

ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ ГБУЗ «Городской центр медицинской профилактики» МЗ РБ БРО РБФ «Нет алкоголизму и наркомании»

**Профилактика**

**наркологических**

**расстройств**

г. Улан-Удэ

2017 год

Составители: Сансанова Лариса Баировна, заведующая отделом профи ~~ла~~кти~~ки,~~ мед~~иц~~инс~~кий~~ пс~~ихо~~лог ~~ГА~~УЗ «~~Ре~~спуб~~ли~~кан~~ски~~й н~~арк~~оло~~гич~~еск~~ий~~  диспансер» МЗ РБ

Ми~~хай~~лов~~а З~~ина~~ид~~а Ба~~за~~ровн~~а,~~ пре~~дсе~~дат~~ель~~ пра~~вл~~ени~~я Б~~РО ~~РБФ~~ «Н~~ет~~  алкоголизму и наркомании», заведующая отделом межведомственных и внеш них связей ГБУЗ «Городской центр медицинской профилактики» МЗ РБ.

Да~~нна~~я бр~~ош~~юра ~~пр~~едн~~азн~~аче~~на~~ для ~~все~~х за~~инт~~ере~~сов~~анн~~ых~~ спец~~иа~~лист~~ов~~  сферы первичной профилактики наркологических заболеваний. В рекомен ~~да~~ция~~х с~~пец~~иал~~ист~~ам~~ рас~~кры~~ты ~~осн~~овн~~ые~~ пон~~яти~~я, п~~рин~~цип~~ы,~~ нап~~рав~~лен~~ия~~  и эффективные формы профилактической работы. Субъектами профилакти ки могут быть использованы рекомендации в построении системы комплекс ~~но~~й п~~рог~~рам~~мы~~ ка~~к н~~а ур~~овн~~е о~~тде~~льн~~ой~~ орг~~ан~~изац~~ии~~ (об~~раз~~ова~~те~~льно~~й,~~  социальной или иной), так и на уровне муниципального образования.

Бр~~ошю~~ра ~~сос~~тавл~~ен~~а на ~~ос~~нове ~~кл~~ини~~чес~~ких ~~рек~~оме~~нда~~ций ~~по~~ мед~~иц~~инск~~ой~~  профилактике наркологических заболеваний, разработанных коллективом авторов специалистов федеральных научных центров в области наркологии ~~(г.~~ Мо~~скв~~а, 2~~015~~ год~~)~~

**Определение понятий, цели и задачи профилактики наркологических заболеваний**

С каждым годом повышаются требования к организации профилак тической деятельности, особенно к профилактике наркологических за болеваний. Само понятие «профилактика» подразумевает организацию комплекса мероприятий, направленных на предупреждение возникнове ния какого-нибудь заболевания или состояния. Профилактические меры направлены на сохранение и укрепление здоровья человека.

**Профилактика наркологических расстройств** (аддикций) или **профилактика зависимостей от психоактивных веществ** (ПАВ) ре ализуется либо самостоятельно организацией (медицинской, образова тельной или другой), либо совместными усилиями внутриведомственно го и межведомственного взаимодействия. Термин **аддикции** или **аддиктивные расстройства** произошел от английского «addiction», что означает зависимость. **ПАВ** включают широкий спектр химических веществ с аддиктивными свойствами, к ним относятся алкоголь, нарко тические средства, психотропные вещества, токсикоманические сред ства.

По работе с целевыми аудиториями профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

**Первичная (универсальная) профилактика** нацелена на усиление социально-позитивных мотиваций и развитие индивида или группы лиц, формирование у населения установок на здоровый образ жизни (ЗОЖ), охватывает все группы населения и состоит из психологических, соци

альных, педагогических и медико-биологических практик. В этом на правлении активно используется формат информирования населения с учетом индивидуальных особенностей аудитории (возраста, пола) По мимо информирования к мероприятиям первичной профилактики отно сится раннее выявление потребителей ПАВ, которое осуществляется, прежде всего, медицинскими работниками в активном взаимодействии с педагогами, специалистами по социальной работе, инспекторами под разделений по делам несовершеннолетних, другими правоохранитель ными органами, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав. Раннее выявление потребителей ПАВ должно активно проводиться во всех возрастных группах.

**Вторичная или селективная профилактика** относится к избира тельной превентивной группе и направлена на лиц, имеющих опыт по требления различных психоактивных веществ (потребители ПАВ, риско

2 3

ванно пьющие). Носит специфический характер работы. Прежде всего, работа с группами риска из разных возрастных и социальных слоев на селения, нацеленная на преодоление у населения факторов риска свя занных с потреблением наркотиков, алкоголя, табака и других. Меро приятия вторичной профилактики проводятся с помощью мер медицинского характера (диагностические осмотры, тестирование, кон сультирование врачей и медицинских психологов) и с применением пси хокоррекционных, педагогических практик. Основная задача недопуще ние формирования зависимости и усугубления последствий употребления ПАВ.

**Третичная (модификационная) профилактика** осуществляется в отношении лиц с зависимостью от ПАВ, это реабилитационные меро приятия с целью достижения стойкой ремиссии (отказа от употребления ПАВ) и восстановления личностного и социального статуса зависимого человека. Применяется комплекс психотерапевтических, медикаментоз ных, социальных методов и форм, коррекции нарушений.

**Главной целью** первичной и вторичной профилактики является **сни жение спроса населения на наркотики, алкоголь, табак и другие ПАВ,** а также **формирование негативного отношения к потребле нию данных веществ.**

Достижение главной цели осуществляется путем решения следующих конкретных задач:

1. Повышение уровня осведомленности населения о негативных по следствия употребления ПАВ;

2. Пропаганда здорового образа жизни и формирование навыков ЗОЖ;

3. Формирование личной ответственности за свое поведение, обусла вливающее наркотизацию и алкоголизацию;

4. Формирование негативного отношения в обществе к потреблению ПАВ и психологического иммунитета к потреблению наркотиков прежде всего у подрастающего поколения;

5. Мотивация на изменение поведения – отказ от употребления ПАВ

**Основные направления и мероприятия профилактики наркологических расстройств.**

К основным направлениям профилактической деятельности относят ся информирование населения о вреде употребления психоактивных ве ществ, обучение навыкам здорового образа жизни, раннее выявление

злоупотребляющих алкоголем и незаконных потребителей ПАВ. Одной из главных причин так называемого неправильного выбора в пользу алкоголя, наркотиков является отсутствие достоверной инфор мации о вреде этих веществ и широкая пропаганда их. «Алкогольные традиции», распространение наркотиков и насаждение их в молодеж ной среде – все это способствуют формированию искаженных установок и поведенческим стереотипам. Вторая проблема – отсутствие личной от ветственности за собственное поведение. В целях предупреждения фор мирования зависимостей и коррекции нарушений проводятся информа ционные, обучающие мероприятия и исследования по раннему выявлению.

**Информирование** является важной составляющей всей профилак тической работы. Именно в формате информирования различных групп населения проводятся все мероприятия превентивного характера. К ним относятся лекции, беседы, доклады, разработка средств наглядной аги тации, написание статей, заметок, социальная реклама. Современные медиаинструменты позволяют значительно расширить инструменты для предоставления информации населению о вреде психоактивных веществ и пропаганды ЗОЖ, в первую очередь, в молодежной и подростковой среде.

Помимо традиционных телевидения, печати и радио в настоящее время острая необходимость в использовании других возможностей: 1. Информирование через сайты популярных информагентств и раз личных изданий

2. Видеосайты обмена, различные блоги

3. Использование популярных социальных сетей и мессенджеров 4. Создание качественной социальной рекламы, направленной на от каз от употребления психоактивных веществ и пропаганду ЗОЖ (видео, аудио, наружная реклама и другие).

В информировании важно руководствоваться основными **принципа ми:**

– необходимо рассматривать только один фактор риска возникнове ния наркологических заболеваний;

– изложение тяжелых и трагических последствий приема ПАВ должно быть встроено в первую половину профилактического мероприятия и за нимать не более четверти времени, отведенного на беседу (встречу, лек цию и т.д.);

– беседа должна иметь положительный жизнеутверждающий на строй, особенно в конце;

4 5

– предлагать однозначный, логичный и понятный вывод о несовме стимости жизни, учебы, работы с приемом ПАВ;

– информация должна быть ориентирована на отдельно взятую целе вую аудиторию и излагаться в доступной для данной аудитории форме; – качественный подбор информации и доводимых до сведения насе ления фактов должен производиться специалистами в этой области (наркологами, психологами, социальными работниками, представителя ми правоохранительных органов и т.д.).

При построении профилактической программы или подготовки к ме роприятию важно консультироваться со специалистами в данной обла сти. Врачи психиатры-наркологи, медицинские психологи, работающие в этой области, должны выступать в качестве консультантов, экспертов по вопросам организации и построении профилактической деятельно сти. Учет принципов информированного добровольного согласия слуша телей, легитимности, использования достоверных сведений являются очень важными в построении программ и проектов.

Эффективное информирование населения способствует формирова нию негативного отношения в обществе к употреблению ПАВ. Результатом **обучающих программ** являются формирование у на селения жизненных навыков: активного неприятия и отказа от потребле ния ПАВ; противостояния потреблению ПАВ, особенно в ситуации потре бления; противостояния предложению к употреблению ПАВ; поддержки принципов ЗОЖ и др. Проводятся в форме индивидуальных и групповых семинаров, психологических тренингов, консультаций. Задачи программ обучения включают:

• усвоение понятий о наркологических заболеваниях и механизмах их развития;

• приобретение знаний об основных моделях профилактики нарколо гических расстройств;

• понимание подходов профилактических вмешательств, реализации и оценки эффективности программ профилактики наркологических рас стройств;

• изучение нормативной правовой базы профилактики наркологиче ских заболеваний;

• овладение профилактическими методами.

Методическая помощь врачей наркологов, врачей по медицинской профилактики крайне важна в разработке обучающих программ. **Раннее выявление** лиц, употребляющих психоактивные вещества предусматривает медицинские осмотры среди обучающихся образова

тельных организаций (наркотестирование), медицинские осмотры рабо тающего населения, скрининг-тестирования и опросы.

Среди обучающихся образовательных организаций ранее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных ве ществ осуществляется в соответствии с Федеральным законом Россий ской Федерации от 7 июня 2013 г. N120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и пси хотропных веществ» и включает следующие мероприятия:

1) социально-психологическое тестирование обучающихся в общеоб разовательных организациях и профессиональных образовательных ор ганизациях, а также образовательных организациях высшего образова ния; Первый этап проводится силами органов управления образования

и учреждений образования. Проводится с использованием опросника по выявлению склонности к отклоняющемуся поведению. На основе ре зультатов социально-психологического тестирования наркологической службой определяется список образовательных организаций, участвую щих в профилактических медицинских осмотрах.

2) профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеоб разовательных организациях и профессиональных образовательных ор ганизациях, а также образовательных организациях высшего образова ния.

Второй этап проводится силами органов управления здравоохране ния и наркологическими службами. Медицинские осмотры в свою оче редь проводятся в 4 этапа:

I этап – информационно-разъяснительная беседа по вопросам неза конного потребления наркотических средств и ПАВ. Врачом психиа тром-наркологом осуществляется сбор анамнеза, медицинский осмотр обучающегося,

II этап – предварительные химико-токсикологические исследования (ХТИ)с помощью экспресс-тестов, направленные на получение доказа тельных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ. При выявле нии отрицательного результата медицинский осмотр считается завер шенным. При положительном результате проводится подтверждающие ХТИ.

III этап – подтверждающие ХТИ, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических и пси хотропных веществ.

6 7

IV этап – разъяснение результатов обучающемуся и законным пред ставителям. Сведения о результатах профилактического медицинского осмотра вносятся психиатром-наркологом в медицинскую документа цию обучающегося (в историю развития ребенка – в отношении несовер шеннолетних обучающихся, в медицинскую карту амбулаторного боль ного – в отношении совершеннолетних обучающихся). При получении положительных результатов подтверждающих ХТИ врач психиатр-нар колог разъясняет обучающемуся результаты проведенного медицинско го осмотра и направляет его в специализированную медицинскую орга низацию, оказывающую специализированную наркологическую помощь (при наличии письменного информированного согласия).

Профилактические медицинские осмотры проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста 13 лет, при условии наличия добро вольного информированного согласия в письменной форме от обучаю щегося, достигшего возраста 15 лет, либо одного из родителей или ино го законного представителя обучающегося, не достигшего возраста 15 лет. Согласно законодательной базе, социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры проходят до бровольно.

Кроме этого, в целях раннего выявления потребителей психоактив ных веществ наркологами проводятся следующие виды медицинских ос мотров среди разных категорий граждан:

1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях ран него (своевременного) выявления патологических состояний, заболева ний и факторов риска их развития, немедицинского потребления нарко тических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования

групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов; 2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступле нии на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, или соответствия учащего ся требованиям к обучению;

3) периодический медицинский осмотр проводится с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здо ровья

работников, учащихся. Осмотр способствует своевременному выяв лению начальных форм профессиональных заболеваний, ранних призна ков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся. В результате осмотров проводятся формирова

ние групп риска развития профессиональных заболеваний, выявление медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов ра бот, продолжению учебы;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления призна ков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обя занностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсиче ского опьянения и остаточных явлений такого опьянения;

5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабо чей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков ал когольного,

наркотического или иного токсического опьянения.

**Субъекты и объекты профилактики**

В профилактической деятельности участвуют все органы государ ственной исполнительной власти, органы местного самоуправления му ниципальных образований, в том числе органы здравоохранения, обра зования, внутренних дел, органы по делам семьи и детей, молодежной

политики, спорта, социальной защиты населения, а также общественные и религиозные объединения, волонтеры, родительская общественность. Всеми субъектами профилактики принимаются меры в соответствии с причинами, особенностями наркологической ситуации в регионе.

**Объектами** системы профилактики являются **население**, на кото рое ориентированы профилактические мероприятия. Группы населения, подразделяющиеся по возрасту, полу или каким-то социальным крите риям являются дифференцированными группами, с которыми работают специалисты. Выделяют следующие группы:

**«дети дошкольного возраста и семья»,**

**«дети младшего школьного возраста и семья»**

**«подростки 10–17 лет и семья»**

**«молодежь 18–24 лет»**

**«взрослое работающее население 25–59 лет»**

**«девочки-подростки, девушки, беременные женщины, женщи ны фертильного возраста»**

8 9

**«60 лет и старше, пенсионеры»**

В зависимости от сферы деятельности специалисты по профилактике должны работать в тесной взаимосвязи друг с другом: педагоги, психо логи, медицинские работники, специалисты по социальной работе, по молодежной политике, инспекторы ПНД, КДНиЗП. В рамках межведом ственного взаимодействия необходимо разрабатывать конкретные про граммы для работы с дифференцированными группами населения с уче том их возрастных, социальных особенностей.

**Учет факторов риска при профилактической работе с дифференцированными группами населения**

В работе с дифференцированными группами населения безусловно важен учет их индивидуальных, возрастных, социальных факторов. При работе с каждой группой населения или целевой аудиторией необходи мо также учитывать характерные для них факторы риска употребления ПАВ и формирования наркологических расстройств.

Выделяют **макросоциальные и микросоциальные факторы ри ска. Макросоциальные факторы риска:** доступность табака, алкого ля, наркотиков и других ПАВ, ухудшение социально-экономической ситу ации

в регионе, ценностный плюрализм, мода на употребление психотроп ных веществ, степень правовой и моральной ответственности за их по требление, традиции общества.

**Микросоциальные факторы риска:** семейные – злоупотребление членами семьи психотропными веществами, несоблюдение социальных норм и правил, конфликты, неправильные стили воспитания по типу ги поопеки или гиперопеки, безнадзорность, воспитание в неполной семье; в образовательном учреждении – примеры употребления психотропных веществ, раннее асоциальное поведение, академическая неуспевае мость, конфликтные отношения со сверстниками и педагогами; в среде сверстников – отчуждение или конфликты, наличие в ближайшем окру жении лиц с девиантным поведением и/или употребляющих алкоголь, табак, наркотики, одобрение употребления различных ПАВ

Выделяют также **биофизиологические факторы риска:** генетиче ская предрасположенность, отягощенная наследственность, отклонения в развитии, органические поражения головного мозга, хронические со матические заболевания, степень изначальной толерантности, природа употребляемого вещества.

К **индивидуально-психологическим факторам риска** относят различные психические и поведенческие расстройства (расстройства личности или психопатии, акцентуации личности, доходящие до специ фических расстройств личности, эмоциональные расстройства и рас стройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте).

Практическая направленность работы **с семьями, имеющих детей дошкольного возраста,** должна учитывать факторы риска развития наркологических заболеваний этого возраста, а именно:

**Генетический фактор** – учет семейной отягощенности по алкого лизму, в 10–20% в целом в популяции, 50–85% среди граждан США, больных алкоголизмом. В России – 60–70% среди лиц, находящихся в стационарах и больных алкоголизмом и/или опийной наркоманией, что в десять раз выше, чем для здоровых лиц (7–8%). Семейная отягощен ность, как клиническое проявление предрасположенности, также имеет «спектральный характер»: чем больше родственников в роду индивида имеют признаки наркологического заболевания, тем выше уровень предрасположенности и выше генетический риск развития заболевания.

**Медико-биологические факторы** такие как: перинатальные пора жения центральной нервной системы; отклонения в психофизическом развитии ребенка; низкая масса тела новорожденного; искусственное вскармливание; отклонения в развитии слуха и зрения; лицевые анома лии развития; отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни.

**Психологические факторы риска у ребенка:** нарушение у ребен ка эмоциональной привязанности к родителям и лицам, их замещаю щим; отставание ребенка в когнитивном и эмоциональном развитии (ре чевые навыки, навыки саморегуляции, контроля эмоций, снижение

обучаемости); проблемы с памятью, вниманием, проблемы в обучении бытовым и игровым навыкам, проблемы с послушанием. Такие дети мо гут нуждаться в учреждениях специального типа, логопедах и воспита телях специальной подготовки; дети с нарушениями в формировании мотивационной системы нуждаются в постоянной психолого-социаль ной защите и поддержке.

**Психологические факторы риска у матери и отца:** послеродовая депрессия у матери; несформированность у матери и отца необходимых родительских навыков; нарушение в семье детско-родительских отно шений (деструктивные отношения в семье).

**Социальные факторы риска:**

– жестокое обращение с ребенком и женщинами в семье;

10 11

– низкий социально-экономический статус семьи и/или криминаль ный, социально опасный район проживания семьи родителей или опеку нов;

– недоступность для семьи социальной поддержки, социальная изо ляция семьи (если члены семьи – инвалиды, прибывшие или находящиеся в местах лишения свободы, аморального и асоциального поведения, хронического дезадаптивного поведения);

– нарушение функционирования семьи – дисфункциональная семья (неполная по составу или замещающая семья, развод родителей, адапта ция ребенка к повторному браку родителя, адаптация ребенка к замеща ющей семье).

**Профилактика среди семей, имеющих детей младшего школьного возраста 6–9 лет**

**Генетические факторы риска:**

Генетическая предрасположенность ребенка в возрасте от 6 до 9 лет к возникновению наркологических заболеваний начиная с дошкольного возраста проявляется в патологическом поведении «трудного ребенка» с преобладанием признаков психического инфантилизма и в раннем ку

рении ребенка.

**Психологические факторы риска:** школьная дезадаптация, непол ноценность навыков обучения, дети могут нуждаться в школах коррек ционного типа и педагогах коррекционных школ; отставание детей в ког нитивном и эмоциональном развитии; неполноценность у детей

коммуникативных навыков (недифференцированное межличностное об щение, конфликты со сверстниками и значимыми взрослыми); у ребенка частые проявления агрессии, обиды, состояния эмоциональной амбива лентности, эмоциональная лабильность; импульсивность (ребенок отве чает спонтанно, не дослушав вопросы, в играх и в других ситуациях не может дождаться своей очереди при общении, участии в игре, постоян но во время беседы, занятий или игр пристает к окружающим); у ребенка и у членов семьи неадекватная самооценка, проявление паттернов амо рального, асоциального поведения; нарушение детско-родительских от ношений, неудовлетворенность ребенка в отношениях с родителями (до минирующие или попустительские стили воспитания, нереалистические ожидания родителей в отношении развития ребенка, деструктивная се мья, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя); гедо нистическая направленность личности ребенка и членов семьи; низкая

академическая успеваемость ребенка; отсутствие у ребенка устойчивых увлечений.

**Социальные факторы риска:**

- жестокое обращение взрослых с детьми и женщинами в семье, в том числе сексуальное, физическое, психическое, экономическое, со циальное, религиозное насилие взрослых над ребенком или над другим членом семьи;

– унижение и оскорбление взрослыми человеческого достоинства ре бенка или другого члена семьи;

– психотравма: утрата близких родственников или близких людей; – низкий социально-экономический статус семьи ребенка и/или амо ральный асоциальный образ жизни семьи, изоляция семьи; – доступность психотропных веществ в семье, на улице, в образова тельном учреждении, в учреждениях досуга и спорта;

– наличие у ребенка и семьи друзей, употребляющих ПАВ; – недоступность для семьи и ребенка адекватной социальной под держки;

– социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у ребенка и членов его семьи;

– в семье высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, к асоци альному, аморальному поведению;

– в окружении семьи или ребенка мода на потребление ПАВ и асоци альное, аморальное поведение;

– в семье и/или у ребенка проблемы с правоохранительными органами.

**Профилактика среди подростков в возрасте от 10 до 17 лет и их семей**

Физиологические и психологические метаморфозы, происходящие в подростковом возрасте человека, обусловливают такие особенности поведения подростков, как:

– ориентация на мнение референтной группы;

– колебания настроения;

– высокая поведенческая активность;

– неустойчивая самооценка;

– безапелляционность суждений, максимализм;

– нарочитая грубость и демонстративная развязность;

– озабоченность сексуальной сферой отношений;

12 13

– некритичное восприятие лидера (кумира).

При работе с подростками 10–17 лет и их семьями должны учиты ваться следующие факторы риска развития наркологических рас стройств:

**Генетические факторы риска:**

Генетическая предрасположенность к возникновению наркологиче ских заболеваний в пубертатном периоде проявляется в патологическом поведении «трудного подростка» с преобладанием признаков психиче ского инфантилизма. Также генетическая предрасположенность в под ростковом возрасте выражается в раннем курении и злоупотреблении алкоголем.

**Психологические факторы риска:**

– акцентуации характера, инфантилизм у подростка;

– частые проявления у подростка и членов семьи агрессии, жестоко сти, обиды, эмоциональная лабильность;

– импульсивность (совершение необдуманных действий, торопливо, наспех, перебивая и прерывая других, трудности с удержанием продол жительных или постоянных интересов в учебе и досуге);

– гедонистическая направленность личности подростка и членов семьи; – у подростка плохая успеваемость, низкая самодисциплина и само организованность, проблемы с выполнением самостоятельной работы в учебной и внеучебной деятельности;

– социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у под ростков и членов родительской семьи;

– нарушение детско-родительских отношений (стили воспитания, не реалистические ожидания в отношении развития ребенка, развод роди телей, адаптация к повторному браку родителя);

– конфликт смыслов жизни.

**Социальные и культурные факторы риска:**

– жестокое обращение с детьми и женщинами в семье, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице; – сексуальное, физическое, психическое, экономическое, социальное, правовое, религиозное насилие над подростком или над другим членом семьи;

– унижение и оскорбление человеческого достоинства подростка или другого члена семьи,

– психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, а также разрыв любовных отношений, неразделенная

любовь (особенно первая);

– ранние сексуальные отношения, гомосексуальные отношения, сек суальные извращения, участие в сексиндустрии и производстве порно продукции;

– ранние браки и разводы у подростков;

– низкий социально-экономический статус семьи подростка и/или аморальный асоциальный образ жизни, изоляция семьи; – у подростка высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;

– наличие у подростка друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением;

– мода среди сверстников-подростков на потребление ПАВ, амораль ное, асоциальное поведение;

– окончание школы и поступление в учреждения начального, средне го и высшего профессионального образования;

- ранние вынужденные, особенно нелегальные трудовые отношения у подростков;

– попадание подростка под влияние представителей субкультур, ре лигиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;

– религиозная неопределенность членов семьи и подростка.

**Профилактика среди молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет.**

Ранняя молодость – период социальной и полоролевой идентифика ции. Главными задачами этого возраста являются психологическая и со циальная адаптация к новым социальным ролям, упрочение идентично сти и установление близости. Основными факторами риска развития

наркологических заболеваний в этом возрасте являются. **Психологические:**

– акцентуации характера, инфантилизм;

– агрессия, жестокость, желание постоянно доминировать, безапел ляционность;

– эмоциональная лабильность, импульсивность в принятии решений и деятельности (ориентация на интуицию в принятии решений, быстрое немотивированное переключение с одного вида деятельности на дру гой, частое отсутствие результата деятельности);

14 15

– гедонистическая направленность личности, постоянное стремление к риску, к перемене мест;

– социальная некомпетентность, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;

– несформированность реального представления о будущем, о жиз ненных целях;

– низкая устойчивость к стрессам, низкая работоспособность, сни женная приспособляемость к новым сложным ситуациям, плохая пере носимость конфликтов;

– частые или глубокие конфликты в образовательном учреждении и на работе;

– отсутствие устойчивых увлечений и интересов;

– депрессия, психологические нормативные кризисы, потеря смыслов жизни и стремлений в деятельности.

**Социальные и культурные:**

– участник или жертва акта сексуального, физического, психологиче ского, экономического, социального, правового, религиозного насилия (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образо вательном учреждении, на работе);

– жертва унижения и оскорбления человеческого достоинства; – психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, также разрыв любовных отношений, неразделенная любовь, жертва нападений, разбоев, ранений, инвалидность, утрата тру доспособности;

– гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в сексиндустрии и производстве порнопродукции;

– вынужденные браки, неустроенный быт молодой семьи, быстрые раз воды;

– высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;

– наличие друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением, мода среди сверстников на потребление ПАВ, проявление аморального, асоциального поведения;

– недоступность желаемого профессионального образования, низкий уровень образования;

– попадание молодого человека под влияние представителей суб культур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;

– длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустро

иться после окончания обучения и получения диплома о профессиональ ном образовании;

– непосильное бремя финансовых и материальных кредитов; – бедность, безработица, тяжелый труд, низкая заработная плата; – неподготовленность (физическая, психическая, морально-нрав

ственная) к призыву и прохождению срочной службы в вооруженных си лах и участию в боевых действиях;

– нахождение под следствием, в местах лишения свободы, в плену, в заложниках;

– религиозная неопределенность молодого человека и его окружения; – традиции и политика организации (предприятия), образовательного учреждения и общежития в отношении употребления ПАВ.

**Профилактика среди взрослых работоспособных лиц в возрасте от 25 до 59 лет.**

Главная задача развития в среднем возрасте заключается в выборе между смыслами жизни и стремлениями в деятельности, что внешне проявляется в распространении интересов за пределы собственного «я» на более широкие области идентификации с другими людьми, со всей совокупностью людей в целом и с будущими поколениями. Одной из важных задач среднего возраста является одновременное приспособле

ние к возросшей ответственности за стареющих родителей и обязанно стям по отношению к детям, которые становятся независимыми и взрос лыми. Кризис середины жизни определяется расхождением между стремлениями и целями, поставленными в молодости и отраженными в действительности. Перемены в семейной и профессиональной жизни могут вызвать стресс, если семья и карьера человека развиваются не предсказуемо, если человек вынужден расстаться с партнером, изме нить род занятий под давлением обстоятельств или если теряет работу. Подобные потери могут сопровождаться реакцией горя, выбором само

разрушительных стратегий преодоления кризисных ситуаций. Практическая направленность профилактических действий со взрос лыми лицами работоспособного населения в возрасте от 25 до 59 лет должна учитывать следующие факторы риска.

**Психологические факторы риска:**

– острый и хронический стресс на рабочем месте, в личной и семей ной жизни;

– синдром «эмоционального выгорания» (профессиональная дефор

16 17

мация лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тес но общаться с людьми), выраженный в нарастающем чувстве безразли чия, эмоционального истощения, изнеможения, дегуманизации,

негативного восприятия себя в профессиональной деятельности; – синдром хронической усталости (наиболее часто выражен у жен щин) проявляется в немотивированной выраженной общей слабости, усталости, состоянии переутомления, которые на длительное время вы водят человека из активной повседневной жизни;

– депрессия, психологические нормативные кризисы, «кризис средне го возраста», потеря смыслов в жизни и стремлений в профессиональ ной деятельности;

– проявления состояний созависимости, выраженной в патологиче ской глубокой зависимости от другого человека, поглощенности и силь ной эмоциональной, социальной или даже физической зависимости;

– болезненное осознание собственной глубокой неполноценности (дли тельных хронических заболеваний, ВИЧ, СПИДа, тяжелых травм, инвалид ности);

– болезненное осознание неэффективности жизни и деятельности; – сексуальная невостребованность и несостоятельность, отсутствие любви и уважения в интимных отношениях.

**Социальные и культурные факторы риска:**

– разрыв человека и его окружения с религиозной, национальной и социокультурной идентичностью (войны, природные и техногенные ка таклизмы, беженцы, переселенцы);

– потеря близких людей, семьи, развод;

– имущественные и финансовые потери, непосильное бремя финансо вых и материальных кредитов;

– длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустро иться после потери работы, безработица;

– бедность, тяжелый труд, низкая заработная плата;

– нахождение под следствием и в местах лишения свободы, в плену, в заложниках;

– частые или глубокие конфликты в семье, быту и/или на работе; – проблемы и кризисы карьерного роста, разрушение профессио нальной репутации, признание коллегами профессиональной несостоя тельности и непригодности работника;

– традиции и политика организации (предприятия) в отношении упо требления ПАВ на рабочем месте и месте проживания.

**Профилактика среди лиц 60 лет и старше**

**и вышедших на пенсию.**

Возраст поздней зрелости – это время перехода в систему новых со циальных ролей, а значит, и в новую систему групповых и межличност ных отношений. Осознание и адаптация к происходящим биологическим и социальным изменениям в данном возрасте может быть менее болез ненной, если пожилой человек обладает определенными психологиче скими ресурсами и социальной поддержкой, сохраняет чувство востре бованности и ощущает необходимость своей жизни и деятельности для других. Практическая направленность профилактических действий со взрослыми работоспособными лицами в возрасте от 60 лет и старше и вышедшими на пенсию должна учитывать следующие факторы риска развития наркологических заболеваний.

**Генетические факторы риска:**

– возрастное старение организма;

– возрастные изменения функционирования физиологических и био химических систем.

**Медико-биологические факторы риска:**

– нарастание признаков хронических множественных заболеваний; – нарастающее ухудшение физического и психического здоровья, из нуряющие болевые синдромы.

**Психологические факторы риска:**

– нарастающая социальная некомпетентность, социальная и семей ная невостребованность;

– несоответствие мотиваций возможностям их достижения; – нарастающие признаки снижения памяти и деменции; – нарастающее чувство беспомощности, виктимности, депрессии, апатии;

– нарастающая ригидность установок, снижение контроля над поведе нием;

– резкое снижение или отсутствие устойчивых увлечений; – резкое снижение устойчивости к стрессам;

– снижение приспособляемости к новым сложным ситуациям; – ухудшение вплоть до полного снижения переносимости конфликтов. **Социальные факторы риска:**

– смена статуса – выход на пенсию;

– изменение статуса и роли в семье;

– низкий социально-экономический статус;

18 19

– социальная изоляция и недоступность социальной поддержки; – потеря близких и родных.

В данной возрастной группе удовлетворенность жизнью и привер женность ЗОЖ во многом определяются такими параметрами, как зре лые формы совладающего поведения, чувство принадлежности рефе рентной группе, возможность принятия самостоятельных решений

и востребованность.

**Эффективное взаимодействие субъектов профилактики с медицинскими организациями**

Снижение у населения спроса на психоактивные вещества возможно только благодаря слаженному многоуровневому межведомственному сотрудничеству. Формы взаимодействия субъектов профилактики с ме дицинскими организациями, в частности с наркологическими службами, отражены в следующей таблице.

| **Субъекты**  **профилактики** | **Формы взаимодействия**  **с наркологическими**  **службами и другими медицинскими организациями** |
| --- | --- |
| Органы управления об разованием, общеобра зовательные организа ции и профессиональные  образовательные орга низации, а также обра зовательные  организации высшего образования | Информирование обучающихся и родителей о вреде ПАВ  Обучение навыкам ЗОЖ  Раннее выявление потребителей ПАВ и организации мероприятий медицинской профилактики нарколо гических заболеваний |
| Комиссии по делам несо вершеннолетних и защите их прав, органы по делам семьи и попечительства | Раннее выявление семей, допускающих потребление ПАВ и организации мероприятий медицинской про филактики наркологических заболеваний Социальный патронаж проблемных семей, своевре менная организация мер медицинского характера |

| Предприятия и организа ции работодателей | При проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических меди цинских осмотров (обследований) работников, за нятых на отдельных видах работ, тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными услови ями труда, а также предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров; Организация профилактических мер для лиц с нар кологическими проблемами (диагностика, лечение, реабилитация) |
| --- | --- |
| Социальные службы: ор ганы соцзащиты населе ния, центры поддержки, агентства занятости | Взаимодействие осуществляется в целях создания преемственности и условий для дальнейшей соци альной реабилитации и ресоциализации лиц, отка завшихся от употребления ПАВ |
| Миграционные службы | При выявлении потребителей психотропных веществ среди мигрантов |
| Уголовно-исполнитель ные инспекции | При проведении в отношении осужденного к лише нию свободы, признанного больным наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реа билитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы  Контроль за исполнением решения суда Обеспечение динамического наблюдения и лечения осужденных лиц с наркологическими проблемами |
| Силовые структуры | Профилактическое информирование населения, а также распространение информации об анонимном консультировании, диагностике и лечении, демон страция социальной рекламы антинаркотической направленности.  Медицинское освидетельствование на состояние опьянения граждан, профилактические осмотры призывников в военкоматах, сотрудников правоох ранительных органов.  Межведомственное взаимодействие экспертных лабораторий правоохранительных органов и учреж дений здравоохранения в сфере выявления новых наркотических средств  Эффективный контроль исполнения решений суда в рамках административного судопроизводства для прохождения профилактических мероприятий (ле чение, реабилитация, ресоциализация) |

20 21

| Общественные и религи озные организации | Информирование населения о негативном влиянии ПАВ, проведение совместных профилактических мероприятий (форумов, конференций, «круглых сто лов» и других)  Взаимодействие в сфере комплексной реабилитации наркозависимых и алкоголезависимых лиц |
| --- | --- |

**Мотивационное консультирование и коррекционная работа с представителями групп риска**

В рамках вторичной и третичной профилактики большое значение имеет мотивационное интервью. Учитывая крайне нестабильную моти вацию на отказ от ПАВ у лиц из группы риска или зависимых, мотиваци онная психотерапия представляет большую терапевтическую ценность. При вторичной (селективной) профилактике, ориентированной на лиц, имеющих регулярный опыт проблемного употребления ПАВ без зависи мости, осуществляется воздействие одновременно медицинского, пси холого-педагогического и социального характера. Третичная (модифи кационная) профилактика является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированной зависимо стью от ПАВ. Такая профилактика направлена на предупреждение даль нейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

При работе с представителями группы риска ведущим методом явля ется **мотивационное интервью (МИ)** Это метод, ориентированный на повышение мотивации на изменения, помогает человеку прояснить, вы явить и преодолеть амбивалентное отношение к проблемам, связанным с употреблением ПАВ. Специалисты системы профилактики (педагоги, педагоги-психологи, специалисты по социальной работе, сотрудники правоохранительных органов и другие) могут использовать данный ме тод в работе с представителями группы риска. Данный метод широко используется в медицинской практике врачами психиатрами-нарколога ми, психотерапевтами, клиническими психологами. Зачастую при работе с трудными подростками, лицами склонными к употреблению или имею щими опыт применения ПАВ, специалисты первичной профилактики сталкиваются с проблемой выбора методов, задаются вопросами «Что делать? Как работать с такими людьми?». Многие специалисты «грешат» исключительно директивным методом контроля и наказания такого че

ловека, не используя возможности оказания помощи. В целях преду преждения формирования зависимости очень важно смотивировать че ловека с проблемами потребления психоактивных веществ на изменения в жизни. Мотивационная беседа или интервью является важным этапом

и неотъемлемым методом в дальнейшем лечении и реабилитации. МИ базируется на трех основных элементах:

– сотрудничество между клиентом (пациентом) и специалистом, – продуцирование и выявление присущих клиенту (пациенту) мыслей по поводу необходимого изменения,

– акцентирование автономии (и ответственности) клиента (пациента) в ходе осуществляющихся изменений (Bundy C., 2004).

Основными техниками МИ являются:

**1. Выражение эмпатии** со стороны специалиста является фунда ментом консультирования и подразумевает понимание проблем, пере живаний клиента (пациента), внимательное выслушивание и рефлексию. Отношение специалиста к клиенту без навешивания «ярлыков» создают условия к побуждению к позитивным изменениям.

**2. Установление раппорта**, основанного на доверии, включает уве ренность в профессионализме специалиста, и способствует появлению попыток изменения и достижения стабильных позитивных изменений че ловека с проблемами потребления ПАВ. Помимо этого важно следовать следующим техникам при проведении МИ:

**3. Использование открытых вопросов**, которые способствуют бо лее развернутому диалогу и раскрытию внутренних проблем. **4. Рефлексивное слушание** обеспечивает у потребителя ПАВ фор мирование самомотивирующих формулировкок для изменения устано вок в отношении потребления наркотиков или алкоголя. Используются приемы повтора (ключевых пунктов), перефразирования, акцентирова ния, подведения итогов или суммирования.

**5. Формирование программы изменений**, состоящей из конкрет ных реалистичных планов. Помощь специалиста заключается в коррек ции нереалистичных ожиданий и поддержке клиента (пациента)

**6. Содействие готовности к изменениям**. Определение желания изменений, способности (возможности) и готовности к изменениям, вы явление внутренних барьеров, препятствующих этому – важнейшая, клю чевая часть мотивационного процесса вообще и МИ также.

**7. Извлечение самомотивирующих формулировок**. Данная тех ника, используемая специалистом, не создает нового, не навязывает его, но использует любые возможные средства самого клиента (пациен

22 23

та) и при этом ускоряет (улучшает, закрепляет) изменения. **8. Обнаружение амбивалентности** важная составляющая в тера пии, поскольку амбивалентность присутствует до тех пор, пока сохраня ется опасность возобновления приема психотропных веществ, то есть постоянно. Это важно осознать человеку с проблемами потребления ПАВ при помощи специалиста.

**9. Баланс решений**. Это метод, позволяющий структурировать и ви зуализировать амбивалентные установки пациента по отношению к по треблению психотропных веществ. Технология проста, но эффективно может выполняться при ряде условий: при хорошем контакте и уровне доверия между специалистом и пациентом, при готовности пациента к активности (поскольку роль психотерапевта – только роль фасилитато ра). Навязанные формулировки здесь недопустимы. Используются за полнение матрицы за и против употребления ПАВ, шкалирование по 10-балльной системе каждый из анализируемых «Сценариев будущего» по его пригодности, реализуемости (вероятности), по степени мотивиро ванности пациента на следование данному сценарию.

**10. Информирование**. Несмотря на огромное количество информа ции у многих потребителей ПАВ и зависимых лиц очень сильно искажены представления о последствиях алкоголизма или наркомании, методах коррекции и прогнозе. Потребители ПАВ нуждаются в достоверной ин формации.

**11. Планирование изменений**. Данная техника логично следует из проведенного анализа состояния, «за» и «против» лечения, оценки опас ностей и сложностей пути. Это может быть дискуссия по поводу плана изменений. Необходимо учесть, что планирование изменений должно быть соотнесено с реальными ресурсами человека.

**12. Вычленение приоритетов**. Любому человеку для того чтобы двигаться вперед, необходимы сформулированные, ясные цели. Для па циентов с наркологическими проблемами важно также осознание по следствий сохранения существующего положения дел, четкое понима ние сути происходящего. Кроме того, цели, которые ставит пациент, должны быть его собственными, не навязанными. Цели должны быть: специфическими (подобранными для конкретного пациента, с учетом конкретных жизненных обстоятельств), измеримыми (а потому при пла нировании задаются критерии последующей оценки достижения цели), достижимыми (учитывающими ресурсы пациента), реалистичными (от ражающими умеренный терапевтический оптимизм), лимитированными по времени.

**13. Анализ и акцентирование различий** предполагает анализ различий между status quo и планируемым положением дел. Тем самым улучшается процесс изменения. Кроме того, понимание различий необ ходимо по ходу процесса коррекции, изменения, как профилактика «го ловокружения от успехов».

**14. Поддерживать самоэффективность**. Самоэффективность – концепт, предложенный А. Бандурой,– отражает внутреннюю уверен ность человека в своих возможностях и способностях выполнения дей ствий и является важнейшим условием успешности в деятельности.

Восприятие себя как эффективного, успешного помогает так «организо вать» собственное мышление, чтобы это ощущение самоэффективности сохранялось и в дальнейшем.

**15. Поддержка усилий** состоит в активном использовании вербаль ных формулировок, призванных поддержать усилия пациента. Поскольку цель избавления от зависимости действительно непростая, число уси лий, которые приходится применить пациенту (а также врачу, близким пациенту, другим причастным лицам), существенно. Именно поэтому коррекционная программа обязательно включает процедуры, позволяю щие рефлексировать объем таких усилий, но в позитивном ключе.

**16. Работа с сопротивлением** является одним из ключевых момен тов, поскольку сопротивление очень часто встречается у лиц с нарколо гическими проблемами. Результатом преодоление сопротивления стано вятся позитивные изменения в жизни человека. Жесткое возрастающее

сопротивление клиента или пациента с наркологическими проблемами также является ярким показателем неверной стратегии специалиста. Сопротивление есть сигнал к изменению используемой психотерапевтом стратегии, к смене позиции психотерапевта.

**17. Уклонение от дискуссии**. Главным вопросом МИ является «На сколько пациент готов изменить свое поведение?». Если специалист ак тивно оспаривает позицию наркопотребителя, то последний вынужден защищать ее, искать аргументы в ее пользу и тем самым избегать изме нений. Это противоположно целям МИ, поскольку акцент ставится на аргументах против изменений. Целью МИ является актуализация (и вы слушивание) соображений в отношении возможностей и путей будущих изменений. Поэтому просьба к пациенту (и содействие ответу) описать возможные пути позитивных изменений в разы превосходит по эффек тивности обсуждение темы сложностей и проблем на пути к изменени ям, равно как и пассивное выслушивание советов. Сказанное самим че ловеком оказывает на него особое влияние.

24 25

МИ как высокотехнологичная интервенция может осуществляться с целью коррекции поведения лиц, имеющих проблемы с ПАВ. В зависи мости от стадии готовности пациента к изменениям различаются цели МИ и несколько изменяется набор используемых техник.

Таблица 2. Модификация целей МИ в зависимости от стадии мотивации.

| **Стадии мотивации** | **Цель мотивационного интер вью** |
| --- | --- |
| Стадия предварительных  размышлений | Вызвать сомнения в отсутствии про блем, связанных с употреблением ПАВ, помочь человеку осознать опасности употребления ПАВ через информирование |
| Стадия размышления об изменени ях | Поддержать мысли о возможном изменении поведения, структури ровать ожидаемые изменения |
| Стадия «принятие решений» | Помочь укреплению намерения из менить образ поведения (подклю чить к этому других людей из тера певтической группы, родственников) |
| Стадия действия | Помочь в выборе лучшего из воз можных путей действий в поддер жании трезвого образа жизни и структурировании этих действий |
| Стадия поддержки | Совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники |

**Коррекционная работа с группами риска** предусматривает ис пользование не только индивидуальных форм работы, но и активное ис пользование групповых. В тренингах использование групповой динами ки, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий,

возникающих между участниками группы, включая и психолога, являет ся ведущей. Групповая психокоррекция не является самостоятельным направлением психокоррекции, а представляет лишь специфическую форму, при использовании которой основным инструментом воздей ствия выступает группа клиентов, в отличие от индивидуальной психо коррекции, где таким инструментом является только сам психолог. Пси

хокоррекционная группа – это искусственно созданная малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного нау чения, самораскрытия. Это взаимодействие «здесь и теперь», при кото ром участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте. Коррекционные группы представляют большой терапевтический эффект и являются ос новной формой работы в терапии пациентов наркологического профиля на этапе их медицинской реабилитации.

Участие психологов системы образования, социальной защиты на по стреабилитационном этапе лиц с наркологическими расстройствами обеспечивает их дальнейшую ресоциализацию. Использование психо коррекционных групповых тренингов, индивидуальных сессий, направ ленных на профилактику срыва, решение насущных проблем, эмоцио нальной поддержки обеспечивается специалистами межведомственного взаимодействия.

**Актуальные проблемы в организации профилактики**

На практике большая часть времени уделяется организованным группам населения, а именно школьникам и студентам. Из поля зрения субъектов профилактики очень часто выпадают пенсионеры, дети до школьного возраста, недостаточно внимания уделяется работающему населению. Необходимость проведения профилактической работы в этих группах крайне высока и стоит уделять этому большое внимание.

Также можно отметить, что в информировании недостаточно исполь зуются возможности цифровой профилактики и медийные ресурсы, воз можности интернета. Молодежь и подростки являются активными поль зователями сети интернет, и потому нужно заполнять это пространство

профилактической информацией. Качественная социальная реклама, призывающая население к отказу от потребления ПАВ и формирующая негативное отношение к ним, пропаганда ЗОЖ направлены, прежде все го, на социально активную часть населения (работающее население, мо лодежь) Существует большая потребность в информационной кампании позитивного настроя: нельзя допускать негативно-ориентированную со циальную рекламу о том, что пить и курить плохо. Сконцентрированная на негативе реклама (с демонстрацией шприцов, алкоголя и тд) не спо собствует вовлечению в ЗОЖ людей, а лишь усиливает депрессивный фон. Необходимы продукции с позитивными установками, пропагандиру ющие главные человеческие ценности (семья, любовь, дружба, здоро

26 27

вье) Несмотря на широкий спектр услуг в сфере рекламы, недостаточно качественной антинаркотической социальной продукции, в основном из за высоких цен этих услуг.

В рамках вторичной и третичной профилактики недостаточно слаже на работа по постреабилитационному сопровождению лиц с наркологи ческими проблемами, а именно дальнейшая социальная реабилитация во взаимодействии всех структур. Для решения этой задачи необходимы программы ресоциализации и реадаптации зависимых лиц и потребите лей ПАВ из групп риска.

**Краткий анализ наркологической ситуации**

**в Республике Бурятия по итогам 2014–2016 годов**

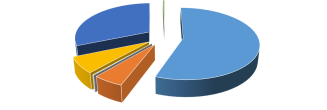
По данным Республиканского наркологического диспансера в Респу блике Бурятия в 2014–2016 годах отмечается следующая наркологиче ская ситуация.

Общая болезненность всеми наркологическими расстройствами (ал когольная, наркотическая, токсикоманическая патологии) с 2014 по 2016 год характеризуется ростом на 7,0%.

За последние три года отмечается устойчивое снижение болезненно сти алкогольными психозами, показатель с 2014 года снизился вдвое с 86,3 на 100000 населения до 41,7. Это чуть выше чем по России в це лом (40,6 на 100000 населения), и по Сибирскому федеральному округу (41,1). А первичная заболеваемость по данной нозологии уменьшилась на 20,4%. В структуре наркологических расстройств по республике, как и по РФ в целом, наибольшее число составляют лица, состоящие на учё те с хроническим алкоголизмом. В 2016 году их число увеличилось на 9,2% по сравнению с 2014 годом.

Болезненность среди лиц с пагубным употреблением алкоголя увели чилось на 15,5% с 2014 года, это свидетельствует об улучшении раннего выявления рискованно пьющих лиц, в первую очередь, во взаимодей ствии с органами опеки и попечительства, социальной защиты, комиссий по делам несовершеннолетних. Прежде всего, в отношении алкоголизи рующихся женщин, имеющих несовершеннолетних детей, осуществляют ся меры медицинского характера (динамическое наблюдение, реабили тация, лечение)

Диаграмма 1. Структура болезненности наркологическими расстрой ствами

27,3%0,4% 

57,7%

8,1%

6,4% 0,2%

хр. алкоголизм с психозом наркомания

токсикомания пагубное потребление алкоголя пагубное потребление наркотиков пагубное потребление ненаркотических ПАВ

Остро стоит проблема женского алкоголизма. За последние 10 лет произошел рост среди женщин с алкогольной патологией на 32%. В% соотношении в 2007 году доля женщин, зарегистрированных с хрониче ским алкоголизмом была 22%, в 2016 году 30%. По стационару доля пролеченных женщин с алкогольным абстинентным синдромом, психоти ческими нарушениями в 2016 году составила 20,8%, в 2007 году 13,6%. За последние годы произошел рост болезненности алкоголизмом среди женщин в возрасте 20–24 лет на 45,2%, в возрасте 30–39 лет на 33%, 40–54 лет на 72%, 55–59 лет – 33,8%, в 3 и более раз рост среди женщин старше 60 лет. Налицо «омоложение» алкоголизма среди женщин. Прак тически во всех возрастных группах произошел рост, но это, конечно же, обусловлено повышением обращаемости за медицинской помощью, улучшением кадрового потенциала наркологической службы, улучшени ем взаимодействия с органами опеки, соцзащиты населения. Но, тем не менее, вызывает озабоченность проблема женского алкоголизма. Необ ходимо дальнейшее развитие межведомственных связей в рамках вто ричного и третичного профилактического вмешательства (то есть лече ние и реабилитация как в амбулаторных, так и в стационарных условиях)

Доля наркозависимых и потребителей наркотиков среди зарегистри рованных составляет 33,7% от общего числа состоящих на учете. Среди наркозависимых – это прежде всего опийные наркоманы (зависимые от

28 29

героина, дезоморфина и других), на втором месте зависимые от канна бисных наркотиков. Группу лиц с так называемым пагубным потреблени ем наркотиков 95% составляют потребители каннабиноидов. В респу блике с высоким уровнем произрастания конопли данная проблема

крайне актуальна. Бытует ошибочное мнение, что препараты конопли не формируют зависимость. Однако среди пациентов с синдромом зависи мости 30% составляют лица именно с гашишной наркоманией и имею щие все признаки зависимости.

В связи с появлением новых видов наркотиков меняется наркоситуа ция в регионе и стране в целом. Прогнозируется изменения в структуре потребления наркотиков, все больше выявляются потребители новых синтетических наркотиков «спайсов, солей». Ежегодно регистрируется рост потребителей новых синтетических наркотиков.

Среди несовершеннолетних динамика следующая: общее снижение болезненности наркологическими расстройствами на 24%. Профилакти ческий учет – дело добровольное. В связи с этим у родителей нет заин тересованности в постановке на наркологический учет своего ребенка. По итогам 2016 года всего состоит на учете 127 человек, из них в связи с употреблением наркотиков – 70, с потреблением алкоголя – 36 чело век, потреблением токсикоманических веществ – 21. Возраст потребите лей алкоголя, наркотиков и токсикоманических средств – от 7 лет и 18 лет. Стоит отметить, что известны случаи потребления новых синте тических наркотиков «спайсов, солей» несовершеннолетними.

**Полезные интернет-ресурсы**

Специалистам большую помощь окажут ведущие федеральные ре сурсы в данной области: https://www.rosminzdrav.ru/ – Министерство здравоохранения Российской Федерации.

http://www.takzdorovo.ru – Takzdorovo.ru – официальный ресурс про граммы «Здоровая Россия», создан в 2013 г. Министерством здравоох ранения Российской Федерации.

http://ligazn.ru/ – официальный ресурс Общероссийской обществен ной организации «Лига здоровья нации» создан в 2003 г. при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, политических движений, представителей государственной власти, общественных орга низаций, деятелей науки и культуры России.

http://www.nncn.ru – официальный ресурс Научно-исследовательско го института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербско го» Минздрава России.

http://narcologos.ru – официальный ресурс ГБУЗ города Москвы «Мо сковский научно-практический центр наркологии Департамента здраво охранения города Москвы».

http://r-n-l.ru – Общероссийская общественная организация «Россий ская наркологическая лига»

http://narkotiki.ru – официальный информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам» создан в 2001 г. при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ.

http://ria.ru/beznarko\_news – официальный информационно-публици стический ресурс. Проект РИА-Новости при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ

http://элуур.рф – мультимедийный профилактический сайт Республи канского наркологического диспансера. Создан в 2012 году сайт «Элуур» является хорошим ресурсом для всех субъектов профилактики, специа листы могут использовать видеоматериалы, статьи по пропаганде ЗОЖ, профилактике наркомании и других видов аддикций.

http://rndbur.ru/ – официальный интернет-сайт Республиканского нар кологического диспансера, где можно ознакомиться с новостями в сфе ре профилактики и мероприятиями, проводимыми наркологической службой.

30 31

**Содержание**

Определение понятий, цели и задачи профилактики

наркологических расстройств ...........……………………………………….……………… 3

Основные направления и мероприятия

профилактики наркологических расстройств ………………………….………...... 4 Субъекты и объекты профилактики ………………………………………….…............. 9

Учет факторов риска при профилактической работе

с дифференцированными группами населения ……………………….……......... 10

Эффективное взаимодействие субъектов профилактики

с медицинскими организациями ………………................……………………………… 20

Мотивационное консультирование и коррекционная

работа с представителями групп риска ……...……………………….……………… 22 Актуальные проблемы в организации профилактики ………………………. 27

Краткий анализ наркологической ситуации

в Республике Бурятия по итогам 2014–2016 годов ....…………...………… 28 32

