

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

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 профилактики, медицинский психолог ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ

Михайлова Зинаида Базаровна, председатель правления БРО РБФ «Нет алкоголизму и наркомании», заведующая отделом межведомственных и внешних связей ГБУЗ «Городской центр медицинской профилактики» МЗ РБ.

Данная брошюра предназначена для всех заинтересованных специалистов сферы первичной профилактики наркологических заболеваний. В рекомендациях специалистам раскрыты основные понятия, принципы, направления и эффективные формы профилактической работы. Субъектами профилактики могут быть использованы рекомендации в построении системы комплексной программы как на уровне отдельной организации (образовательной, социальной или иной), так и на уровне муниципального образования.

Брошюра составлена на основе клинических рекомендаций по медицинской профилактике наркологических заболеваний, разработанных коллективом авторов специалистов федеральных научных центров в области наркологии (г. Москва, 2015 год)

Определение понятий, цели и задачи профилактики наркологических заболеваний

С каждым годом повышаются требования к организации профилактической деятельности, особенно к профилактике наркологических заболеваний. Само понятие «профилактика» подразумевает организацию комплекса мероприятий, направленных на предупреждение возникновения 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) реализуется либо самостоятельно организацией (медицинской, образовательной или другой), либо совместными усилиями внутриведомственного 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, наркотические средства, психотропные вещества, токсикоманические средства.

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, социальных, педагогических и медико-биологических практик. В этом направлении активно используется формат информирования населения с учетом индивидуальных особенностей аудитории (возраста, пола) Помимо информирования к мероприятиям первичной профилактики относится раннее выявление потребителей ПАВ, которое осуществляется, прежде всего, медицинскими работниками в активном взаимодействии с педагогами, специалистами по социальной работе, инспекторами подразделений по делам несовершеннолетних, другими правоохранительными 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 избирательной превентивной группе и направлена на лиц, имеющих опыт потребления различных психоактивных веществ (потребители ПАВ, риско-

ванно пьющие). Носит специфический характер работы. Прежде всего, работа с группами риска из разных возрастных и социальных слоев населения, нацеленная на преодоление у населения факторов риска связанных с потреблением наркотиков, алкоголя, табака и других. Мероприятия вторичной профилактики проводятся с помощью мер медицинского характера (диагностические осмотры, тестирование, консультирование врачей и медицинских психологов) и с применением психокоррекционных, педагогических практик. Основная задача недопущение формирования зависимости и усугубления последствий употребления ПАВ.

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

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

Достижение главной цели осуществляется путем решения следующих конкретных задач:

1. Повышение уровня осведомленности населения о негативных последствиях употребления ПАВ;
2. Пропаганда здорового образа жизни и формирование навыков ЗОЖ;
3. Формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее 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 относятся информирование населения о вреде употребления психоактивных веществ, 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 информации о вреде этих веществ и широкая пропаганда их. «Алкогольные традиции», распространение наркотиков и насаждение их в молодежной среде – все это способствуют формированию искаженных установок и поведенческим стереотипам. Вторая проблема – отсутствие личной ответственности за собственное поведение. В целях предупреждения формирования зависимостей и коррекции нарушений проводятся информационные, обучающие мероприятия и исследования по раннему выявлению.

Информирование является важной составляющей всей профилактической работы. Именно в формате информирования различных групп населения проводятся все мероприятия превентивного характера. К ним относятся лекции, беседы, доклады, разработка средств наглядной агитации, 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 различных изданий
2. Видеосайты обмена, различные блоги
3. Использование популярных социальных сетей и мессенджеров
4. Создание качественной социальной рекламы, направленной на отказ от употребления психоактивных веществ и пропаганду ЗОЖ (видео, аудио, наружная реклама и другие).

В информировании важно руководствоваться основными **принципами:**

- необходимо рассматривать только один фактор риска возникновения наркологических заболеваний;
- изложение тяжелых и трагических последствий приема ПАВ должно быть встроено в первую половину профилактического мероприятия и занимать не более четверти времени, отведенного на беседу (встречу, лекцию и т.д.);
- беседа должна иметь положительный жизнеутверждающий настрой, особенно в конце;

- предлагать однозначный, логичный и понятный вывод о несовместимости жизни, учебы, работы с приемом ПАВ;
- информация должна быть ориентирована на отдельно взятую целевую аудиторию и излагаться в доступной для данной аудитории форме;
- качественный подбор информации и доводимых до сведения населения фактов должен производиться специалистами в этой области (наркологами, психологами, социальными работниками, представителями правоохранительных органов и т.д.).

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

Эффективное информирование населения способствует формированию негативного отношения в обществе к употреблению ПАВ.

Результатом **обучающих программ** являются формирование у населения жизненных навыков: активного неприятия и отказа от потребления ПАВ; противостояния потреблению ПАВ, особенно в ситуации потребления; 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 наркологических расстройств;
- понимание подходов профилактических вмешательств, реализации и оценки эффективности программ профилактики наркологических расстройств;
- изучение нормативной правовой базы профилактики наркологических заболеваний;
- овладение профилактическими методами.

Методическая помощь врачей наркологов, врачей по медицинской профилактике крайне важна в разработке обучающих программ.

Раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества предусматривает медицинские осмотры среди обучающихся образова-

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

Среди обучающихся образовательных организаций ранее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ осуществляется в соответствии с Федеральным законом Российской 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 психотропных веществ» и включает следующие мероприятия:

1) социально-психологическое тестирование обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования; Первый этап проводится силами органов управления образования и учреждений образования. Проводится с использованием опросника по выявлению склонности к отклоняющемуся поведению. На основе результатов социально-психологического тестирования наркологической службой определяется список образовательных организаций, участвующих в профилактических медицинских осмотрах.

2) профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования.

Второй этап проводится силами органов управления здравоохранения и наркологическими службами. Медицинские осмотры в свою очередь проводятся в 4 этапа:

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

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

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

IV этап – разъяснение результатов обучающемуся и законным представителям. Сведения о результатах профилактического медицинского осмотра вносятся психиатром-наркологом в медицинскую документацию обучающегося (в историю развития ребенка – в отношении несовершеннолетних обучающихся, в медицинскую карту амбулаторного больного – в отношении совершеннолетних обучающихся). При получении положительных результатов подтверждающих ХТИ врач психиатр-нарколог разъясняет обучающемуся результаты проведенного медицинского осмотра и направляет его в специализированную медицинскую организацию, оказывающую специализированную наркологическую помощь (при наличии письменного информированного согласия).

Профилактические медицинские осмотры проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста 13 лет, при условии наличия добровольного информированного согласия в письменной форме от обучающегося, достигшего возраста 15 лет, либо одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста 15 лет. Согласно законодательной базе, социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры проходят добровольно.

Кроме этого, в целях раннего выявления потребителей психоактивных веществ наркологами проводятся следующие виды медицинских осмотров среди разных категорий граждан:

1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, или соответствия учащегося требованиям к обучению;

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

работников, учащихся. Осмотр способствует своевременному выявлению начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков 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 работ, продолжению учебы;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического 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 рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного,

наркотического или иного токсического опьянения.

Субъекты и объекты профилактики

В профилактической деятельности участвуют все органы государственной исполнительной власти, органы местного самоуправления муниципальных образований, в том числе органы здравоохранения, образования, 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 которое ориентированы профилактические мероприятия. Группы населения, подразделяющиеся по возрасту, полу или каким-то социальным критериям 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, женщины фертильного возраста**»

«60 лет и старше, пенсионеры»

В зависимости от сферы деятельности специалисты по профилактике должны работать в тесной взаимосвязи друг с другом: педагоги, психологи, медицинские работники, специалисты по социальной работе, по молодежной политике, инспекторы ПНД, КДНиЗП. В рамках межведомственного взаимодействия необходимо разрабатывать конкретные программы для работы с дифференцированными группами населения с учетом 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 необходимо также учитывать характерные для них факторы риска употребления ПАВ и формирования наркологических расстройств.

Выделяют **макросоциальные и микросоциальные факторы риска**. **Макросоциальные факторы риска:** доступность табака, алкоголя, наркотиков и других ПАВ, ухудшение социально-экономической ситуации

в регионе, ценностный плюрализм, мода на употребление психотропных веществ, степень правовой и моральной ответственности за их потребление, традиции общества.

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

Выделяют также **биофизиологические факторы риска:** генетическая предрасположенность, отягощенная наследственность, отклонения в развитии, органические поражения головного мозга, хронические соматические 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 специфических расстройств личности, эмоциональные расстройства и расстройства 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 алкоголизму, 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 отягощенность, 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 поражения центральной нервной системы; отклонения в психофизическом развитии ребенка; низкая масса тела новорожденного; искусственное вскармливание; отклонения в развитии слуха и зрения; лицевые аномалии развития; отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни.

Психологические факторы риска у ребенка: нарушение у ребенка эмоциональной привязанности к родителям и лицам, их замещающим; отставание ребенка в когнитивном и эмоциональном развитии (речевые навыки, навыки саморегуляции, контроля эмоций, снижение обучаемости); проблемы с памятью, вниманием, проблемы в обучении бытовым и игровым навыкам, проблемы с послушанием. Такие дети могут нуждаться в учреждениях специального типа, логопедах и воспитателях специальной подготовки; дети с нарушениями в формировании мотивационной системы нуждаются в постоянной психолого-социальной 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 отношений (деструктивные отношения в семье).

Социальные факторы риска:

– жестокое обращение с ребенком и женщинами в семье;

– низкий социально-экономический статус семьи и/или криминальный, социально опасный район проживания семьи родителей или опекунов;

– недоступность для семьи социальной поддержки, социальная изоляция 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, адаптация ребенка к повторному браку родителя, адаптация ребенка к замещающей 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 курении ребенка.

Психологические факторы риска: школьная дезадаптация, неполноценность навыков обучения, дети могут нуждаться в школах коррекционного типа и педагогах коррекционных школ; отставание детей в когнитивном и эмоциональном развитии; неполноценность у детей коммуникативных навыков (недифференцированное межличностное общение, конфликты со сверстниками и значимыми взрослыми); у ребенка частые проявления агрессии, обиды, состояния эмоциональной амбивалентности, эмоциональная лабильность; импульсивность (ребенок отвечает спонтанно, не дослушав вопросы, в играх и в других ситуациях не может дождаться своей очереди при общении, участии в игре, постоянно во время беседы, занятий или игр пристает к окружающим); у ребенка и у членов семьи неадекватная самооценка, проявление паттернов аморального, асоциального поведения; нарушение детско-родительских отношений, неудовлетворенность ребенка в отношениях с родителями (доминирующие или попустительские стили воспитания, нереалистические ожидания родителей в отношении развития ребенка, деструктивная семья, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя); гедонистическая 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, социальное, религиозное насилие взрослых над ребенком или над другим членом семьи;

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

– психотравма: утрата близких родственников или близких людей;

– низкий социально-экономический статус семьи ребенка и/или аморальный асоциальный образ жизни семьи, изоляция семьи;

– доступность психотропных веществ в семье, на улице, в образовательном учреждении, в учреждениях досуга и спорта;

– наличие у ребенка и семьи друзей, употребляющих ПАВ;

– недоступность для семьи и ребенка адекватной социальной поддержки;

– 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 асоциальному, аморальному поведению;

– в окружении семьи или ребенка мода на потребление ПАВ и асоциальное, 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, обуславливают такие особенности поведения подростков, как:

– ориентация на мнение референтной группы;

– колебания настроения;

– высокая поведенческая активность;

– неустойчивая самооценка;

– беспепелляция суждений, максимализм;

– нарочитая грубость и демонстративная развязность;

– озабоченность сексуальной сферой отношений;

– некритичное восприятие лидера (кумира).

При работе с подростками 10–17 лет и их семьями должны учитываться следующие факторы риска развития наркологических расстройств:

Генетические факторы риска:

Генетическая предрасположенность к возникновению наркологических заболеваний в пубертатном периоде проявляется в патологическом поведении «трудного подростка» с преобладанием признаков психического инфантилизма. Также генетическая предрасположенность в подростковом возрасте выражается в раннем курении и злоупотреблении алкоголем.

Психологические факторы риска:

- акцентуации характера, инфантилизм у подростка;
- частые проявления у подростка и членов семьи агрессии, жестокости, обиды, эмоциональная лабильность;
- импульсивность (совершение необдуманных действий, торопливо, наспех, перебивая и прерывая других, трудности с удержанием продолжительных или постоянных интересов в учебе и досуге);
- гедонистическая направленность личности подростка и членов семьи;
- у подростка плохая успеваемость, низкая самодисциплина и самоорганизованность, проблемы с выполнением самостоятельной работы в учебной и внеучебной деятельности;
- социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у подростков и членов родительской семьи;
- нарушение детско-родительских отношений (стили воспитания, нереалистические ожидания в отношении развития ребенка, развод родителей, 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, сексуальные извращения, участие в секс-индустрии и производстве порнопродукции;
- 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, аморальное, асоциальное поведение;
- окончание школы и поступление в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования;
- ранние вынужденные, особенно нелегальные трудовые отношения у подростков;
- попадание подростка под влияние представителей субкультур, религиозных 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 идентификации. Главными задачами этого возраста являются психологическая и социальная адаптация к новым социальным ролям, упрочение идентичности и установление близости. Основными факторами риска развития наркологических заболеваний в этом возрасте являются.

Психологические:

- акцентуации характера, инфантилизм;
- агрессия, жестокость, желание постоянно доминировать, безапелляционность;
- эмоциональная лабильность, импульсивность в принятии решений и деятельности (ориентация на интуицию в принятии решений, быстрое немотивированное переключение с одного вида деятельности на другой, частое отсутствие результата деятельности);

- гедонистическая направленность личности, постоянное стремление к риску, к перемене мест;
- социальная некомпетентность, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;
- несформированность реального представления о будущем, о жизненных целях;
- низкая устойчивость к стрессам, низкая работоспособность, сниженная приспособляемость к новым сложным ситуациям, плохая переносимость 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, психологического, экономического, социального, правового, религиозного насилия (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном 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 трудоспособности;
- гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в сексиндустрии и производстве порнопродукции;
- вынужденные браки, неустроенный быт молодой семьи, быстрые разводы;
- 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 субкультур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;
- длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустро-

иться после окончания обучения и получения диплома о профессиональном образовании;

- непосильное бремя финансовых и материальных кредитов;
- бедность, безработица, тяжелый труд, низкая заработная плата;
- неподготовленность (физическая, психическая, морально-нравственная) к призыву и прохождению срочной службы в вооруженных силах 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 приспособление к возросшей ответственности за стареющих родителей и обязанностям по отношению к детям, которые становятся независимыми и взрослыми. 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 непредсказуемо, если человек вынужден расстаться с партнером, изменить род занятий под давлением обстоятельств или если теряет работу. Подобные потери могут сопровождаться реакцией горя, выбором саморазрушительных стратегий преодоления кризисных ситуаций.

Практическая направленность профилактических действий со взрослыми 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 семейной жизни;
- синдром «эмоционального выгорания» (профессиональная дефор-

мация лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми), выраженный в нарастающем чувстве безразличия, эмоционального истощения, изнеможения, дегуманизации, негативного восприятия себя в профессиональной деятельности;

– синдром хронической усталости (наиболее часто выражен у женщин) проявляется в немотивированной выраженной общей слабости, усталости, состоянии переутомления, которые на длительное время выводят человека из активной повседневной жизни;

– депрессия, психологические нормативные кризисы, «кризис среднего возраста», потеря смыслов в жизни и стремлений в профессиональной деятельности;

– проявления состояний созависимости, выраженной в патологической глубокой зависимости от другого человека, поглощенности и сильной эмоциональной, социальной или даже физической зависимости;

– болезненное осознание собственной глубокой неполноценности (длительных хронических заболеваний, ВИЧ, СПИДа, тяжелых травм, инвалидности);

– болезненное осознание неэффективности жизни и деятельности;

– сексуальная не востребованность 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 катастрофы, беженцы, переселенцы);

– потеря близких людей, семьи, развод;

– имущественные и финансовые потери, непосильное бремя финансовых и материальных кредитов;

– длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустроиться 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 профессиональной репутации, признание коллегами профессиональной несостоятельности и непригодности работника;

– традиции и политика организации (предприятия) в отношении употребления 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 социальных ролей, а значит, и в новую систему групповых и межличностных отношений. Осознание и адаптация к происходящим биологическим и социальным изменениям в данном возрасте может быть менее болезненной, если пожилой человек обладает определенными психологическими ресурсами и социальной поддержкой, сохраняет чувство востребованности 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 биохимических систем.

Медико-биологические факторы риска:

– нарастание признаков хронических множественных заболеваний;

– нарастающее ухудшение физического и психического здоровья, изнуряющие болевые синдромы.

Психологические факторы риска:

– нарастающая социальная некомпетентность, социальная и семейная не востребованность;

– несоответствие мотиваций возможностям их достижения;

– нарастающие признаки снижения памяти и деменции;

– нарастающее чувство беспомощности, виктимности, депрессии, апатии;

– нарастающая ригидность установок, снижение контроля над поведением;

– 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;

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

В данной возрастной группе удовлетворенность жизнью и приверженность ЗОЖ во многом определяются такими параметрами, как зрелые формы совладающего поведения, чувство принадлежности референтной 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 медицинскими организациями, в частности с наркологическими службами, отражены в следующей таблице.

Субъекты профилактики	Формы взаимодействия с наркологическими службами и другими медицинскими организациями
Органы управления образованием, общеобразовательные организации и профессиональные образовательные организации, а также образовательные организации высшего образования	Информирование обучающихся и родителей о вреде ПАВ Обучение навыкам ЗОЖ Раннее выявление потребителей ПАВ и организации мероприятий медицинской профилактики наркологических заболеваний
Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы по делам семьи и попечительства	Раннее выявление семей, допускающих потребление ПАВ и организации мероприятий медицинской профилактики наркологических заболеваний Социальный патронаж проблемных семей, своевременная организация мер медицинского характера

Предприятия и организации работодателей	При проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на отдельных видах работ, тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров; Организация профилактических мер для лиц с наркологическими проблемами (диагностика, лечение, реабилитация)
Социальные службы: органы соцзащиты населения, центры поддержки, агентства занятости	Взаимодействие осуществляется в целях создания преимущества и условий для дальнейшей социальной реабилитации и ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления ПАВ
Миграционные службы	При выявлении потребителей психотропных веществ среди мигрантов
Уголовно-исполнительные инспекции	При проведении в отношении осужденного к лишению свободы, признанного больным наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реабилитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы Контроль за исполнением решения суда Обеспечение динамического наблюдения и лечения осужденных лиц с наркологическими проблемами
Силловые структуры	Профилактическое информирование населения, а также распространение информации об анонимном консультировании, диагностике и лечении, демонстрация социальной рекламы антинаркотической направленности. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения граждан, профилактические осмотры призывников в военкоматах, сотрудников правоохранительных органов. Межведомственное взаимодействие экспертных лабораторий правоохранительных органов и учреждений здравоохранения в сфере выявления новых наркотических средств Эффективный контроль исполнения решений суда в рамках административного судопроизводства для прохождения профилактических мероприятий (лечение, реабилитация, ресоциализация)

Общественные и религиозные организации

Информирование населения о негативном влиянии ПАВ, проведение совместных профилактических мероприятий (форумов, конференций, «круглых столов» 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 мотивацию на отказ от ПАВ у лиц из группы риска или зависимых, мотивационная психотерапия представляет большую терапевтическую ценность. При вторичной (селективной) профилактике, ориентированной на лиц, имеющих регулярный опыт проблемного употребления ПАВ без зависимости, осуществляется воздействие одновременно медицинского, психолого-педагогического и социального характера. Третичная (модификационная) профилактика является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированной зависимостью от ПАВ. Такая профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

При работе с представителями группы риска ведущим методом является **мотивационное интервью (МИ)**. Это метод, ориентированный на повышение мотивации на изменения, помогает человеку прояснить, выявить 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 метод в работе с представителями группы риска. Данный метод широко используется в медицинской практике врачами психиатрами-наркологами, психотерапевтами, клиническими психологами. Зачастую при работе с трудными подростками, лицами склонными к употреблению или имеющими 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 предупреждения формирования зависимости очень важно смотивировать человека 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 С., 2004).

Основными техниками МИ являются:

1. Выражение эмпатии со стороны специалиста является фундаментом консультирования и подразумевает понимание проблем, переживаний клиента (пациента), внимательное выслушивание и рефлекссию. Отношение специалиста к клиенту без навешивания «ярлыков» создают условия к побуждению к позитивным изменениям.

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

3. Использование открытых вопросов, которые способствуют более развернутому диалогу и раскрытию внутренних проблем.

4. Рефлексивное слушание обеспечивает у потребителя ПАВ формирование самомотивирующих формулировок для изменения установок в отношении потребления наркотиков или алкоголя. Используются приемы повтора (ключевых пунктов), перефразирования, акцентирования, подведения итогов или суммирования.

5. Формирование программы изменений, состоящей из конкретных реалистичных планов. Помощь специалиста заключается в коррекции нереалистичных ожиданий и поддержке клиента (пациента)

6. Содействие готовности к изменениям. Определение желаний изменений, способности (возможности) и готовности к изменениям, выявление внутренних барьеров, препятствующих этому – важнейшая, ключевая часть мотивационного процесса вообще и МИ также.

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

та) и при этом ускоряет (улучшает, закрепляет) изменения.

8. Обнаружение амбивалентности важная составляющая в терапии, поскольку амбивалентность присутствует до тех пор, пока сохраняется 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 визуализировать амбивалентные установки пациента по отношению к потреблению 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 фасилитатора). Навязанные формулировки здесь недопустимы. Используются заполнение матрицы за и против употребления ПАВ, шкалирование по 10-балльной системе каждый из анализируемых «Сценариев будущего» по его пригодности, реализуемости (вероятности), по степени мотивированности пациента на следование данному сценарию.

10. Информирование. Несмотря на огромное количество информации 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 информации.

11. Планирование изменений. Данная техника логично следует из проведенного анализа состояния, «за» и «против» лечения, оценки опасностей 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 пациентов с наркологическими проблемами важно также осознание последствий сохранения существующего положения дел, четкое понимание 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 планировании задаются критерии последующей оценки достижения цели), достижимыми (учитывающими ресурсы пациента), реалистичными (отражающими 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 необходимо по ходу процесса коррекции, изменения, как профилактика «головокружения от успехов».

14. Поддерживать самоэффективность. Самоэффективность – концепт, предложенный А. Бандурой, – отражает внутреннюю уверенность человека в своих возможностях и способностях выполнения действий и является важнейшим условием успешности в деятельности. Восприятие себя как эффективного, успешного помогает так «организовать» собственное мышление, чтобы это ощущение самоэффективности сохранялось и в дальнейшем.

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

16. Работа с сопротивлением является одним из ключевых моментов, поскольку сопротивление очень часто встречается у лиц с наркологическими проблемами. Результатом преодоления сопротивления становятся 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 «Насколько пациент готов изменить свое поведение?». Если специалист активно оспаривает позицию наркопотребителя, то последний вынужден защищать ее, искать аргументы в ее пользу и тем самым избегать изменений. Это противоположно целям МИ, поскольку акцент ставится на аргументах против изменений. Целью МИ является актуализация (и выслушивание) соображений в отношении возможностей и путей будущих изменений. Поэтому просьба к пациенту (и содействие ответу) описать возможные пути позитивных изменений в разы превосходит по эффективности обсуждение темы сложностей и проблем на пути к изменениям, равно как и пассивное выслушивание советов. Сказанное самим человеком оказывает на него особое влияние.

МИ как высокотехнологичная интервенция может осуществляться с целью коррекции поведения лиц, имеющих проблемы с ПАВ. В зависимости 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 проблем, связанных с употреблением ПАВ, помочь человеку осознать опасности употребления ПАВ через информирование
Стадия размышления об изменениях	Поддерживать мысли о возможном изменении поведения, структурировать ожидаемые изменения
Стадия «принятие решений»	Помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия действия	Помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий
Стадия поддержки	Совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники

Коррекционная работа с группами риска предусматривает использование не только индивидуальных форм работы, но и активное использование групповых. В тренингах использование групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и психолога, является ведущей. Групповая психокоррекция не является самостоятельным направлением психокоррекции, а представляет лишь специфическую форму, при использовании которой основным инструментом воздействия выступает группа клиентов, в отличие от индивидуальной психокоррекции, где таким инструментом является только сам психолог. Пси-

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

Участие психологов системы образования, социальной защиты на постреабилитационном этапе лиц с наркологическими расстройствами обеспечивает их дальнейшую ресоциализацию. Использование психокоррекционных групповых тренингов, индивидуальных сессий, направленных на профилактику срыва, решение насущных проблем, эмоциональной 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 дошкольного 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 используются возможности цифровой профилактики и медийные ресурсы, возможности интернета. Молодежь и подростки являются активными пользователями 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 всего, на социально активную часть населения (работающее население, молодежь) Существует большая потребность в информационной кампании позитивного настроя: нельзя допускать негативно-ориентированную социальную рекламу о том, что пить и курить плохо. Сконцентрированная на негативе реклама (с демонстрацией шприцов, алкоголя и тд) не способствует вовлечению в ЗОЖ людей, а лишь усиливает депрессивный фон. Необходимы продукции с позитивными установками, пропагандирующие главные человеческие ценности (семья, любовь, дружба, здоро-

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 слажена работа по постреабилитационному сопровождению лиц с наркологическими проблемами, а именно дальнейшая социальная реабилитация во взаимодействии всех структур. Для решения этой задачи необходимы программы ресоциализации и реадaptации зависимых лиц и потребителей ПАВ из групп риска.

Краткий анализ наркологической ситуации в Республике Бурятия по итогам 2014–2016 годов

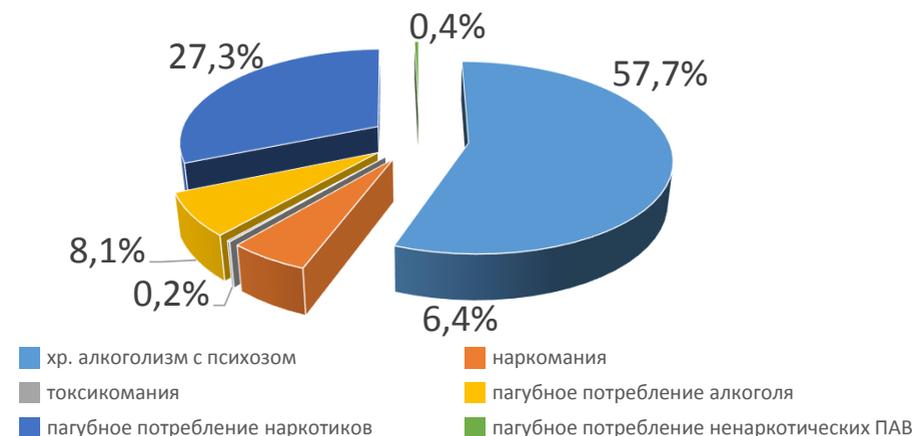
По данным Республиканского наркологического диспансера в Республике Бурятия в 2014–2016 годах отмечается следующая наркологическая ситуация.

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

За последние три года отмечается устойчивое снижение болезненности алкогольными психозами, показатель с 2014 года снизился вдвое с 86,3 на 100 000 населения до 41,7. Это чуть выше чем по России в целом (40,6 на 100 000 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 учёте с хроническим алкоголизмом. В 2016 году их число увеличилось на 9,2% по сравнению с 2014 годом.

Болезненность среди лиц с пагубным употреблением алкоголя увеличилась на 15,5% с 2014 года, это свидетельствует об улучшении раннего выявления рискованно пьющих лиц, в первую очередь, во взаимодействии с органами опеки и попечительства, социальной защиты, комиссий по делам несовершеннолетних. Прежде всего, в отношении алкоголизирующихся женщин, имеющих несовершеннолетних детей, осуществляются меры медицинского характера (динамическое наблюдение, реабилитация, лечение)

Диаграмма 1. Структура болезненности наркологическими расстройствами



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 хроническим алкоголизмом была 22%, в 2016 году 30%. По стационару доля пролеченных женщин с алкогольным абстинентным синдромом, психотическими 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. Практически во всех возрастных группах произошел рост, но это, конечно же, обусловлено повышением обращаемости за медицинской помощью, улучшением кадрового потенциала наркологической службы, улучшением взаимодействия с органами опеки, соцзащиты населения. Но, тем не менее, вызывает озабоченность проблема женского алкоголизма. Необходимо дальнейшее развитие межведомственных связей в рамках вторичного и третичного профилактического вмешательства (то есть лечение и реабилитация как в амбулаторных, так и в стационарных условиях)

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

героина, дезоморфина и других), на втором месте зависимые от каннабисных наркотиков. Группу лиц с так называемым пагубным потреблением наркотиков 95% составляют потребители каннабиноидов. В республике с высоким уровнем произрастания конопли данная проблема крайне актуальна. Бытует ошибочное мнение, что препараты конопли не формируют зависимость. Однако среди пациентов с синдромом зависимости 30% составляют лица именно с гашишной наркоманией и имеющие все признаки зависимости.

В связи с появлением новых видов наркотиков меняется наркоситуация 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%. Профилактический учет – дело добровольное. В связи с этим у родителей нет заинтересованности 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 человек, потреблением токсикоманических веществ – 21. Возраст потребителей алкоголя, наркотиков и токсикоманических средств – от 7 лет и 18 лет. Стоит отметить, что известны случаи потребления новых синтетических наркотиков «спайсов, солей» несовершеннолетними.

Полезные интернет-ресурсы

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

<http://www.takzdorovo.ru> – Takzdorovo.ru – официальный ресурс программы «Здоровая Россия», создан в 2013 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

<http://www.nncsp.ru> – официальный ресурс Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

<http://narcologos.ru> – официальный ресурс ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

<http://r-n-l.ru> – Общероссийская общественная организация «Российская 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-публицистический ресурс. Проект РИА-Новости при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ

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

<http://rndbur.ru/> – официальный интернет-сайт Республиканского наркологического диспансера, где можно ознакомиться с новостями в сфере профилактики и мероприятиями, проводимыми наркологической службой.

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

