. Vemon, W.J. Livesley // Addiction. – 2000. – Vol. 95, № 6. – P. 873 - 888.

66. Kaplan I. Y. Somatic and Neurological Complications in Drug Addicts / I.Y. Kaplan, A.A. Kozlov // J. European Psychiatry. – 2000. – Vol. 15, October. – P. 436.
67. Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons / A. Loukas [et al.] // J. Abnorm. Child Psychol. – 2001. – Vol. 29, № 2. – P. 91-106.
68. Report on the co-operation between the OSCE and UNODC to facilitate the work of the Conference of the parties to the United Nations convention against transnational organized crime / Organization for security and co-operation in Europe. Secretariat. – [s.l.], 2006. - 12 p.
69. Schuckit M.A. Correlates of unpre dicted outcomes in sons of alcoholics and controls / M.A. Schuckit, T.L. Smith // J. Stud. Alcohol. – 2001. – Vol. 62, July. – P. 477-485.
70. Stewart Ch. Family factors of low-income African American youth associated with substance abuse: an exploratory an analysis / Ch. Stewart // J. of Ethnicity in Substance Abuse. – 2002. – Vol. 1, № 1. – P. 97.
71. Sutherland I. Social dimensions of adolescent substance use / I. Sutherland, J. P. Sepherd // Addiction. – 2001. – Vol. 3. – P. 445-458.
72. The Genetic basis of alcohol and drug actions / eds.: J. C. Crabbe, R. A. Harris. – London: Plenum press, 1991 – 383 p.
73. Treisman D. Alcohol and early death in Russia: the political economy of self-destructive drinking / D. Treisman. – M.: ГУ ВШЭ, 2008. – 43 с.
74. World Drug Report 2008. United Nations Publication. UNODC 2008. - 310 p. // URL: <http://www.unodc.org>
75. World Drug Report 2010. United Nations Publication. UNODC 2010. // URL: <http://www.unodc.org>

**ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
для проведения мониторинга факторов риска наркотизации молодежи**

Район (город) \_\_\_\_\_

№ п/п	Показатели	Источник информации	Значение за отчетный год
1.	Численность населения района (города)	Органы госстатистики	
2.	Численность населения в возрасте от 10 до 14 лет	Органы госстатистики	
3.	Численность населения в возрасте от 15 до 19 лет	Органы госстатистики	
4.	Численность населения в возрасте от 20 до 24 лет	Органы госстатистики	
5.	Численность населения в возрасте от 25 до 29 лет	Органы госстатистики	
6.	Объем бюджетного финансирования государственной молодежной политики	Отдел финансов, отдел по делам молодежи	
7.	Объем бюджетного финансирования массового молодежного спорта	Отдел финансов, отдел спорта	
8.	Сумма, израсходованная на укрепление материальной базы спортивных сооружений и учреждений по работе с молодежью	Отдел по делам молодежи, отдел образования, отдел спорта	
9.	Кол-во государственных учреждений дополнительного образования и внешкольной работы с детьми и молодежью/ в них детей и молодежи	Отдел по делам молодежи, отдел образования	
10.	Кол-во детских, пионерских организаций/ в них детей	Отдел по делам молодежи, отдел образования	
11.	Кол-во молодежных общественных организаций, клубов и иных добровольческих объединений/ в них молодежи	Отдел по делам молодежи, отдел образования	
12.	Общее кол-во молодежи (10 – 19 лет), охваченных социально-значимой деятельностью (участвующих в работе кружков, секций, клубов, детских и пионерских организаций, молодежных общественных объединений и др.)	Отдел по делам молодежи, отдел образования, отдел культуры	
13.	Количество специалистов, работающих в учреждениях дополнительного образова-	Отдел по делам молодежи, отдел образова-	

	ния, молодежных клубах, объединениях и центрах	ния, отдел культуры	
14.	Количество специалистов (тренеров, инструкторов), занятых в организации спортивной жизни молодежи	Отдел по делам молодежи, отдел спорта	
15.	Количество кружков, секций, клубов, занятия в которых проводятся бесплатно	Отдел по делам молодежи, отдел образования, отдел культуры, спорта	
16.	Общее количество преступлений, совершенных в районе (городе)	Правоохранительные органы	
17.	Раскрываемость преступлений в районе (городе), %	Правоохранительные органы	
18.	Количество преступлений, совершенных несовершеннолетними	Правоохранительные органы	
19.	Количество детей и подростков, состоящих на учете в правоохранительных органах и в комиссии по делам несовершеннолетних.	КДН, правоохранительные органы.	
20.	Наличие в районе (городе) неформальных молодежных объединений (НМО), создающих предпосылки роста наркомании, алкоголизма, преступности или иных отрицательных явлений среди молодежи.	Правоохранительные органы	
21.	Кол-во НМО, деятельность которых пресечена правоохранительными органами	Правоохранительные органы.	
22.	Количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков	Правоохранительные органы, Госнарконтроль	
23.	Раскрываемость преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, %	Правоохранительные органы, Госнарконтроль	
24.	Наличие в районе (городе) службы анонимной психологической помощи («телефон доверия», «кабинет доверия», др. )	Отдел по делам молодежи, отдел образования.	
25.	Наличие в районе (городе) анонимной медицинской помощи (прежде всего наркологической)	Органы здравоохранения	
26.	Наличие в районе (городе) подросткового врача-нарколога	Органы здравоохранения	
27.	Кол-во выявленных несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ в районе (городе)	Органы здравоохранения	
28.	Количество молодых людей в возрасте от	Отдел по делам моло-	

	10 до 14 лет, принявших в течение учебного года участие в профилактических антикризисных мероприятиях.	дежи, отдел образования, учреждения по работе с молодежью	
29.	Количество молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет, принявших в течение учебного года участие в профилактических антикризисных мероприятиях.	Отдел по делам молодежи, отдел образования, учреждения по работе с молодежью	
30.	Количество молодых людей в возрасте от 20 до 24 лет, принявших в течение учебного года участие в профилактических антикризисных мероприятиях	Отдел по делам молодежи, отдел образования, учреждения по работе с молодежью	
31.	Кол-во детей, оставшихся без попечения родителей	Органы социального обеспечения, опеки и попечительства	
32.	Кол-во подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	Органы социального обеспечения, опеки и попечительства, КДН	
33.	Кол-во подростков и молодежи, временно трудоустроенных на период летних каникул	Служба занятости, отдел по делам молодежи	
34.	Количество средних общеобразовательных учреждений.	Отдел образования.	
35.	Количество средних общеобразовательных учреждений, в которых работают психологи.	Отдел образования	
36.	Количество средних общеобразовательных учреждений, имеющих доступ в Интернет	Отдел образования	
37.	Количество учебных заведений среднего профессионального образования	Отдел образования	
38.	Количество учебных заведений среднего профессионального образования, имеющих доступ в Интернет	Отдел образования	
39.	Наличие молодежного совещательного органа при администрации (выборном представительном собрании)	Отдел по делам молодежи, выборный представительный орган	

Дата заполнения карты

Ответственный за предоставление информации:

Ф. И. О., должность, подпись

## Методика обработки информационных карт показателей и интерпретации полученных результатов

Показатели	Математический смысл, вычисление	Интерпретация результата
Динамика количества преступлений, совершенных несовершеннолетними	$\frac{C_{02} - C_{01}}{C_{01}} * 100\%$ <p>где <math>C_{02}</math> – число преступлений, совершенных несовершеннолетними, в данном году, <math>C_{01}</math> - число преступлений, совершенных несовершеннолетними, в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается пророст более 5%, в качестве положительного фактора – убыль более 5%.
Количество подростков, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и правоохранительных органах, в расчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет	$\frac{n_y}{N_{10-19}} * 1000,$ <p>где <math>n_y</math> - количество подростков, состоящих на учете, <math>M_{10-19}</math> - численность населения административной территории в возрасте 10 – 19 лет.</p>	<p>Показатель, вычисленный для данного района или города, сравнивается со средним по области, вычисляемым по формуле:</p> $\frac{n_{y, обл}}{N_{10-19 обл}} * 1000,$ <p>где <math>n_{y, обл}</math> - количество подростков, состоящих на учете, в целом по области, <math>N_{10-19 обл}</math> - численность населения области в возрасте 10 – 19 лет.</p> <p>Как фактор риска рассматривается значение, превышающее средний уровень больше чем на 5%, как положительный фактор – значение ниже среднего не менее чем на 5%.</p>

Динамика количества подростков, состоящих на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних и правоохранительных органах	$\frac{n_{y,2} - n_{y,1}}{n_{y,1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{y,2}</math> – число подростков, состоящих на учете в данном году, <math>n_{y,1}</math> – число подростков, состоявших на учете в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается прирост более 5%, в качестве положительного фактора – убыль более 5%.
<b>Семейные факторы риска</b>		
Количество подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в расчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет	$\frac{n_{тжс}}{N_{10-19}} * 1000,$ <p>где <math>n_{тжс}</math> – количество подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, <math>N_{10-19}</math> – численность населения административной территории в возрасте 10 – 19 лет.</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{n_{тжс\ обл}}{N_{10-19\ обл}} * 1000,$ <p>где <math>n_{тжс\ обл}</math> – количество подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в целом по области, <math>N_{10-19\ обл}</math> – численность населения области в возрасте 10 – 19 лет.</p> <p>Как фактор риска рассматривается значение, превышающее средний уровень фактора – значение ниже среднего не менее чем на 5%.</p>
Динамика количества подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	$\frac{n_{тжс\ 2} - n_{тжс\ 1}}{n_{тжс\ 1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{тжс\ 2}</math> – число подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в данном году, <math>n_{тжс\ 1}</math> – число подростков,</p>	В качестве фактора риска рассматривается прирост более 5%, в качестве положительного фактора – убыль более 5%.

	оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в прошлом году.	
Динамика числа детей, оставшихся без попечения родителей	$\frac{n_{c2} - n_{c1}}{n_{c1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{c2}</math> – число детей, оставшихся без попечения родителей, в данном году, <math>n_{c1}</math> - число детей, оставшихся без попечения родителей, в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается пророст более 5%, в качестве положительного фактора – убыль более 5%.
<b>Внесемейные факторы риска, ресурсы и показатели профилактической работы</b>		
Динамика числа преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков	$\frac{C_{np2} - C_{np1}}{C_{np1}} * 100\%$ <p>где <math>C_{np2}</math> – число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, совершенных в данном году, <math>C_{np1}</math> - число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, совершенных в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается пророст более 5%, в качестве положительного фактора – убыль более 5%. Косвенный фактор, отражающий степень доступности наркотиков.
Раскрываемость преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков	$\frac{C_{np p}}{C_{np2}} * 100\%$ <p>где <math>n_{np p}</math> - число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, раскрытых в данном году, <math>n_{np2}</math> - число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, совершенных в данном году.</p>	Фактором риска является неполная раскрываемость совершенных преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков

Динамика финансирования государственной молодежной политики	$\frac{m_{эмт2} - m_{эмт1}}{m_{эмт1}} * 100\%$ <p>где <math>m_{эмт2}</math> – сумма ассигнований на реализацию государственной молодежной политики в данном году, <math>m_{эмт1}</math> – сумма ассигнований на реализацию государственной молодежной политики в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%.
Динамика финансирования массового молодежного спорта	$\frac{m_{с2} - m_{с1}}{m_{с1}} * 100\%$ <p>где <math>m_{с2}</math> – сумма ассигнований на массовый молодежный спорт в данном году, <math>m_{с1}</math> – сумма ассигнований на массовый молодежный спорт в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%.
Динамика расходов на материальную базу учреждений по работе с молодежью	$\frac{m_{мб2} - m_{мб1}}{m_{мб1}} * 100\%$ <p>где <math>m_{мб2}</math> – сумма расходов на материальную базу учреждений в данном году, <math>m_{мб1}</math> – сумма расходов на материальную базу учреждений в прошлом году.</p>	В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%.
Динамика числа учреждений дополнительного образования и учреждений по работе с молодежью		Открытие хотя бы одного нового учреждения (рост) рассматривается как положительный фактор, любое сокращение – как фактор риска.
Динамика числа молодежных клубов, общественных организаций и иных добровольческих объединений		Создание хотя бы одного нового объединения (рост) рассматривается как положительный фактор, любое сокращение – как фактор риска.

<p>Охват молодых людей 10 – 19 лет социально значимой деятельностью</p>	$\frac{n_{10-19\phi}}{M_{10-19}} * 100\%$ <p>где <math>n_{10-19\phi}</math> - количество молодых людей в возрасте 10 – 19 лет, охваченных социально значимой деятельностью в данной административной территории, <math>M_{10-19}</math> - численность населения административной территории в возрасте 10 – 19 лет.</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{n_{10-19\phi\text{ обл}}}{M_{10-19\phi\text{ обл}}} * 100\%$ <p>где <math>n_{10-19\phi\text{ обл}}</math> - количество молодых людей в возрасте 10 – 19 лет, охваченных социально значимой деятельностью в целом по области, <math>M_{10-19\phi\text{ обл}}</math> - численность населения области в возрасте 10 – 19 лет. Как положительный фактор рассматривается значение, превышающее средний уровень более чем на 5%, как фактор риска – значение ниже среднего не менее чем на 5%. Показатель более 100% означает, что имеются молодые люди, охваченные несколькими формами социально значимой деятельности.</p>
<p>Динамика охвата молодых людей 10 – 19 лет социально значимой деятельностью</p>	$\frac{n_{10-19\phi 2} - n_{10-19\phi 1}}{n_{10-19\phi 1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{10-19\phi 2}</math> – количество молодых людей 10 – 19 лет, охваченных социально значимой деятельностью в данном году, <math>n_{10-19\phi 1}</math> – количество молодых людей 10 – 19 лет, охваченных социально значимой деятельностью в прошлом году.</p>	<p>В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%. В случае, если в данном году имеется отрицательная динамика, но охват социальной значимой деятельностью составляет 100% и выше, данный факт не рассматривается как фактор риска.</p>

<p>Показатель по временному трудоустройству молодежи в возрасте 15 – 24 лет на период каникул</p>	$\frac{n_{15-24m}}{M_{15-24}} * 100\%$ <p>где <math>n_{15-24m}</math> - количество молодых людей в возрасте 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул, <math>M_{15-24}</math> – численность населения административной территории в возрасте 15 – 24 лет.</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{n_{15-24m обл}}{M_{15-24 обл}} * 100\%$ <p>где <math>n_{15-24m обл}</math> - количество молодых людей в возрасте 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул в целом по области, <math>M_{15-24 обл}</math> - численность населения области в возрасте 15 – 24 лет.</p> <p>Как положительный фактор рассматривается значение, превышающее средний уровень более чем на 5%, как фактор риска – значение ниже среднего не менее чем на 5%.</p>
<p>Динамика количества молодых людей, временно трудоустроенных на период каникул</p>	$\frac{n_{15-24m2} - n_{15-24m1}}{n_{15-24m1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{15-24m2}</math> – количество молодых людей 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул в данном году, <math>n_{15-24m1}</math> – количество молодых людей 15 – 24 лет, временно трудоустроенных на период каникул в прошлом году.</p>	<p>В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%.</p>
<p>Динамика количества специалистов по работе с молодежью и спорту</p>	$\frac{n_{c2} - n_{c1}}{n_{c1}} * 100\%$ <p>где <math>n_{c2}</math> - количество специалистов по делам молодежи и спорту в администра-</p>	<p>В качестве фактора риска рассматривается убыль более 5%, в качестве положительного фактора – прирост более 5%.</p>

	<p>тивной территории в данном году, <math>n_{c1}</math> - количество специалистов по делам молодежи и спорту в административной территории в прошлом году.</p>	
<p>Удельная нагрузка на специалиста по работе с молодежью и спорту</p>	$\frac{M_{10-29}}{n_{c2}},$ <p>где <math>M_{10-29}</math> - численность населения административной территории в возрасте 10 – 29 лет, <math>n_{c2}</math> - количество специалистов по работе с молодежью и спорту в административной территории в данном году.</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{M_{10-29\text{ обл}}}{n_{c\text{ обл}}},$ <p>где <math>M_{10-29\text{ обл}}</math> - численность населения области в возрасте 10 – 29 лет, <math>n_{c\text{ обл}}</math> - количество специалистов по работе с молодежью и спорту в целом по области. Как положительный фактор рассматривается значение меньше среднего по области более чем на 5%, как фактор риска – значение выше среднего не менее чем на 5%.</p>
<p>Количество молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет, приходящихся на 1 бесплатное объединение</p>	$\frac{M_{10-29}}{n_{об}}$ <p>Где <math>M_{10-29}</math> - численность населения административной территории в возрасте 10 – 29 лет, <math>n_{об}</math> - количество бесплатных секций, клубов, объединений</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{M_{10-29\text{ обл}}}{n_{об\text{ обл}}},$ <p>где <math>M_{10-29\text{ обл}}</math> - численность населения области в возрасте 10 – 29 лет, <math>n_{об\text{ обл}}</math> - количество бесплатных объединений в целом по области.</p>

		Как положительный фактор рассматривается значение меньше среднего по области более чем на 5%, как фактор риска – значение выше среднего не менее чем на 5%.
Доступность населению района (города) службы анонимной психологической помощи		Доступность анонимной психологической помощи – положительный фактор, отсутствие – фактор риска. Помощь считается доступной населению района, если организована в районном центре, и наоборот
Доступность населению района (города) службы анонимной наркологической помощи		Доступность анонимной наркологической помощи – положительный фактор, отсутствие – фактор риска. Помощь считается доступной населению района, если организована в районном центре, и наоборот
Наличие в районе (городе) подросткового врача-нарколога		Наличие в районе (городе) подросткового врача-нарколога – положительный фактор, отсутствие – фактор риска. Помощь считается доступной населению района, если организована в районном центре, и наоборот
Обеспеченность школьниками психологами	$\frac{S_{\text{псих}}}{S} * 100\%$ где $S_{\text{псих}}$ - количество школ, в которых работают психологи, S – общее количество школ в административной территории.	Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле: $\frac{S_{\text{псих обл}}}{S_{\text{обл}}} * 100\%$

		<p>где <math>S_{псих\ об\ л}</math> - количество школ области, в которых работают психологи, <math>S_{об\ л}</math> - общее количество школ в области.</p> <p>Как положительный фактор рассматривается значение, превышающее средний уровень более чем на 5%, как фактор риска – значение ниже среднего не менее чем на 5%.</p>
<p>Охват профилактической анти-кризисной работой молодых людей 10 – 24 лет</p>	$\frac{N_{10-24\ л}}{M_{10-24}} * 100\%$ <p>где <math>N_{10-24\ л}</math> - общее количество молодых людей, охваченных профилактической работой в данной территории, в возрасте от 10 до 24 лет, <math>M_{10-24}</math> - численность населения административной территории в возрасте от 10 до 24 лет</p>	<p>Значение данного показателя, рассчитанное для конкретного района или города, необходимо сравнить со средним по области, которое вычисляется по формуле:</p> $\frac{N_{10-24\ л\ об\ л}}{M_{10-24\ об\ л}} * 100\%$ <p>где <math>N_{10-24\ л\ об\ л}</math> - количество молодых людей в возрасте 10 – 24 лет, охваченных профилактической работой в целом по области, <math>M_{10-24\ об\ л}</math> - численность населения области в возрасте 10 – 24 лет.</p> <p>Как положительный фактор рассматривается значение, превышающее средний уровень более чем на 5%, как фактор риска – значение ниже среднего не менее чем на 5%.</p>
<p>Наличие при администрации (выборном представительном органе) молодежной консультативной структуры</p>		<p>Наличие консультативного органа – положительный фактор, отсутствие – фактор риска.</p>

Аналитическая карта  
факторов риска наркотизации молодежи

Район (город) \_\_\_\_\_

Показатель	Значение за предыдущий год	Значение за отчетный год		Динамика	Примечание
		Район (город)	Область		
Психологические факторы риска					
Число преступлений, совершенных несовершеннолетними					
Количество молодых людей, состоящих на учете в КДН и правоохранительных органах, в пересчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет					
Семейные факторы риска					
Количество подростков, признанных оказавшимися в трудной жизненной ситуации, в пересчете на 1000 человек в возрасте 10 – 19 лет					
Число детей, оставшихся без попечения родителей					
Внесемейные факторы риска					
Число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков					
Раскрываемость преступлений, связанных с					

незаконным оборотом наркотиков, %						
Финансирование государственной молодежной политики, тыс. руб.						
Финансирование массового молодежного спорта, тыс. руб.						
Расходы на материальную базу учреждений по работе с молодежью, тыс. руб.						
Число учреждений дополнительного образования и учреждений по работе с молодежью						
Число молодежных клубов, общественных организаций и иных добровольческих объединений						
Охват молодых людей 10 – 19 лет социально значимой деятельностью, %						
Показатель по временному трудоустройству молодежи в возрасте 15 – 24 лет на период каникул, %						
Количество специалистов по работе с молодежью и спорту						
Количество молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет, приходящих на 1 специалиста по работе с молодежью и спорту						
Количество молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет, приходящих на 1 бесплатное объединение (клуб, секцию)						
Наличие в районе (городе) службы анонимной психологической помощи						
Наличие в районе (городе) службы анонимной наркологической помощи						

Наличие в районе (городе) подросткового врача-нарколога							
Обеспеченность школьными психологами, % школ							
Охват профилактической антикриминальной работой молодых людей в возрасте 10 – 14 лет, %							
Охват профилактической антикриминальной работой молодых людей в возрасте 15 – 19 лет, %							
Охват профилактической антикриминальной работой молодых людей в возрасте 20 – 24 лет, %							
<b>Охват профилактической антикриминальной работой молодых людей в возрасте 10 – 24 лет, %</b>							
Наличие при администрации или выборном представительном органе молодежного совета представительного органа							

Общее количество факторов риска, выявленных в отчетном году  
 Заключение по результатам комплексной оценки риска  
 Заключение о степени приоритета проведения выездных профилактических мероприятий

**АНКЕТА**  
**для проведения опроса среди молодежи**  
**по результатам \_\_\_\_\_**  
 (название мероприятия с указанием его формы)

1. **Ваш возраст** \_\_\_\_\_ **Пол** мужской (1) женский (2)

2. **Место жительства:**

\_\_\_\_\_

3. **Социальное положение:**

- Школьник (6)
- Учащийся учреждения начального или среднего профессионального образования (7)
- Студент высшего учебного заведения (8)
- Работающий (9)
- Совмещаю учебу с работой (10)
- Не обучаюсь и не работаю (11)

4. **Оцените свою удовлетворенность данным мероприятием в целом (1 балл – совершенно не удовлетворен, 5 баллов – удовлетворен полностью)**

1-----2-----3-----4-----5

5. **Как вы оцениваете информационную насыщенность данного мероприятия?**

- Информации слишком мало, либо она дана в виде отрывочных фактов без полной и понятной картины проблемы (23)
- Информация дает полное представление о проблеме (24)
- Информации слишком много, чтобы ее понять и запомнить (25)

6. **Как вы оцениваете процесс подачи информации в ходе мероприятия?**

- Информация доступна и легко воспринимается (26)
- Информация представлена в излишне назидательной форме (27)
- Работа носила характер запугивания (28)
- Информация представлена с обилием терминов, сложных оборотов, ее трудно понять и запомнить (29)

7. **Как изменились ваши знания о проблеме наркомании после данного мероприятия?**

- Впервые узнал(а) о вреде наркотиков (30)
- Получил(а) новые знания, укрепившие представление о вреде наркотиков (31)

- В ходе мероприятия не узнал(а) ничего нового (32)
- После мероприятия возникло впечатление, что не все наркотики опасны (33)
- После мероприятия возникло любопытство и желание попробовать наркотик (34)

#### **8. Как изменились ваши знания о возможности лечения наркомании?**

- Возникло или укрепилось представление, что лечение от наркомании длительное и сложное, а эффект возможен только при своевременном обращении за помощью специалистов и твердом желании отказаться от наркотиков (35)
- Возникло или укрепилось мнение, что лечение наркомании не является существенной проблемой (36)
- Возникло или укрепилось мнение, что наркомания полностью неизлечима (37)
- Мероприятие не дало информации о возможностях медицины (38)

#### **9. Как данное мероприятие повлияло на вашу готовность при необходимости обращаться за помощью специалистов?**

- Помогло убедиться, что нельзя исключить для себя проблемы с наркотиками, так как они широко распространены, и помощь врача или психолога может потребоваться (39)
- Возник или усилился страх перед обращением к специалистам, боязнь неблагоприятных юридических последствий, навешивания ярлыка «наркомана» (40)
- Я полностью исключаю для себя какой-либо контакт с наркотиками, считаю, что мне не смогут их предложить, дать насильственно или обманным путем (41)

#### **10. В какой информации по проблеме наркомании вы нуждаетесь дополнительно?**

- О вреде отдельных видов наркотиков, их негативном действии на организм (43)
- О правовых нормах, юридических последствиях употребления/ хранения/ распространения наркотиков (44)
- О местах и порядке оказания медицинской помощи (45)
- О местах и порядке оказания психологической помощи (46)
- О признаках, по которым можно определить, что человек употребляет наркотики (47)

#### **11. В развитии каких психологических навыков у себя вы заинтересованы больше всего?**

- Как правильно действовать, если настойчиво предлагают употребить наркотик (48)
- Как самостоятельно справиться со стрессом (49)

- Как легче ужиться с одноклассниками, коллегами по работе (50)
- Как найти общий язык и добиться взаимопонимания с родителями (51)
- Как справиться с имеющимися проблемами со здоровьем (52)
- Как помочь другу или родственнику, употребляющему наркотики (53)
- Как помириться после конфликта и легче пережить его последствия (54)
- Как выстроить отношения в новом для себя коллективе (55)
- Как правильно определиться с выбором учебного заведения, профессии (56)

**12. В каких мероприятиях по профилактике наркомании вы принимали участие в течение последнего года?**

- Читали специальную литературу (12)
- Прослушали лекции специалистов о вреде наркотиков (13)
- Получали индивидуальные консультации психолога (в том числе по телефону доверия) (14)
- Получали индивидуальные консультации нарколога (15)
- Просматривали видеоматериалы (16)
- Тематические театрализованные представления, ролевые игры (17)
- Изготавливали плакаты, стенгазеты с информацией о вреде наркотиков (18)
- Изготавливали плакаты, стенгазеты с призывом к занятию спортом, здоровому образу жизни (19)
- Посетили встречи с успешными и известными молодыми людьми (20)
- Посещали тематические Интернет-сайты (21)
- Другое (22) \_\_\_\_\_

**13. Какие формы предоставления информации о проблеме наркомании вы считаете самыми эффективными?**

- Лекции специалистов (57)
- Компьютерные презентации, слайды (58)
- Документальные и научные видеоматериалы, фильмы (59)
- Художественные произведения или фильмы, где наглядно показан вред наркотиков (60)
- Плакаты, рисунки, стенгазеты (61)
- Печатный раздаточный материал (буклеты, памятки) (62)
- Научная литература (63)
- Сайты в Интернете (64)
- Индивидуальные консультации (65)

**Предназначение и использование результатов анкетирования молодежи по итогам профилактических мероприятий на различных уровнях**

№№ вопросов	Использование полученных данных на различных уровнях	Область
	Организаторы мероприятий	Район (город)
1	Информация о структуре контингента участников – проверка его на предмет соответствия целевой аудитории, на которую рассчитаны мероприятия. Оценка полноты охвата целевой аудитории.	Информация о структуре контингента участников – оценка полноты охвата каждым видом мероприятий каждой возрастной и социальной группы, сравнение показателей разных территорий. Планирование дополнительных мер для возрастных и социальных категорий, охваченных работой в меньшей степени.
2		
3		
4	Оценка удовлетворенности молодежи каждым мероприятием. Корректировка последующих мероприятий для аналогичной аудитории.	Оценка удовлетворенности молодежи мероприятиями конкретных организаторов – решение вопросов о государственной поддержке организаторов в дальнейшем. Оценка удовлетворенности молодежи каждым видом работы – планирование профилактической деятельности на последующие периоды.
5		Оценка удовлетворенности молодежи мероприятиями конкретных организаторов – решение вопросов о государственной поддержке организаторов в дальнейшем. Оценка удовлетворенности молодежи каждым видом работы – планирование профилактической деятельности на последующие периоды. Оценка удовлетворенности молодежи мероприятиями в каждой территории и сравнение показателей.

6				зателей – оценка работы в территории в целом. Оценка удовлетворенности молодежи проводимой работой в целом по области.	
7		Оценка результатов мероприятий в части информирования молодежи о проблеме и местах оказания помощи. Определение результативности мероприятий в части становления адекватных представлений о проблеме и возможных средств помощи. Корректировка последующих мероприятий для аналогичной аудитории.	Оценка результатов мероприятий конк-ретных организаторов – решение во-просов о государственной поддержке ор-ганизаторов в дальнейшем. Оценка ре-зультатов мероприятий применительно к возрастным и социальным группам в пределах терри-тории – решение вопросов о проведении дополнительных меро-приятий и их содержании.	Оценка результатов мероприятий конкретных организаторов – решение вопросов о государственной под-держке организаторов в дальнейшем. Оценка результатов мероприятий применительно к возрастным и соци-альным группам – решение вопросов о проведении дополнительных меро-приятий и их содержании. Оценка эффективности мероприятий в регио-не в целом.	
8					
9					
10		Оценка информационно-образовательных потребностей мо-лодежи. Корректировка последую-щих мероприятий для аналогичной аудитории с целью их удовлетвори-ния.	Оценка информационно-образовательных потребностей молодежи территории. Решение вопросов о проведении дополнительных мероприя-тий для их удовлетворения.	Оценка и мониторинг информацион-но-образовательных потребностей молодежи по региону в целом. Реше-ние вопросов о проведении дополни-тельных мероприятий для их удовле-творения. Организация адресного ме-тодического содействия.	
11					
12		Получение информации о ранее про-веденных мероприятиях в данной ау-дитории. Исключение дублирования мероприятий.	Изучение охвата молодежи каждым ви-дом профилактической работы. Выявле-ние фактов использования нежелаель-ных форм работы. Исключение дублиро-вания мероприятий.	Изучение охвата молодежи каждым видом профилактической работы. Оценка качества контроля за профи-лактической деятельностью на местах путем выявления фактов использова-ния нежелательных форм работы.	
13					Сбор предложений молодежи для учета при планировании последующих профилактических мероприятий

**Результаты опроса среди молодежи  
по итогам мероприятий по профилактике наркомании**

Район (город) \_\_\_\_\_

Позиция	Количество ответов	Доля респондентов, %
<b>Возраст</b>		
10 – 14 лет		
15 – 19 лет		
20 – 24 года		
<b>Социальное положение</b>		
Школьники		
Учащиеся учреждений СПО		
Студенты высших учебных заведений		
Работающие		
Совмещающие обучение с работой		
Не обучающиеся и не работающие		
<b>Оценка удовлетворенности профилактической работой</b>		
1 балл		
2 балла		
3 балла		
4 балла		
5 баллов		
Средний балл		
<b>Оценка информационной насыщенности мероприятий</b>		
Информации слишком мало, либо она дана в виде отрывочных фактов без полной и понятной картины проблемы		
Информация дает полное представление о проблеме		
Информации слишком много, чтобы ее понять и запомнить		
<b>Оценка процесса подачи информации</b>		
Информация доступна и легко воспринимается		
Информация представлена в излишне назидательной форме		
Работа носила характер запугивания		
Информация представлена с обилием терминов, сложных оборотов, ее трудно понять и запомнить		

Изменение знаний молодежи о проблеме наркомании		
Впервые узнали о вреде наркотиков		
Получили новые знания, укрепившие представление о вреде наркотиков		
В ходе мероприятий не узнали ничего нового		
После мероприятий возникло впечатление, что не все наркотики опасны		
После мероприятий возникло любопытство и желание попробовать наркотик		
Изменение знаний молодежи о возможности лечения наркомании		
Возникло или укрепилось представление, что лечение от наркомании длительное и сложное, а эффект возможен только при своевременном обращении за помощью специалистов и твердом желании отказаться от наркотиков		
Возникло или укрепилось мнение, что лечение наркомании не является существенной проблемой		
Возникло или укрепилось мнение, что наркомания полностью неизлечима		
Мероприятие не дало информации о возможностях медицины		
Влияние мероприятий на готовность молодежи к обращению за квалифицированной помощью		
Помогло убедиться, что нельзя исключить для себя проблемы с наркотиками, так как они широко распространены, и помощь врача или психолога может потребоваться		
Возник или усилился страх перед обращением к специалистам, боязнь неблагоприятных юридических последствий, навешивания ярлыка «наркомана»		
Полностью исключают для себя какой-либо контакт с наркотиками, считаю, что мне не смогут их предложить, дать насильственно или обманным путем		
Потребность в дополнительной информации по проблеме наркомании		
О вреде отдельных видов наркотиков, их негативном действии на организм		
О правовых нормах, юридических последствиях употребления/ хранения/ распространения наркотиков		

О местах и порядке оказания медицинской помощи		
О местах и порядке оказания психологической помощи		
О признаках, по которым можно определить, что человек употребляет наркотики		
<b>Потребность в развитии психологических навыков</b>		
Как правильно действовать, если настойчиво предлагают употребить наркотик		
Как самостоятельно справиться со стрессом		
Как легче ужиться с одноклассниками, коллегами по работе		
Как найти общий язык и добиться взаимопонимания с родителями		
Как справиться с имеющимися проблемами со здоровьем		
Как помочь другу или родственнику, употребляющему наркотики		
Как помириться после конфликта и легче пережить его последствия		
Как выстроить отношения в новом для себя коллективе		
Как правильно определиться с выбором учебного заведения, профессии		
<b>Участие молодежи в профилактических мероприятиях (с учетом вопроса 12 и видов мероприятий, по итогам которых проведено анкетирование)</b>		
Читали специальную литературу		
Прослушали лекции специалистов о вреде наркотиков		
Получали индивидуальные консультации психолога		
Получали индивидуальные консультации нарколога		
Просматривали видеоматериалы		
Тематические театрализованные представления, ролевые игры		
Изготавливали плакаты, стенгазеты с информацией о вреде наркотиков		
Изготавливали плакаты, стенгазеты с призывом к занятию спортом, здоровому образу жизни		
Посетили встречи с успешными и известными		

молодыми людьми		
Посещали тематические Интернет-сайты		
Другое		
Предложения молодежи по проведению профилактических мероприятий		
Лекции специалистов		
Компьютерные презентации, слайды		
Документальные и научные видеоматериалы, фильмы		
Художественные произведения или фильмы, где наглядно показан вред наркотиков		
Плакаты, рисунки, стенгазеты		
Печатный раздаточный материал		
Научная литература		
Сайты в Интернете		
Индивидуальные консультации		

# Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
<b>ГЛАВА I. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</b>	5
1.1. История и современное состояние проблемы наркомании.	5
1.2. Проблемы выявления и учета случаев незаконного употребления психоактивных веществ.	12
<b>ГЛАВА 2. ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОТИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ. ПОНЯТИЕ О НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ.</b>	28
2.1. Биологические факторы риска.	29
2.2. Индивидуальные (психопатологические) факторы риска	31
2.3. Семейные факторы риска.	35
2.4. Внесемейные факторы риска.	37
2.5. Психосоциальные факторы, связанные с ценностными ориентациями и лидерством в молодежной среде.	42
2.6. Сравнительная экспертная оценка факторов риска наркотизации.	60
2.7. Наркопредрасположенность как медико-социальная проблема молодежи.	67
2.8. Организация мониторинга факторов риска наркотизации молодежи на уровне субъекта Российской Федерации	69
<b>ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.</b>	75
3.1. Организационно-правовые и научные основы организации профилактики наркомании.	75
3.2. Научно обоснованные требования к оформлению и ресурсному обеспечению профилактических программ.	89
3.3. Принципы рационального выбора профилактических мероприятий	96
3.4. Опыт проведения профилактики наркопредрасположенности среди молодежи Курской области: показатели охвата мероприятиями по возрастным и социальным категориям.	103
3.5. Оценка эффективности мероприятий в управлении качеством. Регулирующая обратная связь и опыт ее применения.	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	111
ЛИТЕРАТУРА	113
ПРИЛОЖЕНИЯ	121





**В.И. Тимошилов**

**НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ МОЛОДЕЖИ:  
ФАКТОРЫ РИСКА  
И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ**

**Монография**

Подписано в печать 29.01.14 г.  
Тираж 500 экз.

Отпечатано ООО АПИИТ «ГИРОМ»  
305000, г. Курск, Красная пл., 6  
Директор: Гребнев Е.Н.  
Тел. (4712) 56-09-05, 56-79-18  
e-mail: girom@yandex.ru