

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XXII**

**№ 4**

**2016**

**Москва – Павлодар**

---

---

---

---

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Главный редактор** профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;  
**Главный редактор** профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;  
доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Д.Е. Аяганова (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Рессинский; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); А.Е. Кожахметов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.**

**выдано Министерством культуры и информации**

**Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано**

**Министерством Российской Федерации по делам печати,**

**телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Журнал основан в 1995 году**

**Периодичность: ежеквартально**

**Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753**

**Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200**

**Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93**

**E-mail: neovitae@mail.ru**

---

---

---

---

# **ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

<i>Всемирная организация здравоохранения</i>	
Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг. (сокращённый вариант)	5-40

### **ПСИХОТЕРАПИЯ**

**РГКП  
«Республиканский  
научно-практический  
центр медико-  
социальных проблем  
наркомании»**

<i>Бикетова Л.А., Исакова И.Р.</i>	
Проведение психокоррекционной работы среди уча- щихся 12-13 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации)	41-59

### **НАРКОЛОГИЯ**

**Том XXII  
№ 4  
2016 год**

<i>Пак Т.В.</i>	
Практические аспекты мотивационного интервьюи- рования лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами	60-66

**выходит  
4 раза в год**

*Библиография к журналу «Вопросы ментальной ме-  
дицины и экологии» за 2016 год*

67-68

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY

## I ECOLOGII

**FOUNDERS:**

## TABLE OF CONTENTS

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

**RPSE  
«Republican Research-  
and-Practical Center  
of Medical-Social Drug  
Addiction Problems»**

**Volume XXII  
№ 4  
2016**

**Published 4 times  
in a year**

## PROGRAM MATERIALS

<i>World Health Organization</i>	
European Action Plan to reduce the harmful use of alcohol, 2012-2020 (abridged version)	5-40

## PSYCHOTHERAPY

<i>Biketova L.A., Iskakova I.R.</i>	
Carrying out psychocorrectional work among pupils of 12-13 years of secondary schools with the risks involved in social epidemics (methodical recommendations)	41-59

## NARCOLOGY

<i>Pak T.V.</i>	
Practical aspects of motivation interviewing of persons abusing with psychoactive substances	60-66

<i>References to the magazine «Questions of mental medicine and ecology» for 2016</i>	67-68
---	-------

---

---

## ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ISBN 978 92 890 0298 1

### ЕВРОПЕЙСКИЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО СОКРАЩЕНИЮ ВРЕДНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, 2012-2020 гг. (сокращённый вариант)

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро

#### **Предисловие**

Европейскому региону ВОЗ принадлежит незавидное первенство среди регионов мира по количеству потребляемого алкоголя и масштабам вреда, обусловленного употреблением алкоголя. Это проблема, требующая решительных действий. Такие действия, даже относительно простые и малозатратные, могут привести к быстрому и существенному улучшению здоровья и благополучия населения, повышению уровня занятости и производительности труда, большей экономии ресурсов в секторе здравоохранения и социального обеспечения, большему равенству в отношении здоровья и экономического положения, более высокому уровню социальной сплочённости и вовлечения всех социальных групп в жизнь общества. Таким образом, ответные меры со стороны общественного здравоохранения возможны и способны дать реальный положительный эффект.

Первый Европейский план действий в отношении алкоголя был принят еще в 1992 г., и с тех пор Европейский регион находится на переднем крае борьбы за снижение вреда, обусловленного употреблением алкоголя, и является лидером в этой борьбе. Воспользовавшись новым импульсом к активизации усилий в этой области, которым стала принятая в 2010 г. глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, Регион сможет сохранить свою лидирующую роль в мире благодаря принятию нового Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на период 2012-2020 гг., предусматривающего еще более энергичные меры.

Нельзя недооценивать значения вредного употребления алкоголя как одной из приоритетных проблем общественного здоровья: действия, направленные на решение этой проблемы, являются непременным условием успеха мер по повышению благополучия и укоренению здорового образа жизни, снижению бремени неинфекционных и некоторых инфекционных заболеваний. Несмотря на то, что алкоголь употребляет только половина населения земного шара, он является во всем мире третьей ведущей причиной незддоровья и преждевременной

смерти, уступая лишь таким причинам, как низкая масса тела при рождении и небезопасный секс, и опережая табак. Алкоголь является тератогенным фактором: он оказывает вредное влияние на развивающийся плод. Алкоголь нейротоксичен: он отрицательно влияет на развитие головного мозга. Алкоголь вызывает интоксикацию и приводит к широкому спектру умышленных и непредумышленных травм. Это канцероген, приводящий к развитию целого ряда раковых заболеваний. Это иммунодепрессант, повышающий риск инфекционных болезней, и, наконец, это одна из причин многих сердечно-сосудистых заболеваний. Алкоголь причиняет вред не только пьющим, но и другим людям либо тем, что приводит к насилию, дорожно-транспортным происшествиям, насилию в семье, либо тем, что просто отвлекает государственные ресурсы на преодоление его вредных последствий. Чем сильнее подверженность пьянству, тем больше страдает качество жизни. Употребление алкоголя снижает производительность труда и тем самым наносит ущерб эффективности экономики. Реальный риск смерти от заболевания, обусловленного употреблением алкоголя, возрастает прямо пропорционально количеству алкоголя, выпитого в течение всей жизни, причём наибольший риск создают эпизоды употребления алкоголя в больших количествах – именно та модель, по которой употребляется львиная доля алкоголя.

План действий был утверждён пятьюдесятью трёмя государствами-членами на сессии Европейского регионального комитета в сентябре 2011 г. в Баку, Азербайджан. Он включает широкий спектр относительно лёгких и недорогих в реализации стратегий и программ, позволяющих уменьшить вредное употребление алкоголя, укрепить здоровье и благополучие людей, повысить производительность труда и увеличить человеческий и социальный капитал и капитал здоровья на протяжении всей жизни от рождения до старости. В этом плане предлагается несколько возможных вариантов действий в каждом из десяти направлений, предусмотренных в глобальной стратегии сокращения вредного потребления алкоголя, которые могут быть реализованы всеми государствами-членами Европейского региона.

---

---

При наличии должного руководства и приверженности поставленным целям все государства-члены в состоянии усилить принимаемые ими меры в отношении алкоголя и в конечном итоге оказаться в выигрыше благодаря улучшению показателей здоровья и экономического развития.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

## Десять направлений действий

### **Лидерство, информированность и приверженность**

#### *Основной тезис*

Существенные выгоды, которые могут быть получены за счёт реализации действенной политики в отношении алкоголя, возможны только при условии надлежащего руководства, осуществляемого национальными и местными органами государственного управления, благодаря которому обеспечивается полная информированность и установка всех секторов и слоев общества на достижение этих выгод посредством систематических согласованных действий, позволяющих сократить вредное употребление алкоголя. Лучшим способом достижения всего этого является принятие всеобъемлющих планов действий как инструментов повышения осведомленности и привлечение к их реализации хорошо информированного общества, готового поддержать принимающие меры.

#### *Результаты*

В течение периода, охватываемого Планом действий, страны обеспечивают разработку, осуществление, оценку эффективности и пересмотр, по меньшей мере, одного документированного национального плана действий или стратегии в отношении алкоголя. Страны добиваются того, чтобы их население последовательно информировалось о вреде, который может причинять алкоголь отдельным людям, семьям и сообществам, и о мерах, которые могут быть приняты для снижения такого вреда.

#### *Показатели*

Показатели включают наличие широко опубликованного национального плана действий или стратегии в отношении алкоголя, а также результаты оценки знаний, социальных установок и мнений относительно алкоголя и антиалкогольной политики, получаемые с помощью социологических обследований методом общественного барометра и проведения опросов в рандомизированных выборках населения.

#### *Общие сведения*

Для того чтобы план действий по снижению связанныго с алкоголем вреда был эффективным, необходимо

обеспечить наличие соответствующей инфраструктуры, которая требуется для разработки политики, определения приоритетов, проведения мониторинга и эпиднадзора, научных исследований и оценки эффективности плана, формирования и укрепления кадровых ресурсов и реализации программ. Несмотря на прогресс в создании базовой инфраструктуры для принятия антиалкогольных мер, можно утверждать, что политической воли и инвестиций со стороны как частного, так и государственного сектора во многих государствах-членах всё ещё не хватает. Сделать так, чтобы эта инфраструктура была достаточно развитой и способной обеспечивать решение перечисленных выше задач, по-прежнему очень трудно.

Во многих национальных стратегиях и инициативах подчеркивается необходимость информировать и просвещать общественность. Это может быть выражением простого принципа, заключающегося в том, потребителям должна быть предоставлена информация и что население должно знать и понимать, что такое алкоголь и какую угрозу он несёт для здоровья, но также может отражать мнение (опровергаемое фактическими данными) о том, что для решения проблем, связанных с алкоголем, достаточно одной информации и просвещения. На практике просвещение по вопросам алкоголя редко выходит за рамки предоставления информации об опасности алкоголя и пропагандирует возможности получения помощи при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя, или мобилизует общественное мнение на поддержку эффективной алкогольной политики.

#### *Стратегии*

Для того чтобы устанавливать приоритеты и направлять практические действия, нужен национальный план действий или национальная стратегия в отношении алкоголя. Определять приоритеты, выражать приверженность новым действиям и распределять ресурсы можно, имея национальные цели в области здравоохранения. В основе таких целей и приоритетов должны лежать данные эпидемиологии, и выбор стратегий и мер вмешательства должен также строиться на фактических данных. Стратегические цели конкретизируются измеримыми ожидаемыми результатами, которые позволяют осуществлять мониторинг достигаемого прогресса и часто вдохновляют партнёров на поддержку стратегических инициатив. Ответственность за то, чтобы меры и программы по борьбе с вредным употреблением алкоголя оказывали положительное влияние на здоровье населения, лежит на всех секторах общества и на государственных органах, которые готовят планы действий, выделяют ресурсы, инициируют законодательство, а также создают не законодательные механизмы, например руководства и добровольные ограничения, мониторинг соблюдения которых осуществляется механизмами сорегулирования. Для

---

обеспечения прозрачности и подотчётности рекомендуется широко публиковать запланированные измеримые целевые показатели на национальном и, по мере возможности, местном уровнях.

Обязанности центрального правительства по разработке и реализации плана действий в отношении алкоголя обычно разделяются между несколькими ведомствами и уровнями государственного управления. К заинтересованным государственным ведомствам могут относиться министерства, отвечающие за промышленность и торговлю, сельское хозяйство, занятость, финансы и здравоохранение. Часто интересы и приоритеты этих разных секторов нуждаются во взаимном согласовании в целях формирования общей антиалкогольной политики, причем различные сектора могут обладать различной степенью влияния. Для того чтобы при принятии решений в сфере алкогольной политики учитывались все уровни государственного управления и интересы всех затрагиваемых этими решениями секторов и заинтересованных сторон, нужна координация. В координационный орган, например национальный совет по проблемам алкоголя, должны входить старшие должностные лица министерств, медицинские работники и другие партнеры.

Решающее значение имеет общественная и политическая поддержка содержания планов действий в отношении алкоголя. Правами регулировать среду, в которой осуществляется маркетинг алкогольных напитков, и влиять на неё обладают политики национального уровня. У политиков нередко может быть особый интерес к решению проблемы алкоголя, и этот интерес различается в зависимости от их официальных функций и личных взглядов. Взгляды представителей государственного руководства относительно конкретных направлений антиалкогольной политики могут формироваться под влиянием контактов с партнёрами, которые не являются частью системы государственного управления, например с алкогольной индустрией или с группами, представляющими интересы здравоохранения. Не исключено, что это может влиять на формирование или уточнение предложений, касающихся политики. Реакция со стороны гражданского общества и общественное мнение могут оказывать влияние на реформирование антиалкогольной политики. Помимо государственных органов, в число институтов, которые поддерживают антиалкогольную политику, ориентированную на охрану здоровья населения, входят независимые учреждения, финансируемые из общественных фондов, страховые организации, НПО и сети, чья деятельность посвящена конкретным вопросам, а также профессиональные ассоциации работников общественного здравоохранения.

Кампании по просвещению населения через информирование о вреде алкоголя и ответственном отношении к употреблению спиртных напитков должны быть соразмерными и сосредоточенными на

предоставлении информации о рисках, связанных с алкоголем, и о возможностях помощи и лечения с целью сокращения вредного употребления. Программы просвещения населения также должны использоваться для того, чтобы поддержать меры алкогольной политики, особенно в тех случаях, когда вводятся новые меры, такие как снижение предельно допустимого уровня алкоголя в крови для управления транспортными средствами, увеличение минимального возраста, при котором разрешается покупка спиртных напитков, и повышение налогов на алкоголь. Имеются и новые каналы информации на базе Интернета, в том числе «аудит-тестирование» и руководства по самопомощи.

#### *Возможные варианты действий*

В странах должна быть создана адекватная инфраструктура общественного здравоохранения, обеспечивающая реализацию антиалкогольной политики, включая прочную политическую волю и приверженность принципам рационального управления. Необходимо также отведение достаточных ресурсов для деятельности государственных структур, отвечающих за профилактику и сокращение вредного употребления алкоголя, наращивание потенциала для выработки и реализации антиалкогольной политики и научно-исследовательской работы, а также, чтобы практика формирования политики и реализации программ во всех секторах и на всех уровнях строилась на фактических данных. Разработанные стратегии должны быть комплексными, в них должны быть сведены к минимуму любые негативные последствия. Препятствиями на пути принятия, реализации и обеспечения правовыми санкциями эффективной политики являются отсутствие прозрачности и информации, слабая организация и подготовка к внедрению новых стратегий и законов, отсутствие финансирования, коррупция и недоверие общества к власти. Стране необходимо, как минимум, иметь чёткий национальный план действий или стратегию в отношении алкоголя, в которых предусмотрены поддающиеся измерению итоговые показатели здоровья и реализации политики; орган или механизм координации, обеспечивающий согласованность политики и объединение усилий всех заинтересованных государственных ведомств и секторов; неправительственный сектор, в достаточной мере обеспеченный ресурсами, свободный от потенциального конфликта интересов со сферой общественного здравоохранения и призванный выражать мнение гражданского общества.

#### *Меры на уровне служб здравоохранения*

##### *Основной тезис*

Сектор здравоохранения, а при его поддержке и секторы социального обеспечения, образования и труда имеют реальные возможности добиться улучшения здоровья населения и экономии финансовых

---

ресурсов за счёт повсеместной реализации программ коротких консультаций, которые, как показала практика, снижают заболеваемость и преждевременную смертность в результате опасного и вредного употребления алкоголя<sup>5</sup>, а также за счёт внедрения программ научно обоснованного лечения нарушений здоровья, вызванных алкоголем. Следует уделять особое внимание задачам сокращения уровней потребления алкоголя во время беременности, а также защите детей и членов семьи лиц, злоупотребляющих алкоголем, от негативных последствий алкогольной зависимости и вреда, связанного с алкоголем. Государственные органы и компании медицинского страхования должны создавать стимулы для служб здравоохранения различного уровня в отношении принятия необходимых мер.

#### *Результат*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны неуклонно сокращать разницу между числом людей, нуждающихся в консультации о том, как снизить или предупредить вред, или в лечении алкоголизма, и числом фактически получающих такие консультации или лечение.

#### *Показатели*

Показатели могут включать долю взрослого населения, употребляющего алкоголь в опасных и вредных количествах, и долю лиц, употребляющих алкоголь в опасных и вредных количествах, которые получили лечебную помощь или рекомендацию от работников первичной медико-санитарной помощи сократить потребление алкоголя.

#### *Общие сведения*

Нарушения, связанные с употреблением алкоголя, включая вредное употребление алкоголя и алкогольную зависимость, официально классифицируются в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» десятого пересмотра (МКБ-10) как психические и поведенческие расстройства. В целом распространенность нарушений, связанных с употреблением алкоголя, довольно высока: в большинстве стран примерно каждый шестой взрослый мужчина потребляет ежедневно не менее 40 г спирта, каждая шестая женщина – не менее 30 г, а примерно 1 из 16 взрослых в любой данный год страдает от алкогольной зависимости. Почти во всех странах, в которых проводились исследования, наблюдается значительный разрыв между числом людей, которым показана консультация, курс социальной реабилитации или лечение в связи с злоупотреблением алкоголем, и числом людей, фактически получающих такие консультации или лечение. По имеющимся оценкам,

фактически выявляется и получает краткую консультацию на уровне первичной медико-санитарной помощи лишь 1 из 20 потребителей алкоголя в опасных или вредных количествах; аналогичным образом, даже не каждый двадцатый человек с диагнозом алкогольной зависимости фактически обращается к специалисту для лечения.

#### *Стратегии*

Фактические данные убедительно свидетельствуют о пользе широкомасштабного внедрения программ раннего выявления и кратких консультаций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и социального обеспечения, на предприятиях и в организациях и в учебных заведениях, а также в отделениях травматологии и скорой медицинской помощи, которыми должны быть охвачены лица, потребляющие алкоголь в опасных и вредных количествах. Правительства могут оказать поддержку программам выявления и кратких консультаций, а также направления на получение услуг специализированной помощи, обеспечив повсеместный доступ к методическим руководствам по этим мерам вмешательства; чтобы поставщики первичной медико-санитарной помощи проходили соответствующее обучение и получали клинические материалы и рекомендации, необходимые им для организации таких программ, и чтобы они получали адекватное вознаграждение за эти меры вмешательства либо в рамках инициатив по повышению качества медицинской помощи, либо в виде оплаты оказываемых услуг. Службам первичной медико-санитарной помощи легче осуществлять это вмешательство, когда они получают поддержку со стороны специализированных служб, в которые они могут направлять «трудных» потребителей алкоголя. При лечении расстройств, связанных с употреблением алкоголя, переход от первичной медико-санитарной помощи к специализированной помощи в идеале должен осуществляться чётко и без трудностей. Нуждающимся следует предлагать услуги специализированной медицинской помощи при абstinентном синдроме и других расстройствах, связанных с употреблением алкоголя, с использованием основанных на принципах доказательной медицины методов поведенческой терапии и медикаментозного лечения. Наблюдается тенденция к отказу от длительного лечения в стационаре в пользу амбулаторного лечения, в частности по месту жительства. Принудительное лечение больше не рекомендуется, за исключением случаев, когда такое лечение назначается решением суда для лиц, неоднократно управлявших транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, – некоторые фактические данные свидетельствуют о том, что такая

---

<sup>5</sup> Вредным считается употребление алкогольных напитков из расчета более 40 г чистого спирта в день для мужчины и 30 г – для женщины.

---

мера может быть эффективной. Акушерские службы должны обеспечивать, чтобы все беременные женщины получали информацию и, при необходимости, предостережение в отношении потребления алкоголя во время беременности, органы социальной поддержки должны обеспечивать защиту детей и членов семьи лиц, злоупотребляющих алкоголем, от негативных последствий алкогольной зависимости и вреда, связанного с алкоголем.

#### *Возможные варианты действий*

Все имеющиеся данные подтверждают, что большинство лиц, употребляющих алкоголь в опасных и вредных количествах, не получают консультаций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в качестве предусмотренного правила, и что большинство людей с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, не получают надлежащего лечения. Может показаться, что сохранение такой ситуации без изменений не повлечёт за собой никаких издержек, но это заблуждение. Вложение средств в программы раннего выявления и коротких консультаций не только приводит к улучшению здоровья и спасению человеческих жизней, но и позволяет сэкономить средства систем здравоохранения. Действия могут осуществляться на двух уровнях.

- Установить в качестве целевого показателя охват 30% населения, подверженного риску опасного или вредного употребления алкоголя, программами раннего выявления и кратких консультаций. Этот целевой показатель может быть достигнут путём создания необходимых систем, в том числе системы обучения медицинских работников первичного звена, при которых такие меры вмешательства предлагаются бы каждому пациенту, который становится на учёт в учреждении первичной медико-санитарной помощи, проходит профилактический медицинский осмотр, обращается по поводу определённых категорий заболеваний (например, гипертензии или туберкулёза) или в определённые типы лечебных учреждений. Следует также внедрять информирование и руководства по оказанию самопомощи через Интернет.
- Установить в качестве целевого показателя охват 60% населения, подверженного риску, программами раннего выявления и кратких консультаций. Для достижения этой более высокой цели может потребоваться, чтобы эти меры вмешательства предлагались каждому пациенту, получающему первичные медико-санитарные услуги, независимо от причины обращения к врачу. Это также вызовет необходимость вложения большего объёма средств в обучение и поддержку структур первичной медико-санитарной помощи.

## *Действия в сообществах и на рабочих местах*

#### *Основной тезис*

Меры, предпринимаемые на местном уровне – среди населения, на предприятиях и организациях и в учебных заведениях – могут привести к сокращению вредного употребления алкоголя за счёт влияния, главным образом, на коллективное, нежели чем на индивидуальное поведение, если осуществлять их согласованно и целенаправленно. Для поддержки действий, предпринимаемых на местном уровне, и мер противоалкогольной политики можно использовать кампании по информированию населения и информацию об угрозе здоровью, размещаемую на этикетках алкогольной продукции. Для достижения оптимальной эффективности действий на местном уровне и коллективных мер необходимо налаживать партнёрства и укреплять потенциал в разных секторах, а также обеспечивать постоянное лидерство на разных уровнях общества.

#### *Результаты*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны стремиться к росту числа учебных заведений, в которых осуществляются мероприятия по укреплению здоровья, включающие и меры в отношении алкоголя, числа муниципальных образований, в которых имеются местные планы действий в отношении алкоголя, и числа предприятий и организаций-нанимателей, в которых реализуются стратегии и программы борьбы с употреблением алкоголя на рабочем месте.

#### *Показатели*

В число используемых показателей целесообразно включить процент учебных заведений, муниципальных образований и предприятий, и организаций, в которых осуществляются стратегии и программы в отношении алкоголя, отвечающих заранее установленным критериям.

#### *Общие сведения*

Реализация политики в отношении алкоголя на местном уровне облегчается тем фактом, что проблемы алкоголизма приводят к последствиям непосредственно в сообществе, которому приходится реагировать на них сразу и прямо: речь идёт о травматизме и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, предоставлении услуг стационарной и скорой медицинской помощи, проведении вмешательств по поводу злоупотреблений алкоголем и алкогольной зависимости. Поэтому важно, чтобы муниципальные органы имели план действий в отношении алкоголя, отражающий меры антиалкогольной политики, проводимые в учебных учреждениях и на рабочих местах, регулирование доступности путём лицензирования баров и ресторанов, и т.д.

---

Муниципалитеты должны также обеспечивать подготовку работников социального сектора, дошкольных и учебных учреждений по вопросам раннего выявления алкогольных проблем среди населения и направления лиц, подверженных риску, на консультирование или лечение алкогольной зависимости. С точки зрения проблем алкоголя, местные сообщества значительно отличаются друг от друга. Городская среда может быть фактором риска в отношении вредных уровней и моделей употребления алкоголя, особенно если это район с низким социальным капиталом или если для него характерна индустрия ночной жизни, порождающая высокий уровень связанных с употреблением алкоголя нарушений общественного порядка и беспокойства.

На работе вредное употребление алкоголя и эпизоды пьянства повышают риск прогулов, чисто формального присутствия на работе (снижаются качество и производительность труда), опозданий, раннего ухода с работы, несчастных случаев, текучести кадров, в частности в результате преждевременной смертности, низкой производительности труда, неподобающего поведения, краж и других преступлений, которые могут потребовать дисциплинарных мер, а также плохих отношений между коллегами и низкого морального духа в организации. И наоборот, структурные факторы на предприятии и в организации, такие как высокий уровень стресса и низкая степень удовлетворённости работой, могут повысить риск возникновения расстройств на почве употребления алкоголя и алкогольной зависимости.

### *Стратегии*

Антиалкогольное просвещение следует рассматривать как часть более широкого стратегического подхода. Оно должно начинаться с мер поддержки родителей в воспитании детей и продолжаться в школе как часть целостного подхода, предусмотренного в концепции школ, способствующих укреплению здоровья. Учитывая известные ограничения такого просвещения, необходимо добиваться того, чтобы оно было основано на методах учебно-воспитательной работы, которые доказали свою эффективность, например: выбор в качестве цели важного в данный момент периода в развитии молодых людей, проведение бесед с молодыми людьми из целевой группы в течение этого этапа развития, апробация меры вмешательства с участием учителей и членов целевой группы, обеспечение того, чтобы программы были интерактивными и основывались на выработке навыков, постановка целей изменения поведения, которые касались бы всех участников, возвращение к занятиям по укреплению навыков правильного поведения в последующие годы, введение информации, имеющей непосредственную практическую пользу для молодых людей, проведение соответствующей подготовки учителей для интерактивной по-

дачи материала, а также обеспечение широкой доступности любой программы, доказавшей свою эффективность, и её популяризация для расширения охвата. Следует также развивать программы на базе семей, поскольку наличие алкогольной проблемы в семье касается не только индивидуума, злоупотребляющего алкоголем, но и его близких и, в особенности, наносит ущерб развитию детей. В качестве компонента профилактических программ на уровне местных сообществ целесообразно проводить обучение работников детских учреждений (в том числе учителей) методам проведения ранних вмешательств среди родителей, злоупотребляющих алкоголем, и их направления на консультирование или лечение. Такой подход также обеспечивает необходимую помочь членам семьи и детям.

К числу мер, принимаемых на уровне предприятий и организаций, которые могут привести к снижению связанного с алкоголем вреда, относятся стратегии, направленные на более широкое распространение предприятий и организаций, свободных от алкоголя, внедрение такого стиля руководства организаций, при котором снижается уровень стресса на работе и повышается моральное и материальное удовлетворение от работы, а также возможные вмешательства на уровне предприятия или организации, осуществляемые по запросу, такие как программы выработки психологических навыков, кратких консультаций и информирования о вреде алкоголя.

Программы профилактики, осуществляемые на уровне и с участием местных сообществ, могут реально способствовать снижению числа случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, смерти в результате связанных с алкоголем дорожно-транспортных происшествий и травматизма в результате физического насилия. К мобилизации общественности также прибегают для того, чтобы повысить осведомлённость о проблемах, связанных с употреблением спиртных напитков в ресторанах и барах (например, шум и агрессивное поведение), найти конкретные решения этих проблем и заставить владельцев этих заведений признать свою ответственность перед местным сообществом за решение таких проблем. Оценка мер по мобилизации общественности и документальный учёт проектов, осуществляемых на уровне местных сообществ, показывают, что мобилизация общественности может способствовать снижению агрессивности и других проблем, связанных с употреблением алкоголя в лицензированных питейных заведениях. Главная особенность действенных программ по работе с населением заключается в том, что в них осуществляется и мобилизуется поддержка таких мер вмешательства, которые являются заведомо эффективными, например законодательство об ответственности за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения или более строгое принуждение к соблюдению ограничений на

---

продажу алкогольных напитков несовершеннолетним и лицам в состоянии опьянения.

#### *Возможные варианты действий*

Неудовлетворительные переориентирование и координация образовательных инициатив по вопросам вредного употребления алкоголя чреваты тем, что будет продолжаться необоснованное и нерациональное расходование ограниченных ресурсов, например при осуществлении плохо спланированных и неэффективных программ. Аналогичным образом, если не продолжать вкладывать средства в программы работы с населением, может оказаться утраченной возможность мобилизовать поддержку новых мер политики в отношении алкоголя. Кроме того, вполне вероятно, что многие существующие программы работы с населением и на уровне предприятий и организаций страдают дефектами планирования и внедрения или отсутствием оценки эффективности. Представляется возможным широкий спектр действий.

Необходимо предпринимать шаги по пересмотру программ просвещения в школе и кампаний по информированию населения по вопросам вредного употребления алкоголя и вкладывать в них дополнительные средства. Эта работа должна финансироваться пропорционально её ожидаемому эффекту. В основу пересмотра схем должна быть положена оценка потребностей, которые в свою очередь определяются на основе опросных исследований по проблемам алкоголя. Пересмотренные программы просвещения должны предусматривать информирование о рисках, связанных с употреблением алкоголя, о наличии возможностей получить консультацию и лечение и об эффективности таких вмешательств для сокращения вредного употребления алкоголя, а также предоставление фактических данных для выработки действенных стратегий в отношении алкоголя.

Необходимо оказывать поддержку и помочь в наращивании потенциала местных сообществ и муниципальных образований. Местные сообщества и муниципальные образования всё чаще принимают на себя новые и новые обязанности по сокращению вредного употребления алкоголя. В этой связи требуется активизировать обучение на местном уровне, укрепление потенциала и поддержку местных инициативных групп, чтобы и на местном уровне в полной мере осуществлялся весь спектр научно обоснованных стратегий и практических мер.

Необходимо создавать ресурсы в местных сообществах и на предприятиях и в организациях для действий в отношении алкоголя. В число этих ресурсов должны входить документальный учёт действенных программ по алкоголю и анализ факторов, способствующих успеху в местных сообществах и на предприятиях и в организациях. Они также должны включать в себя методики оценки, чтобы руководители программ по алкоголю могли включать эти факторы

в схему программ работы с населением и на предприятиях и в организациях и использовать их при реализации программ.

Необходимо создать и финансировать механизм оценки и документирования программ, с тем чтобы укрепить структуру и реализацию как новых, так и уже действующих программ и достичь наилучших результатов в местных сообществах и на предприятиях и в организациях.

Следует проанализировать национальное законодательство в данной области на предмет возможного внесения в него поправок, с тем чтобы оно не препятствовало, а облегчало и поддерживало инициативы на уровне местного населения и на предприятиях и в организациях.

#### *Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения*

##### *Основной тезис*

Даже небольшие дозы алкоголя ухудшают способность человека управлять транспортным средством, и меры, направленные против вождения в нетрезвом виде, пользуются широкой общественной поддержкой, особенно по той причине, что жертвами пьяных водителей во многих случаях становятся другие люди. Для эффективного снижения бремени трагедий, связанных с травматизмом и смертельными исходами в результате управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения – трагедий, которых можно было избежать, – нужны постоянные совместные действия со стороны правительства, дорожной полиции, системы уголовного правосудия, органов технического надзора за безопасностью, сектора здравоохранения, местных сообществ и других заинтересованных сторон.

##### *Результат*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны неуклонно снижать и сохранять на как можно более низком уровне число смертельных случаев, связанных с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.

##### *Показатель*

Показатель для данного раздела – частота случаев смерти, связанных с управлением транспортными средствами в нетрезвом состоянии.

##### *Общие сведения*

В целом, в большинстве стран Европейского региона количество смертельных случаев и дорожно-транспортных происшествий с участием нетрезвых водителей сокращается, хотя проблема ещё далеко не решена. Несмотря на то, что наибольший относительный риск попасть в дорожно-транспортное про-

---

испещение вследствие управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения угрожает молодым людям, в абсолютных цифрах случаи управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и обусловленные им дорожно-транспортные происшествия и смертельные исходы больше распространены среди людей среднего возраста. Большинство жителей Европы поддерживает принятие более жёстких мер против вождения в нетрезвом виде, включая усиление правоприменительных санкций со стороны полиции. Законы об ответственности за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, уровни правоприменительных мер и санкций должны также учитывать тот факт, что всё больше автолюбителей и водителей-профессионалов пересекают границы стран в пределах Европейского региона. Повторное совершение нарушений или неоднократные случаи очень высокого уровня алкоголя в крови могут указывать на наличие алкогольных расстройств и алкогольной зависимости, и таким людям должна систематически предоставляться возможность лечиться.

### *Стратегии*

Принятие мер по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, так же как, собственно говоря, и мер, касающихся управления транспортными средствами под воздействием других психоактивных веществ, снижает риск вреда не только для водителя, но и для пассажиров, пешеходов и других водителей. Одна из эффективных мер – просто снизить значение предельно допустимого уровня алкоголя в крови (УАК) для водителей, причём действенность этого вмешательства повышается, если оно применяется в сочетании с другими мерами. В тех странах, где установленное предельное значение УАК превышает 0,5 г/л, будет полезно снизить его до 0,5 г/л, а там, где предел установлен на значении 0,5 г/л, рекомендуется снизить его до 0,2 г/л. Однако снижение предельно допустимого содержания алкоголя в крови эффективно лишь в сочетании с другими мерами и в том случае, если осуществляется строгий контроль за соблюдением этого правила. Наилучшим методом контроля являются неожиданные выборочные проверки водителей на наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, что заставляет лиц, склонных к вождению в нетрезвом виде, опасаться быть «пойманными»; на втором месте по эффективности – устройство пунктов контроля трезвости. Правоприменительные меры должны сопровождаться кампаниями по информированию и просвещению населения, чтобы люди знали о последствиях нарушения данного законодательства. Также меры правоприменения наиболее эффективны, когда наказание совершается немедленно, например прямо на месте взимается штраф, на водительском удостоверении делается от-

метка о штрафных баллах и, если это оправдано, водительское удостоверение временно изымается. Дополнительные меры могут включать другие персональные санкции по решению суда и установку на определённое время алкогольного блокатора на замке зажигания. Индикаторы алкоголя с блокированием зажигания могут также использоваться в качестве превентивной меры, направленной главным образом на профессиональных водителей.

### *Возможные варианты действий*

Мало найдётся таких стран, которые не выиграли бы от снижения существующего у них предельно допустимого УАК или совершенствования правоприменительных мер. Если это не будет сделано, это может означать упущенную возможность снизить число предотвратимых случаев смерти и травм как среди нетрезвых водителей, так и среди других людей. Имеются две наиболее важные меры, которые можно предпринять.

- Снизить установленный законом предельно допустимый УАК для всех водителей. Каким бы ни был действующий предельно допустимый УАК, факты говорят о том, что если снизить его, приблизив к 0,2 г/л, то можно спасти больше жизней. Эта мера содержит в себе простую мысль и помогает превратить её в культурную норму: пить и садиться за руль нельзя. Однако для того, чтобы снижение предельно допустимого УАК дало нужный эффект, оно должно осуществляться в комплексе с другими мерами и быть подкреплено строгим контролем за соблюдением этого правила.
- Ужесточить контроль – либо путём проведения неожиданных выборочных проверок водителей на наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, что заставляет лиц, склонных к вождению в нетрезвом виде, опасаться быть «пойманными», либо за счёт более широкого использования пунктов контроля трезвости. Для того, чтобы предельно допустимый УАК соблюдался, водители в первую очередь склонные к пьянству за рулём, должны знать, что существует реальный риск в любой момент подвергнуться проверке на алкоголь.

### *Доступность алкогольных напитков*

#### *Основной тезис*

Результаты исследований свидетельствуют о том, что чем доступнее алкоголь, тем больше его употребляют и тем больше в результате наносится вред. Даже незначительные ограничения доступности алкоголя идут на пользу здоровью, снижают уровень насилия и вреда, причиняемого другим лицам помимо потребляющих алкоголь. Для этого требуются объединенные усилия национальных органов управления, ведомств, отвечающих за лицензирование тор-

говли алкоголем, полиции, системы уголовного пресечения и сектора здравоохранения.

### *Результаты*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны, по мере необходимости, ограничивать или снижать доступность алкоголя и обеспечивать все более строгие меры контроля и принуждения к соблюдению на всех уровнях норм и правил, ограничивающих продажу алкогольных напитков лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, и несовершеннолетним.

### *Показатели*

В число показателей следует включить композитный показатель степени доступности, который включает оценку числа торговых точек, их размеров и плотности размещения, дней и часов продажи алкоголя. Доступ несовершеннолетних к алкоголю можно также оценивать посредством регулярных социальных опросов подростков и молодёжи (например, таких как Европейский проект: опрос школьников по проблемам алкоголя и наркотиков – ESPAD).

### *Общие сведения*

Важнейшую роль в обеспечении способности государства регулировать доступность алкоголя играет система лицензирования продажи алкогольных напитков, поскольку она позволяет государству ограничивать количество лицензий, обязывать обладателей лицензий соблюдать определенные стандарты и отзывать у них лицензии в качестве штрафной санкции за нарушение закона. Хотя строгое ограничение наличия алкоголя может способствовать возникновению параллельного рынка незаконно произведенного алкоголя, доступность алкоголя обычно можно контролировать посредством правоприменительных мер. Ещё одним способом снижения вреда являются запреты на употребление алкоголя в определённых местах (таких как парки, улицы, больницы, предприятия и организации) и на определённых мероприятиях (например, во время футбольных матчей). В отдельных странах сохраняется государственная монополия на продажу алкоголя, причём в этом случае алкоголь обычно продают в меньшем количестве торговых точек с более коротким временем продажи, чем в странах, где продажей алкоголя занимаются частные фирмы.

### *Стратегии*

Во всех государствах-членах необходимо поощрять создание или сохранение имеющихся систем лицензирования продажи алкоголя. Продлеваться лицензия может только в том случае, если торгующие заведения выполняют требования законодательства, запрещающего продажу алкоголя несовершеннолетним и лицам в состоянии алкогольного опьянения, а также не позволяют своим клиентам нарушать об-

щественный порядок или совершать акты насилия. Органы лицензирования должны в более полной мере участвовать в планировании и, по мере необходимости, в реализации мер, направленных на снижение числа связанных с употреблением алкоголя случаев насилия, преступлений, нарушений общественного порядка и причинения вреда здоровью. Странам, в которых существует государственная монополия на розничную продажу алкоголя, следует рекомендовать сохранить её.

В необходимых случаях власти должны принимать меры по регулированию доступности алкоголя, например путём регламентации плотности размещения торговых точек по продаже алкоголя и установления разрешённого времени продажи алкогольных напитков. Рекомендуется не увеличивать время работы точек продажи алкоголя, а сократить его ещё больше, если микрорайоны или сообщества, где находятся эти торговые точки, сталкиваются с чрезмерными вредными последствиями. Необходимо контролировать законы о минимальном возрастном цензе на право приобретения алкогольных напитков. В случае, если минимальный возраст, дающий право на приобретение алкоголя, составляет менее 18 лет, целесообразно повысить его до 18 лет в отношении любых спиртных напитков как в местах продажи на вынос, так и в питьевых заведениях. Необходимо контролировать соблюдение заведениями требований к минимальному возрасту для приобретения алкоголя, например с использованием приёма контрольной закупки, когда в качестве «покупателей» выступают молодые люди.

### *Возможные варианты действий*

Большинство правовых систем дают возможность контролировать продажу алкоголя так, чтобы снизить связанный с употреблением алкоголя вред, в частности посредством совершенствования правоприменительных мер. По-видимому, правоприменительные меры – это главное, чего не хватает в принимаемых в Европе мерах по сокращению вредного употребления алкоголя, особенно касающихся минимального возраста и запрета на продажу алкоголя лицам в состоянии алкогольного опьянения. Имеет смысл также пересмотреть способы регулирования плотности размещения торговых точек и времени продажи спиртных напитков, усилив действующие законы и правила. Имеется широкий выбор вариантов действий.

- Если минимальный возраст, позволяющий приобретать алкоголь, меньше 18 лет, то следует рассмотреть возможность повышения его до 18 лет для всех категорий алкогольных напитков, включая пиво и вино, и во всех точках продажи, включая супермаркеты, бары и кафе. В странах, где возрастной ценз на приобретение спиртных напитков превышает 18 лет, снижать его не следует.

- Ужесточить действующие законы и правила в части снижения плотности размещения и сокращения времени работы точек продажи алкоголя и (там, где такие законы существуют) в части сохранения государственной монополии на торговлю алкоголем.
- Усилить образовательные и законодательные меры, направленные на ужесточение контроля за соблюдением запрета на продажу алкоголя несовершеннолетним.

## **Маркетинг алкогольных напитков**

### **Основной тезис**

Нельзя недооценивать масштабы и широту коммерческой коммуникации, посвящённой алкоголю, и степень её воздействия, особенно на употребление алкоголя молодёжью. Существует много методов ограничения воздействия коммерческой коммуникации, от ограничения ассоциации алкоголя с юмором и гламуром и другими привлекательными для молодёжи аспектами до ограничения спонсорства, рекламы на телевидении и в кино, вплоть до полного запрета рекламы и стимулирования продажи. Какая бы система ни была принята, абсолютно необходима совместная работа правительственные органов, сектора здравоохранения, средств массовой информации и всех форм телекоммуникаций. Более того, существует потребность в согласовании мер и действий на международном уровне, поскольку коммуникация носит трансграничный характер.

### **Результат**

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, в странах должны действовать механизмы, направленные на предотвращение некорректных и безответственных приёмов рекламы и маркетинга алкоголя, нацеленных на детей и молодёжь.

### **Показатель**

Рекомендуемый показатель – уровень воздействия всего спектра приёмов маркетинга алкогольных напитков на детей и молодёжь, оцениваемый посредством социологических опросов этих групп населения, проводимых раз в год или каждые два года, с учётом и других социальных факторов, влияющих на поведение.

### **Общие сведения**

Маркетинг алкогольных напитков сам по себе является огромным бизнесом, который продолжает расширяться через различные каналы коммуникации. Полномасштабная стратегия маркетинга включает не только рекламу и мероприятия по стимули-

рованию продаж, но и разработку и совершенствование продукции, ценообразование и адресное продвижение разных продуктов в различные сегменты рынка. Более того, алкогольные напитки больше не рекламируются только лишь через традиционные вещательные СМИ (такие как телевидение и радио) и традиционные средства, не связанные с вещанием (такие как печатные СМИ, рекламные щиты и марочные товары). Стимулирование продаж алкогольных напитков осуществляется также путём увязывания алкогольных брендов со спортивными и культурными мероприятиями, посредством спонсорства и скрытой рекламы и путём прямых методов маркетинга с применением таких технологий, как Интернет, подкастинг и SMS-сообщения. Свою роль в формировании интереса молодых людей к алкоголю играет вся индустрия развлечений: алкоголь присутствует в фильмах, телешоу, популярных шлягеров и других видах массовой культуры. Соответственно, любые меры, направленные против безответственных форм маркетинга алкогольных напитков, должны быть всесторонними и затрагивать все эти элементы. Наконец, поскольку коммерческая коммуникация легко пересекает границы государств, необходимо предпринимать действия на международном уровне.

### **Стратегии**

И содержание рекламы алкогольных напитков, и степень её воздействия имеют огромное значение для молодых людей, которые особо восприимчивы к вредным последствиям употребления алкоголя. Интерес молодых людей к отдельным аспектам рекламных средств, таким как юмор, анимация и популярная музыка, значительно способствует общему эффекту этих материалов. В целом между подверженностью молодых людей воздействию маркетинга алкогольных напитков и вероятностью того, что молодые люди начнут пить или будут пить больше, существует взаимосвязь типа «доза-реакция».⁶ Исследования в реальном времени показали, что маркетинг может оказывать непосредственное и существенное влияние на то, сколько выпивают молодые люди, причём это ещё больше касается тех, кто потребляет алкоголь в больших количествах.

Хотя во многих государствах объём и содержание рекламы алкогольных напитков подлежат регулированию, действующие там правила не всегда базируются на объективном анализе того, как молодые люди реагируют на рекламу и какие аспекты рекламы притягивают их больше всего. Многие формы маркетингового воздействия часто остаются за пределами регулирования, например показ употребления алкоголя в фильмах, скрытая реклама в фильмах и телешоу, реклама в Интернете и реклама по-

<sup>6</sup> Anderson P. et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 2009, 44(3): 229-243.

средством устройств мобильной связи. В некоторых странах ограничиваются только определённые формы маркетинга алкоголя, например рекламы на телевидении и в кинотеатрах, или запрещается спонсорство спортивных мероприятий.

В отдельных государствах содержание и размещение рекламы алкогольных напитков контролируется через системы совместного или самостоятельного регулирования субъектами хозяйствования, включая рекламные агентства, СМИ и производителей алкоголя. Однако для того, чтобы такое регулирование было эффективным, нужна прозрачная база и достаточные стимулы к достижению успеха. Мониторинг методов маркетинга алкогольных напитков наиболее эффективен, когда его осуществляет независимый орган или государственное ведомство и когда он осуществляется систематически и в плановом порядке. Поскольку может быть довольно трудно оговорить в сводах правил или за конах о рекламе все аспекты, которые не должны быть позволены в рекламе алкогольных напитков, в некоторых странах (например, во Франции) было решено указать конкретно, что можно включать в такую рекламу – это существенно упрощает мониторинг и правоприменение.

#### *Возможные варианты действий*

Влияние маркетинга на уровни потребления алкоголя, в том числе неумеренного, нельзя недооценивать. Системы регулирования маркетинга алкогольных напитков можно сделать более эффективными, что позволит уменьшить воздействие маркетинга и тем самым послужит интересам здоровья населения. Принимая во внимание трансграничный характер рекламы алкоголя, необходимы также и меры на наднациональном уровне. Ниже перечислены возможные действия:

- создание систем государственного регулирования или «сопрегулирования» в отношении алкогольного маркетинга, предпочтительно на законодательной основе и при поддержке за счёт мер саморегуляции, действующих по следующим направлениям:
  - регулирование контента и объёма маркетинга;
  - регулирование в отношении спонсорских мероприятий, продвигающих алкогольные напитки;
  - ограничение или запрещение рекламных акций, сопряжённых с мероприятиями для молодёжи;
  - регулирование новых форм алкогольного маркетинга, например через медийные социальные сети;
- создание под эгидой государственных ведомств или независимых органов эффективных систем надзора за маркетингом алкогольной продукции;

- создание эффективных систем административного контроля и штрафных санкций за нарушения маркетинговых ограничений;
- регулирование прямого и непрямого маркетинга на отдельных или на всех каналах массовой коммуникации.

### **Ценовая политика**

#### *Основной тезис*

При сохранении неизменными других факторов, таких как уровень доходов населения и цены на прочие товары, повышение цен на алкогольные напитки приводит к уменьшению потребления алкоголя и к снижению связанного с ним вреда, и наоборот. Повышение цен коррелирует со снижением вреда, причиняемого алкоголем, что также свидетельствует о снижении употребления алкоголя в больших количествах.

Одним из рычагов воздействия на цену алкогольных напитков являются налоги – они оказывают непосредственное и большее влияние на тех, кто употребляет алкоголь в больших количествах. Необходимы прочные отношения между министерствами здравоохранения и налоговыми ведомствами, обеспечивающие непрерывные возможности для использования механизмов налогообложения в целях сокращения вредного употребления алкоголя.

#### *Результат*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны использовать механизмы ценовой политики в качестве компонента всесторонней стратегии.

#### *Показатель*

Рекомендуемый показатель – степень ценовой доступности алкоголя (измеряемая путём сравнения относительного алкогольного ценового индекса с индексом реального располагаемого семейного дохода).

#### *Общие сведения*

Из всех мер политики в отношении алкоголя наиболее убедительные фактические данные имеются относительно эффективности использования цен на алкогольные напитки как стимула к снижению числа случаев употребления алкоголя в больших количествах и систематического вредного употребления алкоголя. Наиболее ощутимы улучшения для молодых людей и для тех, кто употребляет алкоголь в больших количествах, а также для благополучия тех, кто страдает от пьянства других.

#### *Стратегии*

Акцизное налогообложение алкогольной продукции должно преследовать ряд целей, и сокращение масштабов злоупотребления алкоголем – это один

из факторов, который должны учитывать страны при установлении размеров налогов. Повышение налогов не обязательно влечёт за собой повышение цены, поскольку производители и розничные продавцы алкогольных напитков могут компенсировать повышение налога и не перекладывать дополнительные издержки на потребителя. Одним из способов решения этой проблемы является законодательное установление минимальной допустимой цены за литр спирта. Существует мнение, что от повышения налогов страдают и те, кто пьёт немного, и поэтому государство должно внимательно учитывать последствия для этой группы населения. Другое мнение, однако, заключается в том, что ни повышение налогов, ни введение минимальной цены не оказывает существенного влияния на уровень потребления алкоголя и денежные затраты тех, кто пьёт мало. Существует также возможность введения ограничений на различного рода распродажи по сниженным ценам, ценовое стимулирование продаж, разлив спиртных напитков в неограниченном количестве за фиксированную цену в ресторанах и другие типы оптовой реализации алкогольной продукции. Также на пользу малопьющим пойдёт снижение ущерба, который потребители алкоголя причиняют другим. Утверждают также, что повышение налогов может привести к сокращению рабочих мест; в действительности долгосрочные последствия повышения налогов на алкогольную продукцию для уровня занятости в целом, скорее всего, будут нейтральны, и если что-то в результате произойдёт, то только снижение уровня безработицы, хотя в сфере ресторанных и гостиничного бизнеса могут наблюдаться кратковременные корректировки в структуре кадров. Одной из главных детерминант употребления алкоголя и связанного с ним вреда является доступность алкоголя по цене – многокомпонентный показатель цены алкоголя относительно цены других товаров с поправкой на доход. В целях охраны здоровья населения может потребоваться внесение корректив в ставки налогов на алкогольную продукцию, чтобы она не стала более доступной. Выбор политики в отношении налогов на алкогольные напитки может осложниться существованием значительного незаконного или неорганизованного рынка алкоголя, и в таких обстоятельствах повышение налогов должно сопровождаться государственными мерами контроля над этим рынком. Также налоговая политика в отношении алкоголя может осложниться трансграничной торговлей; при этом, однако, важно отметить, что снижение налогов обычно ведет к большему вреду, связанному с употреблением алкоголя, а не способствует решению трансграничных вопросов.

#### *Возможные варианты действий*

В большинстве стран сохранение налогов на алкогольную продукцию на существующем уровне

будет означать снижение относительной цены алкоголя и, как следствие, рост числа случаев употребления алкоголя в больших количествах и связанного с алкоголем вреда, а также снижение производительности труда. С учётом суверенного права каждого государства-члена определять и устанавливать свою налоговую политику, предлагаются следующие варианты действий:

- повысить налоги на алкоголь. При определении величины необходимого повышения налогов следует руководствоваться данными об эластичности спроса и ценовой доступности;
- ввести пропорционально более высокий налог на крепкие спиртные напитки или, напротив, налоговые льготы для продукции с меньшим содержанием спирта;
- добавить специальный налог на продукцию, которая особенно привлекательна для молодых потребителей. В некоторых странах такие налоги были введены на слабоалкогольные газированные и схожие с ними напитки;
- установить минимальную разрешённую цену за литр чистого спирта. В тех странах, которые изберут этот вариант, такая мера в большей степени будет гарантировать желаемое повышение розничных цен на алкогольную продукцию, по сравнению с повышением налога, которое производители могут нивелировать за счёт компенсации из собственных ресурсов, не перенося налоговое бремя на потребителя.

### ***Уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения***

#### *Основной тезис*

Львиная доля алкоголя потребляется в эпизодах распития спиртных напитков в больших количествах, а это наиболее опасная форма употребления алкоголя, ведущая к причинению вреда другим людям и самим пьющим не только в виде несчастных случаев и внезапной смерти, но и в виде хронических болезней, приводящих к смертельному исходу. Все возможные варианты политики, предлагаемые в данном Плане действий, со значительной вероятностью позволят снизить частоту и масштаб эпизодов употребления алкоголя в больших количествах, но не менее важную роль играют и меры воздействия на средовые условия распития алкогольных напитков. Для того чтобы эти меры были эффективными, требуется координация действий государства, систем здравоохранения, органов охраны правопорядка, систем уголовного правосудия, лицензирующих органов, предприятий розничной торговли и точек продажи алкоголя, а также местных сообществ и других заинтересованных сторон.

### *Результат*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны должны принимать меры, направленные на снижение смертности, связанной с алкогольным опьянением и, в частности, числа случаев смерти от спровоцированных алкоголем преднамеренных и непреднамеренных травм.

### *Показатель*

Уровни смертности в результате связанных с алкоголем преднамеренных и непреднамеренных травм.

### *Общие сведения*

Употребление алкоголя в больших количествах и алкогольное опьянение – в любых ситуациях, в том числе дома и в питейных заведениях – причиняют особенно серьёзный вред здоровью и социальному благополучию. Хотя сокращению уровней потребления алкоголя в больших количествах могут способствовать все направления деятельности, предусматриваемые в настоящем плане, действия в данном разделе сосредоточены, в первую очередь, на борьбе с последствиями опьянения в распивочных заведениях (бары, рестораны и т.п.). Легкий доступ к дешёвому алкоголю из других точек розничной торговли может приводить к тому, что многие клиенты приходят в питейные заведения уже в состоянии опьянения. Среди распивочных заведений может быть сопряжена с такими антиобщественными проявлениями, как пребывание в общественном месте в состоянии явного опьянения, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения и агрессивное поведение, а для отдельных заведений бывает характерен несоразмерно высокий уровень причиняемого вреда. Зависимость между употреблением алкоголя и вызванным им вредом может как напрямую, так и опосредованно определяться физическими и социальными условиями, в которых происходит распитие спиртных напитков. Меры вмешательства, принимаемые в отношении мест употребления алкоголя, могут играть важную роль в предотвращении проблем, которые часто затрагивают и тех, кто не пьёт, в особенности проблем насилия и управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.

### *Стратегии*

Типичная разновидность распивочной среды – алкогольные бары. Элементы окружающей среды в барах, которые повышают вероятность возникновения проблем, связанных с алкоголем, включают практику обслуживания, сподвигающую пьяницству, агрессивное принуждение к соблюдению требования относительно времени закрытия бара как со стороны его работников, так и со стороны местной полиции, неспособность работников баров управляться с проблемным поведением клиентов и такие харак-

теристики баров, как переполненность посетителями и готовность обслуживать несовершеннолетних или лиц в состоянии алкогольного опьянения. Соблюдением правил обслуживания в барах, направленных на предупреждение пьянства, удается достичь лишь незначительного снижения числа случаев употребления алкоголя в больших количествах, сопряжённого с высоким риском опасных последствий. Однако положительный эффект значительно усиливается, если активно и непрерывно осуществляются меры принуждения к исполнению законов, запрещающих отпуск алкоголя лицам в состоянии выраженного опьянения. В тех странах, где это ещё не сделано, внедрение системы лицензирования торговли алкогольными напитками и правила выдачи лицензий позволяют обеспечить соблюдение питейными заведениями определённых стандартов, с тем чтобы снизить вероятность причинения связанного с алкоголем вреда. Можно осуществлять регулярный мониторинг соблюдения этих правил на местном уровне и налагать санкции за их нарушения, включая отзыв лицензии. Предварительным условием для получения и продления лицензии может быть участие в программах обучения персонала питейных заведений.

На всех ёмкостях с алкогольными напитками должны размещаться этикетки с предупреждением об опасности алкоголя для здоровья людей как один из элементов более широких кампаний по распространению информации и кампаний по санитарному просвещению, проводимых в точках сбыта и направленных на сокращение вредного употребления алкоголя. Будучи однажды внедрёнными в практику, этикетки с предупреждением об опасности алкоголя обходятся очень дёшево и как минимум будут напоминать потребителям и обществу в целом о том, что алкоголь отличается от обычных товаров потребления. Аналогично размещению информации на этикетках пищевых продуктов, на этикетках алкогольных напитков должно быть указано содержание спирта в легко понятной форме и рекомендуемые государством-членом ограничения для мужчин и женщин. Должны быть перечислены ингредиенты, влияющие на здоровье, в частности содержание калорий. В целом же необходимо, чтобы система маркировки алкогольных напитков была такая же, как и для пищевых продуктов, чтобы потребители могли получить полную информацию о содержимом и составе продукта и таким образом были защищены их здоровье и интересы.

### *Возможные варианты действий*

Поскольку во всех государствах могут быть питейные заведения с плохо продуманным проектом помещения или нарушающие законодательство, запрещающее обслуживать несовершеннолетних или лиц в состоянии алкогольного опьянения, всегда есть возможности для активизации местных уси-

лий в этой области в целях снижения вреда. Ниже приведены важные меры, которые можно использовать в этих целях.

Полезно разработать методические указания и стандарты по планировке помещений питейных заведений, обучению персонала и по мониторингу и контролю соблюдения лицензионного законодательства. Этими документами следует снабдить органы лицензирования и питейные заведения. Методические указания и стандарты должны быть ориентированы на охрану здоровья населения.

Там, где нормы лицензирования существуют, их следует пересмотреть и, при необходимости, укрепить. Нормы и правила должны обеспечивать соответствие помещений питейных заведений установленным стандартам, сделать обучение персонала заведений обязательным условием для получения лицензии, обеспечивать регулярный мониторинг и контроль соблюдения норм и правил на местном уровне, предусматривать достаточно суровые санкции (включая лишение лицензии) за нарушения, совершённые заведением или его сотрудниками, а также достаточно суровые санкции по отношению к лицензирующем органам в случае их неэффективной работы.

Необходимо содействовать внедрению серии этикеток с предупреждением об опасности алкоголя на всех ёмкостях с алкогольными напитками и на всех рекламных материалах, касающихся алкогольных напитков. Содержание предупреждающих надписей может быть разработано компетентными органами общественного здравоохранения. Акцент в этих предупреждениях может быть сделан на непосредственном риске, например употребление алкоголя во время беременности или при управлении транспортным средством, или на отдалённых последствиях употребления алкоголя, например повышение кровяного давления и развитие рака.

Следует по возможности внедрять такую же маркировку алкогольной продукции, которая применяется для пищевых продуктов, с указанием содержания спирта, калорий, добавок, наличия возможных аллергенов и т.д.

### ***Сокращение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе***

#### *Основной тезис*

Количество неучтённого алкоголя, который потребляется в странах Европы, точно не известно, но по некоторым оценкам, в целом оно может составлять от одной трети до двух пятых всего объёма алкоголя, причём в восточной части Региона эта доля намного больше, чем в западной. Считается, что в расчёте на единицу содержания спирта неучтённый алкоголь оказывает большее воздействие на

здоровье, чем официально учтённый, хотя масштаб этой потенциальной проблемы в точности не известен. Политика в отношении алкоголя должна быть направлена, в первую очередь, на снижение вреда от официально учтённого алкоголя и на перевод большего количества неучтённого алкоголя в разряд учтённого и регулируемого и одновременно предусматривать проведение полной оценки потенциального вреда, связанного со всеми видами неучтённого алкоголя.

#### *Результат*

На протяжении всего периода, охватываемого Планом действий, страны, где данная проблема существует, должны добиваться сокращения содержания вредных химических соединений в неучтённых алкогольных напитках.

#### *Показатели*

Рекомендуемые контрольные показатели – содержание ацетальдегида, кумарина, фталата и этилкарбамата в пробах неучтённого алкоголя.

#### *Общие сведения*

Термин «неучтённый алкоголь» охватывает спиртные напитки, произведённые в неорганизованном секторе (кустарным способом) и в домашних условиях, незаконно изготовленную или контрабандную алкогольную продукцию, а также суррогатный алкоголь, который официально не предназначен для питьевого употребления. Употребление алкоголя, произведённого незаконно или в неорганизованном секторе, и суррогатного алкоголя может оказывать вредное воздействие на здоровье в силу более высокого содержания этанола или наличия загрязнителей, оказывающих токсическое воздействие на печень. Незаконно продаваемый алкоголь может также представлять угрозу для здоровья по причине более низкой стоимости, что стимулирует более высокое потребление, особенно среди молодёжи и несовершеннолетних.

#### *Стратегии*

Несмотря на обеспокоенность по поводу потенциального вреда для здоровья, обусловленного химическим составом неучтённого алкоголя, данных по этой проблеме в Европейском регионе поразительно мало. В результате небольшого исследования проб, собранных в 17 странах Европы, было установлено, что, хотя содержание этанола в пробах часто было выше, чем в учитываемом алкоголе, загрязняющих веществ в большинстве проб не было. Исключение составили крепкие спиртные напитки, изготовленные из фруктов – в них обычно наблюдалась повышенная концентрация этилкарбамата. В настоящее время в политике в отношении алкоголя отсутствует основанная на фактических данных концепция регулирования неучтённого алкоголя, если

не считать нескольких успешных мер политики, предпринятых в прошлом, таких как запрет использования метанола в производстве денатурированного спирта. Возможно применение дополнительных мер, таких как легализация неучтённого алкоголя с последующим контролем его качества или инструктирование производителей неучтённого алкоголя тому, как избегать в дальнейшем выявленных проблем.

Хотя любой товар, облагаемый высокими налогами, может становиться предметом различных правонарушений, это не означает, что сниженные и единые ставки налога приведут к снижению объёмов контрабанды алкоголя. На помощь в мониторинге и борьбе с контрабандой могут прийти два инструмента: компьютеризация данных надзора за перемещением подакцизной продукции и выдача акцизных марок, указывающих время и место уплаты пошлины.

#### *Возможные варианты действий*

Основные усилия в политике в отношении алкоголя должны оставаться направленными на снижение вреда, причиняемого учитываемым алкоголем. Тем не менее, знаний о масштабах незаконной торговли и потенциальном воздействии неучтённого алкоголя на здоровье по-прежнему мало. Дополнительная польза для здоровья может быть получена посредством ряда мер.

Необходимо предпринимать новые оценки масштабов незаконного рыночного оборота, а также активно проводить химические исследования проб неучтённого алкоголя, чтобы выявить наиболее опасную продукцию и её потенциал причинения вреда.

При наличии условий следует проводить работу с изготовителями неучтённой или суррогатной продукции, чтобы снизить риск вреда, обусловленного технологией производства. Для отслеживания перемещения алкогольной продукции необходимо применять компьютеризованные системы, а также использовать акцизные марки, чтобы облегчить отслеживание и идентификацию незаконной продукции.

#### *Мониторинг и эпиднадзор*

##### *Основной тезис*

План действий будет более эффективен, если будут наложены мониторинг и оценка его осуществления и вклада в снижение связанного с алкоголем вреда. Это требует прозрачности и регулярной отчётности перед общественностью о ходе реализации плана. Также для этого необходимы достаточно активное руководство и адекватные ресурсы, которые позволят получить необходимые данные и обеспечить совместную работу многочисленных государственных ведомств и секторов над подготовкой регулярных и подробных отчётов о мониторинге и эпиднадзоре.

##### *Результат*

Страны должны регулярно публиковать всеобъемлющие доклады о положении дел в отношении алкоголя, в которые должна входить информация об употреблении алкоголя взрослыми и несовершеннолетними, о связанном с употреблением алкоголя нездоровье и об издержках для общества. Все страны должны представлять данные по всем показателям обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье».

##### *Показатель*

Рекомендуемый показатель – наличие в открытом доступе регулярно публикуемых всеобъемлющих докладов о положении дел в отношении алкоголя.

##### *Общие сведения*

Как было подчёркнуто в разделе, посвящённом стратегическим мерам, обеспечение эффективности планов действий и стратегий в отношении алкоголя требует, чтобы в них были сформулированы задачи и итоговые ожидаемые результаты, которые должны быть доведены до общественности и на достижение которых должна быть направлена вся работа. Необходимо выработать и применять показатели процесса и конечных результатов и вести их мониторинг, публикуя регулярные отчёты для информирования заинтересованных сторон. Регулярная оценка достижений позволит отслеживать прогресс в осуществлении национального плана действий или стратегии, поможет выявить их эффективные и неэффективные аспекты и позволит регулярно пересматривать план или стратегию. Должны быть опубликованы национальный документ и отчёты о результатах мониторинга; следует предложить государственным секторам, НПО и другим заинтересованным сторонам регулярно предоставлять свои комментарии и отзывы об этих отчётах.

##### *Стратегии*

Комитет Европейской комиссии по сбору данных, показателям и определениям, касающимся проблемы алкоголя, порекомендовал три ключевых показателя для мониторинга динамики потребления алкоголя и о связанном с ним вреде. Эти показатели учитывают следующие параметры:

- *объём потребления* – общий объём учтённого и неучтённого среднедушевого потребления чистого спирта в литрах взрослым населением (15 лет и старше), с раздельным учётом потребления пива, вин и крепких спиртных напитков;
- *модель вредного употребления* – потребление не менее 60 граммов чистого спирта за один эпизод, по меньшей мере, один раз в месяц за последние 12 месяцев;
- *нанесённый ущерб здоровью* – утраченные годы жизни (YLL) в связи с употреблением

алкоголя, с раздельным учётом для хронических заболеваний и травматизма.

Целесообразно составлять ежегодные доклады по алкоголю, которые охватывали бы как минимум следующие пять тем:

- *употребление алкоголя взрослыми*, включая тенденции употребления алкоголя, типы потребляемого алкоголя, социально-экономические переменные, демографические характеристики, употребление алкоголя и беременность, поведение взрослых в отношении употребления алкоголя и знания об алкоголе, а также географические особенности моделей употребления алкоголя;
- *употребление алкоголя несовершеннолетними*, включая тенденции употребления алкоголя, типы потребляемого алкоголя, социально-экономические переменные и употребление алкоголя среди различных этнических групп, ассоциации с употреблением других веществ и поведение в отношении употребления алкоголя и знания об алкоголе;
- *нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя*, включая опасное и вредное употребление алкоголя, а также алкогольную зависимость, амбулаторные обращения за медицинской помощью по поводу алкогольной проблемы, связанные с употреблением алкоголя госпитализации и смертность;
- *наличие и ценовая доступность алкоголя*;
- *издержки для общества*, включая расходы, обусловленные вредом, правонарушениями и дорожно-транспортными происшествиями, связанными с алкоголем;
- *меры политики*, включая все стратегически важные для страны результаты осуществления Плана действий, касающиеся лидерства, информированности и приверженности, мер со стороны служб здравоохранения, работы с населением и работы на уровне предприятий и организаций, управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, доступности, маркетинга, ценовой политики, снижения интоксикации и уменьшения воздействия алкоголя, произведённого незаконно или в неорганизованном секторе.

#### *Возможные варианты действий*

Хотя в ряде стран существует практика регулярной подготовки докладов по проблеме алкоголя, в которых собраны все данные по этой проблеме, вполне вероятно, что государства-члены смогут найти способы повысить качество этих данных и укрепить свои системы анализа и отчётности. Но добиваться улучшения планов действий и стратегий сложно, если нет широкого мониторинга и оценки достигнутого. В этом отношении целесообразно предпринять ряд конкретных мер.

- Ежегодно сводить все имеющиеся данные по алкоголю в одном докладе, который бы охватывал вопросы потребления, социальных издержек и ответных мер политики и был доступен для широкой общественности. Этот доклад мог бы поочерёдно включать более подробную информацию по какой-то одной теме.
- Усовершенствовать аналитические методы, применяемые при подготовке данных по алкоголю. Данные о заболеваемости и смертности должны включать расчёты долей (атрибутивных фракций), которые можно отнести на счёт алкоголя. Важно также оценивать социальные издержки, особенно те, которых можно было избежать в результате осуществления конкретных мер политики в отношении алкоголя.

### **Роль Европейского регионального бюро ВОЗ**

#### *Лидерство*

Европейское региональное бюро ВОЗ вместе со своими сотрудничающими центрами будет по-прежнему играть ведущую роль в координации мер реагирования на конкретные проблемы вреда, связанного с употреблением алкоголя в Европе. Региональное бюро будет тесно сотрудничать со штаб-квартирой ВОЗ в целях содействия реализации Глобальной стратегии снижения вредного употребления алкоголя как в масштабе Европейского региона, так и во всём мире.

На основе данного Плана действий Региональное бюро подготовит публикацию, в которой будет приведен контрольный перечень вопросов для государств-членов. В приложении будут помещены предложенные показатели с указанием конкретного оперативного контекста и связями с индикаторами, используемыми в Европейской информационной системе «Алкоголь и здоровье». Региональное бюро продолжит тесное сотрудничество с Европейской комиссией в осуществлении совместных действий. Региональное бюро будет оказывать помощь странам в осуществлении, мониторинге и оценке политики в отношении алкоголя в соответствии с их потребностями, культурными особенностями и социально-экономическим устройством. Оно будет поддерживать связь с соответствующими межправительственными организациями, такими как Программа развития ООН (ПРООН), Всемирный банк, Международная организация труда (МОТ), Всемирная торговая организация (ВТО) и Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), добиваясь включения политики в отношения алкоголя в соответствующие повестки дня в области социального и экономического развития.

#### *Укрепление институционально-кадрового потенциала*

В контексте подхода к проблемам, связанным с употреблением алкоголя, с позиций общественного

здравоохранения Европейское региональное бюро ВОЗ будет оказывать поддержку государственным органам на национальном и субнациональном уровнях, особенно в странах с наиболее тяжёлым бременем связанной с алкоголем инвалидности и смертности, с тем, чтобы они повышали приоритетность профилактики вреда, причиняемого алкоголем, и увеличивали инвестиции в осуществлении стратегий с доказанной эффективностью. Региональное бюро будет помогать странам продолжать анализ характера и масштабов проблем у населения, связанных с употреблением алкоголя, имеющихся ресурсов и инфраструктуры для снижения частоты, распространённости и воздействия этих проблем, а также благоприятных возможностей и возможных сдерживающих факторов при принятии новых стратегий и программ. Оно также будет помогать странам формулировать, разрабатывать и осуществлять планы действий в отношении алкоголя с чёткими задачами, стратегиями и целевыми показателями и с достаточным финансированием; создавать или укреплять механизмы и координирующие центры для координации работы заинтересованных сторон в области общественного здравоохранения. Наконец, Региональное бюро будет оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении и оценке эффективности научно-обоснованных стратегий и программ с использованием, где это возможно, существующих структур.

#### *Мониторинг и эпиднадзор*

Ввиду необходимости создать устойчивую систему мониторинга и надзора за прогрессом в смягчении вредных последствий употребления алкоголя, Европейское региональное бюро совместно с Европейской комиссией и штаб-квартирой ВОЗ продолжит работу по ведению и дальнейшему развитию Европейской информационной системы «Алкоголь и здоровье» (с участием национальных координаторов), задачей которой является сбор и анализ информации, полученной в результате мониторинга и эпиднадзора по вопросам алкоголя, на основании согласованных и установленных сопоставимых данных и определений. Региональное бюро будет поддерживать включение в эту систему соответствующих данных, полученных от международных агентств, таких как Европейская комиссия, чтобы можно было продолжать проводимые в настоящее время работы по мониторингу, а также предоставлять информацию странам, которые пока не создали системы мониторинга и эпиднадзора по вопросам алкоголя. ВОЗ будет всемерно содействовать тому, чтобы все заинтересованные участники открыто предоставляли данные и информацию по вопросам, относящимся к алкоголю.

Региональное бюро будет и дальше выполнять функции внесения сведений о программах, законах и нормативах, а также данных об эффективности стратегий и программ в информационную систему, чтобы было легче выявлять передовую практику и со-

действовать государствам-членам в формулировании эффективных программ.

#### *Распространение знаний*

Для того чтобы эффективно использовать растущий объём знаний и предпринимать научно обоснованные меры по снижению вредного употребления алкоголя, Региональное бюро будет прилагать все усилия к тому, чтобы регулярно доводить до сведения государств-членов новейшие результаты исследований, касающихся мер политики в отношении алкоголя и их реализации, и будет осуществлять документирование, систематизацию и распространение практического опыта проведения объективно обоснованной антиалкогольной политики в различных социальных условиях и на различных уровнях управления.

#### *Работа с другими организациями*

Признавая ту роль, которую могут играть НПО в поддержке политики в отношении алкоголя, Европейское региональное бюро ВОЗ будет уделять больше внимания процессам консультаций и сотрудничества с НПО и соответствующими профессиональными организациями, у которых нет конфликта интересов с общественным здравоохранением.

В своей работе с другими организациями Региональное бюро руководствуется принципом, согласно которому направления государственной политики и меры вмешательства по предупреждению и снижению связанного с алкоголем вреда должны определяться и формулироваться, исходя из интересов общественного здоровья, и основываться на ясных целях общественного здравоохранения и наиболее достоверных и полных фактических данных.

#### Приложение 1

#### **Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC61/R4**

#### **Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг.**

Региональный комитет,  
вновь подтверждая, что вредное употребление алкоголя является одной из серьёзных проблем общественного здравоохранения, отмечая при этом, что уровень потребления алкоголя и масштабы наносимого им ущерба в Европейском регионе ВОЗ являются самыми высокими в мире;

ссылаясь на свою резолюцию EUR/RC42/R8, в которой он утвердил первый и второй этапы Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя, а также на Европейскую хартию по алкоголю, принятую на Европейской конференции «Здоровье, общество и алкоголь», состоявшейся в Париже в декабре 1995 г.;

ссылаясь на свои резолюции EUR/RC49/R8, в которой он утвердил третий этап Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя, и EUR/RC51/R4, в которой он утвердил Декларацию «Молодёжь и алкоголь»,

принятую на конференции ВОЗ на уровне министров «Молодёжь и алкоголь» в Стокгольме в феврале 2001 г.;

ссылаясь на резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.26 по проблемам здравоохранения, вызываемым вредным употреблением алкоголя;

ссылаясь на свою резолюцию EUR/RC55/R1, в которой были утверждены Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ;

ссылаясь на резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA61.4 о стратегиях сокращения вредного употребления алкоголя и WHA63.13 о глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя;

рассмотрев Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг.<sup>1</sup>

подтверждая, что цель Плана действий – предоставить руководящие принципы для борьбы против вредного воздействия алкоголя на всех уровнях, а также установить приоритетные направления европейских действий, укрепления международного сотрудничества и участия всех государств-членов в принятии экономически эффективных, обоснованных и всесторонних ответных мер с должным учётом религиозных и культурных различий;

учитывая, что План действий будет согласован и скомандирован с Европейским планом действий по неинфекционным заболеваниям на 2012-2016 гг., с Рамочной основой действий по укреплению общественного здравоохранения и с новой европейской политикой здравоохранения Здоровье-2020;

осознавая угрозу общественному здоровью, связанную с вредным употреблением алкоголя, и важное значение того, чтобы при реализации Плана действий государства-члены стремились к получению поддержки и вовлечению всех секторов, участвующих в осуществлении мультидисциплинарного подхода;

принимая во внимание необходимость адекватного рассмотрения проблем общественного здравоохранения, связанных с вредным употреблением алкоголя, при формулировании политики в области экономики, маркетинга и торговли на национальном и международном уровнях;

признавая ведущую роль ВОЗ в расширении международного сотрудничества в целях реализации эффективных и научно обоснованных стратегий деятельности в отношении алкоголя;

1. СОГЛАШАЕТСЯ с тем, что Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг. предлагает стратегическое руководство и варианты политики для государств-членов Европейского региона, принимая во внимание ранее взятые обязательства, а также новые тенденции развития, имеющиеся препятствия и возможности для действий на национальном и международном уровнях;

2. РЕКОМЕНДУЕТ государствам-членам<sup>2</sup>:

(a) использовать данный План действий для выработки или, при необходимости, пересмотра национальных стратегий и национальных планов действий в отношении алкоголя;

(b) укреплять международное сотрудничество, принимая во внимание растущую значимость общих для всех стран и трансграничных проблем и угроз в этой области;

(c) активно продвигать и поддерживать политику и вмешательства, направленные на сокращение масштабов вредного употребления алкоголя, в интересах поддержания и охраны общественного здоровья, обеспечивая, чтобы принимаемые для этого

меры оставались соразмерными и основанными на фактических данных;

(d) всемерно содействовать использованию научно обоснованного подхода, с вовлечением всех уровней правительства, а также всех соответствующих отраслей и вовлечённых заинтересованных сторон, включая местные сообщества, гражданское общество и частный сектор, в реализацию мер, необходимых для предупреждения или снижения вреда, связанного с алкоголем;

(e) стимулировать и пропагандировать всё более широкое внедрение безалкогольной политики в различных сферах жизни – на рабочих местах, в общественном транспорте, среди детей и молодёжи и во время беременности;

(f) снижать уровень воздействия маркетинга алкогольных напитков и, в особенности, ограждать детей и молодёжь от любых форм алкогольного маркетинга;

(g) обеспечить, чтобы при этом меры, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, соответствовали международным договорам и соглашениям;

3. ПРИЗЫВАЕТ международные, межправительственные и неправительственные организации, а также организации самопомощи поддержать настоящий План действий и проводить совместную работу с государствами-членами и Региональным бюро ВОЗ по созданию и осуществлению национальных стратегий, направленных на сокращение неблагоприятных медико-санитарных и социальных последствий вредного употребления алкоголя;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Региональному директору:

(a) выполнять лидирующую роль в решении данной проблемы общественного здравоохранения и оказывать поддержку руководителям и организациям, формирующим политику в европейских странах, в разработке национальных стратегий и планов в рамках всеобщих мер борьбы с неинфекциоными заболеваниями;

(b) проводить мониторинг прогресса, эффективности и хода реализации Плана действий, использовать собранную информацию для пересмотра и обновления Европейской информационной системы по алкоголю и здоровью, а также для регулярного составления докладов об уровнях потребления алкоголя, причиняемого им вреда и проводимой работе в масштабах Региона;

(c) мобилизовать ресурсы для проведения в Регионе адекватных мероприятий в сфере укрепления здоровья, профилактики и лечения болезней, научных исследований, оценки и эпидемиологического надзора в соответствии с целями Плана действий;

(d) сотрудничать с государствами-членами и организациями и оказывать содействие в их усилиях по разработке и реализации национальных стратегий, направленных на предупреждение или снижение вреда, связанного с употреблением алкоголя, в странах Региона;

(e) всемерно содействовать развитию партнерств в поддержку Плана действий с государственными и неправительственными организациями, а также между государствами-членами, ВОЗ, другими международными организациями и региональными действующими силами; и

(f) мобилизовать другие международные организации для достижения целей Плана действий.

<sup>1</sup> Документ EUR/RC61/13.

<sup>2</sup> И, в соответствующих случаях, региональным организациям экономической интеграции.

**Показатели*****Показатели потребления алкоголя и связанного с ним вреда, используемые в Европейской информационной системе, «Алкоголь и здоровье»***

<b>Наименование показателя</b>	Учтённое потребление чистого спирта на душу взрослого населения (15 лет и старше)
<b>Определение</b>	Учтённое количество потреблённого алкоголя в расчёте на одного взрослого (15 лет и старше) в стране за календарный год в литрах чистого спирта. Показатель учитывает только потребление, учтённое благодаря данным о производстве, импорте, экспорте и продаже (часто через данные налогообложения). Числитель: количество потребленного учтённого алкоголя в расчёте на одного взрослого (15 лет и старше) за календарный год, в литрах чистого спирта. Знаменатель: постоянное население страны (15 лет и старше) за этот же календарный год по состоянию на середину года («Перспективы мирового населения» <sup>1</sup> ООН, средний вариант). С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Неучтённое потребление чистого спирта на душу взрослого населения (15 лет и старше)
<b>Определение</b>	Неучтённое потребление алкоголя взрослыми (15 лет и старше) в стране за календарный год, в литрах чистого спирта. Под неучтённым потреблением алкоголя понимается алкоголь, не обложенный налогами и не охваченный обычной системой государственного контроля – например, алкоголь, произведённый в домашнем или неформальном секторе (как легально, так и нелегально), контрабандный алкоголь, суррогатный алкоголь (не предназначенный для употребления человеком), или алкоголь, приобретённый за границей (учтённый в другом государстве). Числитель: количество неучтённого потреблённого алкоголя в расчёте на одного взрослого (15 лет и старше) за календарный год, в литрах чистого спирта. Знаменатель: постоянное население страны (15 лет и старше) за этот же календарный год по состоянию на середину года («Перспективы мирового населения» ООН, средний вариант).
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Общее потребление чистого спирта на душу взрослого населения (15 лет и старше)
<b>Определение</b>	Общее (учтённое плюс неучтённое) количество алкоголя, потреблённого в расчёте на одного взрослого человека (15 лет и старше) за календарный год, в литрах чистого спирта. Учтённое потребление алкоголя означает официальные статистические данные (производство, импорт, экспорт и продажи или данные налогообложения), а под неучтённым потреблением алкоголя понимается алкоголь, не обложенный налогами и находящийся вне обычной системы государственного контроля. В случае, если количество туристов, посещающих страну за год, не меньше, чем количество жителей страны, учитывается и потребление алкоголя туристами, которое потом вычитается из учтённого потребления на душу взрослого населения страны.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Общее потребление чистого спирта на одного взрослого (15 лет и старше) среди лиц, употребляющих алкогольные напитки
<b>Определение</b>	Общее (учтённое и неучтённое) количество алкоголя, потребляемое в расчёте на одного взрослого (15 лет и старше), употребляющего алкогольные напитки, в течение календарного года, в литрах чистого спирта. Числитель: общее потребление на душу взрослого населения. Знаменатель: единица минус суммарный процент лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<sup>1</sup> World Population Prospects, the 2010 revision [online database]. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Section, 2011 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, accessed 16 October 2012).

<b>Наименование показателя</b>	Лица, воздерживающиеся от употребления алкоголя (15 лет и старше) на протяжении всей жизни
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше) в данной совокупности, которые на протяжении всей своей жизни никогда не употребляли алкоголь, установленная на определенный момент времени. Числитель: количество лиц (15 лет и старше), которые на протяжении всей своей жизни никогда не употребляли алкоголь. Знаменатель: общее количество участников (15 лет и старше), ответивших в ходе данного обследования на соответствующий вопрос. Весовой коэффициент определяется в соответствии с дизайном исследования.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лица (15 лет и старше), воздержавшиеся от употребления алкоголя на протяжении последних 12 месяцев
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше) в данной совокупности, которые на протяжении последних 12 месяцев не употребляли алкоголь, установленная на определенный момент времени. Числитель: количество лиц (15 лет и старше), которые на протяжении последних 12 месяцев не употребляли алкоголь. Знаменатель: общее количество участников (15 лет и старше), ответивших в ходе данного обследования на соответствующий вопрос. Весовой коэффициент определяется в соответствии с дизайном исследования.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лица (18-24 года), воздерживающиеся от употребления алкоголя на протяжении всей жизни
<b>Определение</b>	Доля лиц в возрасте 18-24 лет в данной совокупности, которые на протяжении всей своей жизни никогда не употребляли алкоголь, установленная на данный момент времени.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лица (18-24 года), воздержавшиеся от употребления алкоголя на протяжении последних 12 месяцев
<b>Определение</b>	Доля лиц в возрасте 18-24 лет в данной совокупности, которые на протяжении последних 12 месяцев не употребляли алкоголь, установленная на данный момент времени.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лица, эпизодически употребляющие алкоголь в больших количествах (пьянство)
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше), которые за один раз употребляли не менее 60 или более граммов чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Потребление 60 граммов чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным порциям алкогольных напитков. Числитель: (соответствующим образом взвешенное) число респондентов (15 лет и старше), которые, по их словам, за один раз употребляют не менее 60 или более граммов чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Знаменатель: общее число участников обследования (15 лет и старше), ответивших на соответствующий вопрос/вопросы, плюс лица, воздерживающиеся от употребления алкоголя. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лица, эпизодически употребляющие алкоголь в больших количествах, среди лиц, употребляющих алкоголь
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше), употребляющих алкоголь, которые в течение последнего года за один раз употребляли не менее 60 или более граммов чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Потребление 60 граммов чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным порциям алкогольных напитков. Числитель: соответствующим образом взвешенное число лиц (15 лет и старше), употребляющих алкоголь, которые, по их словам, за один раз употребляли не менее 60 или более граммов чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Знаменатель: общее число участников обследования (15 лет и старше, соответствующим образом взвешенное число), в ходе того же обследования ответивших на соответствующий вопрос/вопросы и сообщивших о том, что на протяжении последних 12 месяцев они хотя бы раз употребили стандартную порцию алкогольного напитка (10 граммов).
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Стандартизованные по возрасту показатели смертности (15 лет и старше) от состояний, связанных с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Количество лиц среди данной совокупности, умерших в результате алкогольной болезни печени (код K70), цирроза печени (коды K70, K74), дорожно-транспортных происшествий (коды V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89 и V99), отравлений (коды X40-X49) и актов физического насилия (коды X85-Y09, Y871), соответственно (коды по МКБ-10 <sup>2</sup> ), в течение календарного года. Показатели смертности стандартизированы по возрасту по стандартному населению ВОЗ. Числитель: общее число случаев смерти от соответствующего вышеуказанного состояния в течение календарного года среди населения страны. Знаменатель: при наличии – данные о численности населения, предоставленные странами. При их отсутствии – оценочные данные о численности населения, подготовленные Отделом народонаселения ООН. Число случаев смерти приводится на 100 000 населения. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Выписка из больниц: связанные с алкоголем травмы и отравления
<b>Определение</b>	Количество лиц, у которых были диагностированы травмы или отравление, связанные с употреблением алкоголя, госпитализированных и выписанных из стационара в течение календарного года, поделенное на общую численность населения. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Выписка из больниц: алкогольная болезнь печени
<b>Определение</b>	Количество лиц, у которых была диагностирована алкогольная болезнь печени, пролеченных в стационаре и выписанных в течение календарного года, поделенное на общую численность населения. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Алкогольный психоз
<b>Определение</b>	Количество новых случаев алкогольного психоза, выявленных за определенный период, поделенное на общую численность населения. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Обусловленные употреблением алкоголя заболевания (моментная превалентность)
<b>Определение</b>	Взрослые (15 лет и старше), страдающие обусловленными потреблением алкоголя заболеваниями (по МКБ-10: F10.1 Вредное употребление алкоголя; F10.2 Алкогольная зависимость) за данный календарный год. Числитель: Количество взрослых (15 лет и старше) с диагнозами F10.1 и F10.2 за календарный год. Знаменатель: постоянное население (15 лет и старше) по состоянию на середину года, за тот же календарный год («Перспективы мирового народонаселения» ООН, средний вариант). С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, связанные с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Дорожно-транспортные происшествия, в которых участвовало одно или несколько лиц, находящихся под воздействием алкоголя. Сюда входят происшествия, в результате которых были причинены травмы. Происшествия, в результате которых был нанесён только материальный ущерб, здесь не учитываются. Определение дорожно-транспортного происшествия дано Комитетом по внутреннему транспорту Европейской экономической комиссии ООН (ЕЭК). С 2002 г. источником данных является сборник ЕЭК «Статистика дорожно-транспортных происшествий в Европе», Женева. Коэффициент ДТП приводится на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<sup>2</sup> Международная классификация болезней [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (<http://www.mkb10.ru/>, по состоянию на 10 ноября 2012 г.).

<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголем водителями
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране за данный год, при которых хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное законом допустимое значение, поделенное на общую численность населения страны. Коэффициент ДТП приводится на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголем водителями (процент от всех ДТП)
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране за данный год, при которых хотя бы у одного из участвующих водителей уровень содержания алкоголя в крови превышал установленное законом предельно допустимое значение, поделенное на общее количество ДТП.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

***Показатели, касающиеся лидерства, информированности и приверженности***

<b>Наименование показателя</b>	Публикация данных в отношении алкоголя в ежегодном национальном отчёте
<b>Определение</b>	Данные в отношении алкоголя публикуются в ежегодном национальном отчёте. Это существующий в письменном виде документ, который ежегодно готовится государственными органами. В него входит информация и данные в отношении потребления алкоголя, обращений к службам здравоохранения и социального обеспечения, наличия ресурсов для лечения заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, экономических аспектов и любая иная важная информация, касающаяся употребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Важность роли заинтересованных сторон
<b>Определение</b>	Степень важности роли заинтересованных сторон (то есть неправительственных организаций, медицинских работников / служб здравоохранения, научных и исследовательских организаций, объединений нанимателей и работников, страховых компаний, СМИ, различных продавцов алкоголя, гостиниц, ресторанов и кафе и производителей алкогольных напитков) в таких сферах, как: <ul style="list-style-type: none"> <li>• предотвращение употребления алкоголя несовершеннолетними;</li> <li>• целевая поддержка (информация, инструменты, консультирование) лиц, употребляющих алкоголь во вредных и опасных количествах;</li> <li>• предотвращение управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;</li> <li>• выработка государственной политики, направленной на снижение вреда, связанного с употреблением алкоголя.</li> </ul> Степень важности оценивается центральными органами власти данной страны в рамках Европейского обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по категориям «высокая», «средняя», «низкая» или «не участвуют».
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Строка в бюджете, выделенная для лечения заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Существование в годовом бюджете государства регулярного источника средств, которые выделяются на мероприятия, связанные с лечением и службами лечения заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Строка в бюджете, выделенная на профилактику заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Существование в годовом бюджете государства регулярного источника средств, которые выделяются на мероприятия по профилактике и службы, занимающиеся профилактикой заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Направление поступлений от налогов на алкоголь на финансирование служб здравоохранения
<b>Определение</b>	Направление поступлений от налогов на алкоголь на финансирование служб здравоохранения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Исследования / мониторинг проблем алкоголя, финансируемые из средств государственного бюджета
<b>Определение</b>	Осуществление программ исследований / мониторинга проблем алкоголя, финансируемых из средств государственного бюджета.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Средства государственного бюджета, выделяемые на исследования / мониторинг проблем алкоголя
<b>Определение</b>	Объём средств государственного бюджета, выделяемых на исследования / мониторинг проблем алкоголя, в евро.
<b>Форма представления данных</b>	Итоговая сумма
<b>Наименование показателя</b>	Принятая национальная политика в отношении алкоголя в письменном виде
<b>Определение</b>	Принятие национальной политики в отношении алкоголя в письменном виде. Принятая национальная политика в отношении алкоголя в письменном виде означает организованный в виде письменного документа набор ценностей, принципов и целей в отношении снижения бремени для данного населения, относимого на счёт употребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Наличие практически действующих программы / стратегии / плана действий / специального законодательства в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Показывает, существуют ли в стране практически действующие программа / стратегия / план действий / специальное законодательство в отношении алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Показатели, которые используются для оценки достижения целей политики
<b>Определение</b>	Показатели, которые используются для оценки достижения цели / целей национальной политики в отношении алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Центральный орган, координирующий выработку и мониторинг политики в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Указывает на то, какой сектор государственного управления несёт общую ответственность за координацию выработки и мониторинга общенациональной политики в отношении алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Центральный орган, координирующий реализацию политики в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Указывает, имеется ли в стране центральная структура, координирующая реализацию общенациональной политики в отношении алкоголя. Центральный координирующий орган контролирует реализацию программ в каждой из конкретных областей, охваченных национальной политикой в отношении алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Рамочная основа для национальной политики в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Указывает, в каких рамках представлена национальная политика. Национальная политика может представлять собой специальную политику в отношении алкоголя, быть интегрирована в политику в отношении злоупотребления психоактивными веществами, в политику охраны психического здоровья, политику борьбы с неинфекционными заболеваниями или в общую политику охраны здоровья населения или же в иную политику.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Многосекторальная политика в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие многосекторальной национальной политики в отношении алкоголя. Национальная политика в отношении алкоголя является многосекторальной, если в ней представлены различные секторы (такие как здравоохранение, социальное обеспечение, юстиция, безопасность дорожного движения, образование, занятость, охрана правопорядка, финансы / налоги и т.д.).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Секторы, представленные в национальной политике в отношении алкоголя
<b>Определение</b>	Различные секторы, представленные в национальной политике в отношении алкоголя: это могут быть здравоохранение, социальное обеспечение, юстиция, безопасность дорожного движения, образование, занятость, охрана правопорядка, финансы / налоги и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Вмешательства / проекты на уровне и с участием местных сообществ с привлечением заинтересованных сторон
<b>Определение</b>	Осуществление вмешательств / проектов на уровне и с участием местных сообществ с привлечением заинтересованных сторон.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Вмешательства / проекты с активным участием молодёжи и гражданского общества
<b>Определение</b>	Осуществление вмешательств / проектов с активным участием молодёжи и гражданского общества.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Предусмотренные политикой / планом действий в отношении алкоголя меры по вовлечению молодёжи в деятельность / мероприятия по снижению / предупреждению вреда, обусловленного употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Включение в национальную политику (или план действий) в отношении алкоголя мер, направленных специально на вовлечение молодёжи в деятельность / мероприятия по предупреждению или сокращению вреда, обусловленного употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Мероприятия по повышению уровня информированности
<b>Определение</b>	Осуществление мероприятий по повышению информированности о вреде, обусловленном употреблением алкоголя, об алкоголе и здоровье, алкоголе на работе, об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, о незаконно произведённом / суррогатном алкоголе, о коренных народах, об алкоголе и беременности, о социальном вреде и употребления алкоголя молодёжью.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Информация для потребителей о вреде алкоголя для здоровья, размещенная в местах продажи
<b>Определение</b>	Наличие брошюр и другой информации о вреде, связанном с употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Показатели, касающиеся ответных мер служб здравоохранения</b>	
<b>Наименование показателя</b>	Краткие вмешательства в качестве меры по укреплению здоровья / профилактике заболеваний
<b>Определение</b>	Проведение кратковременных вмешательств в форме мероприятий по укреплению здоровья или мероприятий по профилактике заболеваний.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Обучение проведению скрининга и кратких вмешательств по поводу проблем употребления алкоголя
<b>Определение</b>	Обучение проведению скрининга и кратких вмешательств по поводу проблем употребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Клинические руководства по проведению кратких вмешательств
<b>Определение</b>	Наличие клинических руководств по проведению кратких вмешательств, утвержденных или одобренных, по меньшей мере, одной профессиональной организацией медико-санитарной помощи.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Лица, эпизодически употребляющие алкоголь в больших количествах (пьянство)
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше), которые за один раз употребляли не менее 60 граммов или более чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Потребление 60 граммов чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным порциям алкогольных напитков. Числитель: (соответствующим образом взвешенное) число респондентов (15 лет и старше), которые, по их словам, за один раз употребляют не менее 60 граммов или более чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Знаменатель: общее число участников обследования (15 лет и старше), ответивших на соответствующий вопрос/вопросы, плюс лица, воздерживающиеся от употребления алкоголя. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Лица, эпизодически употребляющие алкоголь в больших количествах, среди лиц, употребляющих алкоголь
<b>Определение</b>	Доля взрослых (15 лет и старше), употребляющих алкоголь, которые в течение последнего года за один раз употребляли не менее 60 граммов или более чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Потребление 60 граммов чистого спирта соответствует примерно 6 стандартным порциям алкогольных напитков. Числитель: соответствующим образом взвешенное число лиц (15 лет и старше), употребляющих алкоголь, которые, по их словам, за один раз употребляли не менее 60 граммов или более чистого спирта не реже одного раза каждую неделю. Знаменатель: общее число респондентов (15 лет и старше, соответствующим образом взвешенное), ответивших на соответствующий вопрос/вопросы в этом же обследовании и сообщивших о том, что на протяжении последних 12 месяцев они хотя бы раз употребили стандартную порцию алкогольного напитка (10 граммов).
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Лица, страдающие обусловленными употреблением алкоголя заболеваниями и получающие лечение
<b>Определение</b>	Доля лиц, страдающих обусловленными употреблением алкоголя заболеваниями, которые получают лечение.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Консультирование беременных женщин, имеющих проблемы с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Предоставление консультаций беременным женщинам, имеющим проблемы с употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Дородовая помощь беременным женщинам, имеющим проблемы с употреблением алкоголя или наркотиков
<b>Определение</b>	Предоставление специализированной и рутинной дородовой помощи беременным женщинам, имеющим проблемы с употреблением алкоголя или наркотиков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Частота случаев алкогольного синдрома плода
<b>Определение</b>	Количество новорождённых, у которых был диагностирован алкогольный синдром плода (код Q86.0 по МКБ-10) за календарный год на 100 000 рождений.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Консультирование детей, живущих в семьях, где есть проблемы с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Предоставление услуг консультирования детей, живущих в семьях, где есть проблемы с употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

#### *Показатели, касающиеся работы на уровне местных общин и на уровне организаций и предприятий*

<b>Наименование показателя</b>	Включённые в школьный учебный план образовательные программы, направленные на целевые группы
<b>Определение</b>	Осуществление программ, направленных на детей и подростков младше минимального возраста, позволяющего употреблять алкогольные напитки, для информирования их о вреде, связанном с употреблением алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Законодательная норма, обязывающая включать программы по профилактике употребления алкоголя в школьные учебные планы/стратегии охраны здоровья
<b>Определение</b>	Наличие законодательной нормы, обязывающей школы осуществлять меры профилактики употребления алкоголя (или алкоголя и других психоактивных веществ) в рамках учебного плана или школьных программ охраны здоровья.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Методические рекомендации по предотвращению/снижению обусловленного употреблением алкоголя вреда в школах
<b>Определение</b>	Наличие методических рекомендаций по предотвращению / снижению обусловленного употреблением алкоголя вреда в учебных заведениях.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Профилактика / консультирование для лиц, имеющих проблемы с употреблением алкоголя, на предприятиях и в организациях
<b>Определение</b>	Оказание услуг по профилактике / консультированию для лиц, имеющих проблемы с употреблением алкоголя, на предприятиях и в организациях.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Несчастные случаи на производстве, связанные с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Количество несчастных случаев на производстве, связанных с употреблением алкоголя, за календарный год.
<b>Форма представления данных</b>	Число
<b>Наименование показателя</b>	Участие социальных партнёров в мерах профилактики вреда, связанного с алкоголем, на уровне предприятий и организаций
<b>Определение</b>	Социальные партнёры, представляющие интересы нанимателей и работников на общенациональном уровне, участвуют в деятельности по профилактике и снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя, на уровне предприятий и организаций.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Вмешательства / проекты с участием заинтересованных сторон на уровне и с участием местного населения
<b>Определение</b>	Осуществление вмешательств / проектов с участием заинтересованных сторон на уровне и с участием местного населения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Общенациональные методические руководства по осуществлению мер на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие общенациональных методических руководств по осуществлению эффективных мер по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя, на уровне местных сообществ.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Общенациональные методические руководства по профилактике/консультациям в отношении алкоголя на уровне предприятий и организаций
<b>Определение</b>	Наличие общенациональных методических руководств по профилактике/консультациям по проблемам алкоголя на уровне предприятий и организаций.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Законодательство о проверках на предмет употребления алкоголя на работе
<b>Определение</b>	Существование законодательства о проверках на предмет употребления алкоголя на работе.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Действенность мер в области политики, касающейся проблем употребления алкоголя на работе
<b>Определение</b>	Действенность мер в стратегической области, касающейся шагов по решению проблем употребления алкоголя на работе, в течение последних пяти лет оценивается национальными органами в рамках Европейского обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 7-балльной шкале, от +3 (высокая) до -3 (низкая).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Действенность мер в стратегической области действий по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя, на уровне местных общин
<b>Определение</b>	Действенность мер в стратегической области действий на уровне и с участием всего местного населения по снижению вреда, связанного с алкоголем, в течение последних пяти лет оценивается национальными органами в рамках Европейского обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 7-балльной шкале, от +3 (высокая) до -3 (низкая).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

***Показатели, касающиеся политики и контрмер в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения***

<b>Наименование показателя</b>	Предельный уровень алкоголя в крови (УАК) при управлении транспортным средством
<b>Определение</b>	Установленный законом предельно допустимый УАК (измеряемый как масса на объём) при управлении транспортным средством. Указываются предельно допустимые УАК для населения в целом, молодых/начинающих водителей и профессиональных водителей/водителей коммерческого транспорта, соответственно.
<b>Форма представления данных</b>	Число
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, связанные с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Дорожно-транспортные происшествия с участием одного или нескольких человек, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (включая происшествия, в результате которых их участниками были причинены травмы). Сюда не входят происшествия, в результате которых был причинён только материальный ущерб. Определение дорожно-транспортного происшествия дано Комитетом по внутреннему транспорту Европейской экономической комиссии ООН. С 2002 г. источником данных является сборник ЕЭК «Статистика дорожно-транспортных происшествий в Европе», Женева. Уровень ДТП приводится на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя (вождением в пьяном виде)
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране, при которых хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в стране предельное допустимое значение, поделенное на общую численность населения страны, за год. Уровень ДТП приводится на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя (процент от всех ДТП)
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране, при которых хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в стране предельное допустимое значение, поделенное на общее количество ДТП, за год.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Смертность в дорожно-транспортных происшествиях, обусловленных употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Количество смертей в результате ДТП, где хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в стране предельное допустимое значение, в общем населении, поделенное на количество населения страны, за календарный год. Уровень приводится на 100 000 населения. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Обеспечение соблюдения законодательства об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения посредством проведения выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе или создания полицейских пунктов контроля
<b>Определение</b>	Проведение выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе или создание полицейских пунктов контроля для обеспечения соблюдения законодательства в отношении алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения соблюдения предельно допустимого УАК для водителей
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения соблюдения предельно допустимого УАК для водителей оценивается национальными органами власти в рамках Европейского обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Транспортные средства, останавливаемые для выборочной проверки на предмет содержания у водителя паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, на стационарных пунктах у дороги, в процентах от всех транспортных средств
<b>Определение</b>	Количество механических транспортных средств (автомобили, мотоциклы, автобусы, грузовики и т.д.), каждый год останавливаемых для выборочной проверки на предмет содержания у водителя паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, на стационарных полицейских пунктах у дороги, поделенное на общее количество всех механических транспортных средств.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Информирование общественности по вопросам, связанным с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения
<b>Определение</b>	Осуществление мероприятий по информированию общественности по вопросам, связанным с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Наказания за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения
<b>Определение</b>	Наложение штрафов на месте, отметка штрафных баллов в водительском удостоверении и/или временное лишение права управления транспортными средствами за нарушение законодательства в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Обязательное посещение автошколы для лиц, неоднократно нарушающих законодательство
<b>Определение</b>	Лица, неоднократно нарушающие законодательство об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, должны на протяжении определённого времени посещать занятия в автошколе.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Использование лицами, признанными виновными в управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, замков зажигания с датчиком алкоголя
<b>Определение</b>	Использование замков зажигания с датчиком алкоголя в комплексе с мерами по реабилитации в качестве альтернативы наказанию за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Использование замков зажигания с датчиком алкоголя транспортными компаниями
<b>Определение</b>	Добровольное или обязательное использование замков зажигания с датчиком алкоголя государственными или частными транспортными компаниями.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

#### *Показатели, касающиеся доступности алкогольных напитков*

<b>Наименование показателя</b>	Минимальный возраст, позволяющий заказывать алкоголь в питейных заведениях
<b>Определение</b>	Установленный в стране минимальный возраст, позволяющий подавать спиртные напитки в питейных заведениях (то есть лицам младше этого возраста спиртные напитки подаваться не могут). С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Число

<b>Наименование показателя</b>	Минимальный возраст, позволяющий приобретать алкоголь навынос
<b>Определение</b>	Установленный в стране возраст, в котором покупателю можно продавать спиртные напитки навынос (то есть лицам младше этого возраста спиртные напитки продаваться не могут). С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Число

<b>Наименование показателя</b>	Общенациональное обследование употребления алкогольных напитков несовершеннолетними
<b>Определение</b>	На общенациональном уровне регулярно проводятся обследования для сбора информации об употреблении алкоголя несовершеннолетними (то есть детьми младше установленного законом минимального возраста, позволяющего приобретать алкоголь навынос/распивочно). Сюда входят обследования состояния здоровья на базе школ и обследования здоровья детей и подростков, которые предусматривают сбор данных в отношении употребления алкоголя, но не ограничиваются сбором таких данных.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Несовершеннолетние потребители алкоголя
<b>Определение</b>	Число несовершеннолетних, которые когда-либо употребляли алкоголь, поделенное на общее число лиц в этой возрастной группе. Всего и с разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Процент

<b>Наименование показателя</b>	Лицензирование производства и продажи алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Частичный контроль государства за производством и продажей алкогольных напитков. С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Монополия на производство и продажу алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Государственная монополия (полный контроль) на производство и продажу алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения, касающиеся времени продажи алкогольных напитков в питейных заведениях/навынос
<b>Определение</b>	Регулируемые ограничения времени (часы и дни) продажи алкогольных напитков как в питейных заведениях, так и навынос. С разбивкой по типам напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения, касающиеся расположения точек продажи алкогольных напитков в питейных заведениях/навынос
<b>Определение</b>	Регулируемые ограничения в стране в отношении расположения (места и плотности точек продажи) питейных заведений и точек продажи алкогольных напитков навынос. С разбивкой по типам напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения, касающиеся продажи алкогольных напитков в питейных заведениях/на вынос во время определённых мероприятий
<b>Определение</b>	Регулируемые ограничения, касающиеся продажи алкогольных напитков – как в питейных заведениях, так и навынос – во время определённых мероприятий. С разбивкой по типам напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения, касающиеся продажи алкогольных напитков навынос на автозаправочных станциях
<b>Определение</b>	Регулируемые ограничения, касающиеся продажи алкогольных напитков навынос на автозаправочных станциях. С разбивкой по типам напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией ограничений, касающихся продажи алкогольных напитков в питейных заведениях
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией существующих ограничений, касающихся продажи алкогольных напитков в питейных заведениях, на общенациональном уровне, оцениваемый национальными органами в рамках Глобального обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью). Оценка может основываться на информации (в том числе статистической), мнении экспертов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией ограничений, касающихся продажи алкогольных напитков навынос
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией существующих ограничений, касающихся продажи алкогольных напитков навынос, оцениваемый национальными органами страны в рамках Глобального обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью). Оценка может основываться на информации (в том числе статистической), мнении экспертов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Меры по повышению уровня соблюдения законодательства о минимальном возрасте для приобретения алкоголя
<b>Определение</b>	<p>Степень важности следующих мер по повышению уровня соблюдения законодательства о минимальном возрасте для приобретения алкоголя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обучение обслуживающего персонала мест продажи алкоголя как одно из условий для получения лицензии;</li> <li>• обеспечение правовой санкцией со стороны полиции/милиции или других органов власти;</li> <li>• мониторинг в форме контрольных закупок;</li> <li>• информационно-обучающие кампании, направленные на обслуживающий персонал/продавцов в местах продажи алкоголя;</li> <li>• информационно-обучающие кампании, направленные на молодёжь.</li> </ul> <p>Степень важности оценивается национальными органами власти в стране в рамках Европейского обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по категориям «высокая», «средняя», «низкая» или «не применяется вообще». Решение основывается на заключении экспертов относительно существующего положения дел в стране.</p>
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

#### *Показатели, касающиеся маркетинга алкогольных напитков*

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения рекламы алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Юридически обязательные и обеспеченные правовой санкцией ограничения рекламы алкоголя в стране (стимулирования сбыта алкогольных напитков со стороны производителей) по различным каналам: по национальному телевидению, кабельному телевидению, национальному радио, местному радио, в печатных СМИ, кинотеатрах, на рекламных щитах, в местах продажи и в Интернете. С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Ограничения скрытой рекламы алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Юридически обязательные и обеспеченные правовой санкцией ограничения скрытой рекламы алкогольной продукции. Под скрытой рекламой продукции понимается, например, спонсорство компаниями телепередач, если в этих передачах будут показаны производимые ими алкогольные напитки. С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Ограничения спонсорства со стороны алкогольной индустрии
<b>Определение</b>	Юридически обязательные и обеспеченные правовой санкцией ограничения спонсорства спортивных или молодёжных мероприятий в стране со стороны алкогольной индустрии. Под спонсорством понимается финансовая поддержка мероприятия или предоставление для него продукции или услуг как меры по повышению узнаваемости бренда и маркетинга. С разбивкой по типам алкогольных напитков.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ограничения стимулирования продаж алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Юридически обязательные и обеспеченные правовой санкцией ограничения стимулирования продаж алкогольных напитков в стране, например, со стороны производителей (в форме праздников и мероприятий), со стороны предприятий розничной торговли, включая супермаркеты, в форме продажи по цене ниже себестоимости (например, две единицы товара по цене одной или часы скидок), или со стороны пивных и баров (в форме бесплатной подачи алкоголя). Под стимулированием продаж понимаются приёмы маркетинга, которые призваны подтолкнуть к приобретению того или иного продукта.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Уровень ограничений спонсорства со стороны алкогольной индустрии и стимулирования продажи алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Полный запрет, частичное законодательное ограничение, добровольное соглашение/саморегулирование или отсутствие ограничений в отношении спонсорства индустрией спортивных мероприятий и молодёжных мероприятий, а также стимулирования продаж производителями. С разбивкой по типам алкогольных напитков. «Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определённого времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т.д. «Добровольное соглашение/саморегулирование» означает, что промышленность, выпускающая алкогольные напитки, соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией ограничений рекламы
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией существующих ограничений рекламы на общенациональном уровне, оцениваемый национальными органами власти данной страны в рамках Глобального обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью). Оценка может основываться на информации (в том числе статистической), заключении экспертов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией ограничений спонсорства со стороны алкогольной индустрии
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией существующих ограничений спонсорства со стороны алкогольной индустрии на общенациональном уровне, оцениваемый национальными органами власти в рамках Глобального обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью). Оценка может основываться на информации (в том числе статистической), заключении экспертов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией ограничений стимулирования продажи алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Уровень обеспечения правовой санкцией существующих ограничений стимулирования производителями, розничными торговцами и хозяевами пивных и баров продажи алкогольных напитков на общенациональном уровне, оцениваемый национальными органами власти в рамках Глобального обследования ВОЗ «Алкоголь и здоровье» по 11-балльной шкале, от 0 (принуждение к исполнению отсутствует) до 10 (исполнение обеспечивается полностью). Оценка может основываться на информации (в том числе статистической), заключении экспертов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Санкции за нарушения законодательства в области рекламы/скрытой рекламы продукции
<b>Определение</b>	Применение санкций за нарушения законодательства в области рекламы/скрытой рекламы продукции.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Санкции за нарушения законодательства в области спонсорства и стимулирования продажи
<b>Определение</b>	Применение санкций за нарушения законодательства в области спонсорства и стимулирования продажи.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Уровень ограничения рекламы/скрытой рекламы алкогольной продукции
<b>Определение</b>	<p>Существует полный запрет, частичное законодательное ограничение, добровольное соглашение/саморегулирование или отсутствие ограничений в отношении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• социальной рекламы/рекламы по национальному телевидению;</li> <li>• рекламы по коммерческому/частному телевидению;</li> <li>• рекламы по национальному радио;</li> <li>• рекламы по местному радио;</li> <li>• рекламы в газетах/журналах;</li> <li>• рекламы на щитах;</li> <li>• рекламы в кино;</li> <li>• рекламы в точках сбыта;</li> <li>• рекламы в Интернете;</li> <li>• скрытой рекламы в объявлениях социальной рекламы / по национальному телевидению;</li> <li>• скрытой рекламы по коммерческому/частному телевидению.</li> </ul> <p>С разбивкой по типам алкогольных напитков. «Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определённого времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т.д. «Добровольное соглашение/саморегулирование» означает, что промышленность, выпускающая алкогольные напитки, соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.</p>
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

#### *Показатели, касающиеся ценовой политики*

<b>Наименование показателя</b>	Корректировка ставки акциза на алкогольные напитки
<b>Определение</b>	Корректировка ставки акциза на алкогольные напитки с учётом инфляции.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Ставка акциза на гектолитр
<b>Определение</b>	Средняя ставка акциза на гектолитр пива, вина и крепких спиртных напитков (в евро).
<b>Форма представления данных</b>	Число

<b>Наименование показателя</b>	Более низкие цены безалкогольных напитков
<b>Определение</b>	Требование предлагать безалкогольные напитки по более низкой цене.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Расчёт ставки акциза по объёму/массе
<b>Определение</b>	Ставка акциза рассчитывается исходя из объёма/массы спирта.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Дополнительный налог на некоторые виды продукции
<b>Определение</b>	Существование дополнительного налога на некоторые напитки, особенно привлекательные для молодёжи (например, слабоалкогольные газированные напитки).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Минимальная цена
<b>Определение</b>	Существование минимальной цены одного литра чистого спирта.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Запрет продажи алкогольных напитков по цене ниже стоимости и/или скидок при покупке большого количества алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие запрета продажи алкогольных напитков по цене ниже обычной стоимости и/или скидок при покупке большого количества алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Уровень ограничения стимулирования продажи
<b>Определение</b>	<p>Полный запрет, частичное законодательное ограничение, добровольное соглашение/саморегулирование или отсутствие ограничений в отношении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стимулирования продаж предприятиями розничной торговли в форме продажи по цене ниже себестоимости;</li> <li>• стимулирования продаж владельцами пивных и баров в форме бесплатной подачи алкоголя.</li> </ul> <p>С разбивкой по типам алкогольных напитков. «Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определённого времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т.д. «Добровольное соглашение/саморегулирование» означает, что промышленность, выпускающая алкогольные напитки, соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.</p>
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

***Показатели, касающиеся уменьшения негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения***

<b>Наименование показателя</b>	Обучение персонала заведений
<b>Определение</b>	Осуществление обучения персонала баров и персонала, обслуживающего специальные мероприятия, навыкам и знаниям в отношении вреда, обусловленного алкоголем, и методам безопасного обслуживания клиентов.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Национальная система лицензирования предъявляет требование обучения персонала питейных заведений
<b>Определение</b>	В стране организованы регулярные учебные курсы для персонала питейных заведений, поскольку его обучение является обязательным требованием национальной системы лицензирования.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Дорожно-транспортные происшествия с участием одного или нескольких человек, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (включая происшествия, в результате которых их участникам были причинены травмы). Сюда не входят происшествия, в результате которых был причинён только материальный ущерб. Определение дорожно-транспортного происшествия дано Комитетом по внутреннему транспорту Европейской экономической комиссии ООН. С 2002 г. источником данных является сборник ЕЭК «Статистика дорожно-транспортных происшествий в Европе», Женева. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя водителями (вождением в пьяном виде)
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране за данный год, где хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в этой стране предельно допустимое значение, поделенное на численность населения страны. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент
<b>Наименование показателя</b>	Дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя водителями (доля от всех ДТП)
<b>Определение</b>	Количество ДТП в стране за данный год, где хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в этой стране допустимое значение, поделенное на общее количество ДТП.
<b>Форма представления данных</b>	Процент
<b>Наименование показателя</b>	Коэффициент смертности в дорожно-транспортных происшествиях, обусловленных употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Число случаев смерти среди всего населения в течение календарного года в результате ДТП, где хотя бы у одного из участвующих водителей уровень алкоголя в крови превышал установленное в стране допустимое значение, поделенное на общую численность населения страны. Коэффициент исчисляется на 100 000 населения. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Коэффициент смертности от всех видов насилия
<b>Определение</b>	Число случаев смерти в результате физического насилия среди всего населения за календарный год (коды по МКБ-10 X85-Y09, Y871), поделенное на численность постоянного населения страны по состоянию на середину того же календарного года («Перспективы мирового населения» ООН, средний вариант). Коэффициент на 100 000 населения. С разбивкой по полу.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Число выбывших из стационара после травм и отравлений, обусловленных употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Число лиц, у которых были диагностированы травмы или отравления, обусловленные употреблением алкоголя, и которые были госпитализированы и выбыли из стационара в течение календарного года, поделенное на общую численность населения. Коэффициент на 100 000 населения.
<b>Форма представления данных</b>	Коэффициент

<b>Наименование показателя</b>	Маркировка с предупреждением о вреде для здоровья на рекламе алкогольных напитков
<b>Определение</b>	Наличие маркировки с предупреждением о вреде для здоровья, содержащей информацию об опасностях, связанных с употреблением данного продукта.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья на ёмкостях с алкогольными напитками
<b>Определение</b>	Наличие этикеток с предупреждением о вреде для здоровья, содержащих информацию для потребителей об опасностях, связанных с употреблением данного продукта.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Маркировка алкогольной продукции
<b>Определение</b>	Нанесение на алкогольную продукцию обязательной маркировки, требуемой законом, с указанием содержания спирта, калорий, добавок, аллергенов и т.д.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

***Показатели, касающиеся сокращения воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведённых незаконно или неорганизованным сектором***

<b>Наименование показателя</b>	Оценочные данные о неучтённом потреблении алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие оценочных данных о неучтённом потреблении алкогольных напитков на общенациональном уровне.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Акцизные марки на ёмкостях с алкогольными напитками
<b>Определение</b>	Национальные таможенные или налоговые органы используют акцизные марки для алкогольных напитков, указывающие на уплату акцизов.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

***Показатели, касающиеся мониторинга и надзора***

<b>Наименование показателя</b>	Система мониторинга вреда, обусловленного употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие системы мониторинга вреда, обусловленного употреблением алкоголя (смертности, заболеваемости и социальных последствий, обусловленных употреблением алкоголя).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Сбор данных по показателям здоровья, связанным с употреблением алкоголя
<b>Определение</b>	Собираются данные по показателям здоровья, связанным с употреблением алкоголя (то есть показателям в отношении заболеваний и расстройств, прямо или косвенно связанных с употреблением алкоголя).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Сбор данных об учтённом потреблении алкоголя взрослыми на душу населения
<b>Определение</b>	Ежегодно собираются данные об учтённом потреблении алкоголя взрослыми на душу населения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Оценочные данные о неучтённом потреблении алкоголя
<b>Определение</b>	Наличие оценочных данных о неучтённом потреблении алкогольных напитков на общенациональном уровне.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Общенациональное обследование лиц, потребляющих алкоголь, среди населения в целом
<b>Определение</b>	Проведение среди населения общенациональных обследований потребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Общенациональное обследование лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя
<b>Определение</b>	Проводятся общенациональные обследования для оценки процента лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя (например, на протяжении всей жизни, за последний год) среди населения.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Общенациональное обследование в отношении эпизодического употребления большого количества алкоголя
<b>Определение</b>	Проводятся общенациональные обследования показателей эпизодического употребления большого количества алкоголя (пьянства) среди взрослых (15 лет и старше). Под эпизодическим употреблением большого количества алкоголя/пьянством понимается употребление 60 г и больше спирта за один раз каждую неделю или чаще в течение последних 12 месяцев.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Определение</b>	Регулярно проводятся обследования для сбора информации о потреблении алкогольных напитков несовершеннолетними (то есть детьми младше установленного законом возраста, позволяющего приобретать/распивать алкогольные напитки) на общенациональном уровне. Сюда входят обследования на базе школ и обследования здоровья детей и подростков, включающие сбор данных о потреблении алкоголя, но не ограниченные этим сбором.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Общенациональное обследование среди молодых взрослых
<b>Определение</b>	Проводятся общенациональные обследования потребления алкоголя среди молодых взрослых (18-25 лет).
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Распространение данных о потреблении алкоголя в национальном ежегодном отчёте
<b>Определение</b>	Данные о потреблении алкоголя включены в национальный ежегодный отчёт. Национальный ежегодный отчёт означает письменный документ, ежегодно публикуемый государством, который содержит информацию и данные о потреблении алкоголя, обращении за услугами здравоохранения и социальными услугами, наличии ресурсов для лечения заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, и об экономических аспектах, а также любую другую информацию, имеющую отношение к употреблению алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

<b>Наименование показателя</b>	Темы, освещённые в национальном ежегодном отчёте
<b>Определение</b>	<p>Государство ежегодно публикует национальный отчёт, который включает информацию и данные по следующим темам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• употребление алкоголя несовершеннолетними;</li> <li>• употребление алкоголя взрослыми;</li> <li>• связь с социально-экономическими переменными;</li> <li>• географические закономерности употребления алкоголя;</li> <li>• связь с употреблением других психоактивных веществ;</li> <li>• имеющиеся у населения знания об алкоголе;</li> <li>• употребление алкоголя и беременность;</li> <li>• краткие вмешательства в системе первичной медико-санитарной помощи;</li> <li>• данные о госпитализации/выписке из больниц в связи с употреблением алкоголя;</li> <li>• смертность, относимая на счёт употребления алкоголя;</li> <li>• управление транспортными средствами в состоянии опьянения и дорожно-транспортные происшествия, обусловленные употреблением алкоголя;</li> <li>• нарушения общественного порядка и преступления, обусловленные употреблением алкоголя;</li> <li>• расходы, связанные с устранением вреда, обусловленного употреблением алкоголя;</li> <li>• доступность алкоголя по цене;</li> <li>• доступность алкоголя;</li> <li>• ответные меры политики.</li> </ul>
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная
<b>Наименование показателя</b>	Отчёт о смертности, относимой на счёт употребления алкоголя
<b>Определение</b>	В регулярно публикуемом всеобъемлющем отчёте о ситуации с употреблением алкоголя в стране освещается вопрос о смертности, относимой на счёт употребления алкоголя.
<b>Форма представления данных</b>	Категориальная

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ 12-13 ЛЕТ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ С РИСКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (методические рекомендации)

Л.А. Бикетова, И.Р. Исакакова

В методических рекомендациях рассматриваются различные виды химических и нехимических зависимостей с акцентом на основную категорию вовлекаемых лиц – детей и подростков. Приводятся сведения о распространённости данных видов аддиктивного поведения среди детей и молодёжи Республики Казахстан. Рассматриваются механизмы вовлечения в зависимое поведение. Основное внимание уделяется инновационным технологиям диагностической и психокоррекционной работы среди учащихся 12-13 лет общеобразовательных школ, имеющих риски вовлечения в социальные эпидемии (химические и нехимические зависимости).

Методические рекомендации предназначены для школьных психологов, студентов психологических факультетов, магистрантов, практических психологов, социальных педагогов.

#### Введение

В последние годы пристальное внимание мировой общественности привлекают такие масштабные социальные явления, как процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации, компьютерная, игровая и др.). Актуальными проблемами стали такие способы давления на общество, как террористические угрозы и атаки, практикуемые экстремистами, криминальными организациями, некоторыми деструктивными сектами.

Определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также взаимозависимость данного феномена, в первую очередь, с цивилизационными издержками развития. Термин «эпидемии» используется, в данном случае, в полном соответствии с его истинным значением, буквально – над всеми людьми: имеющее отношение ко всем людям [24].

Последовательно страна перенесла сначала массовое увлечение алкоголем, унесшее тысячи жизней. Затем молодое поколение казахстанцев было вовлечено в наркотическую зависимость. Эти глобальные социальные явления страна не готова решить и в наши дни.

Вступление Казахстана на новый экономический путь развития и полная открытость внедрению новых технологий привели к изменению не только условий жизни населения, но и структуры имеющихся психических заболеваний, к появлению и распространению ранее крайне редко встречавшихся в нашей стране расстройств психики.

В последние годы всё отчетливее становится виден гребень новой надвигающейся эпидемической

волны под названием гэмбллинг (общеупотребляемые синонимы данного термина – игромания, игровая зависимость, патологический гэмбллинг, лудомания). Исторически проблема игровой зависимости очень старая, и страсть к азартным играм всегда в той или иной степени встречалась в обществе. Но массовый характер игромания приняла только в конце XX и в начале XXI веков. Остро стоит вопрос развития игровой аддикции среди молодого поколения [6].

Остро стоит сегодня вопрос компьютерной зависимости. Возникновение этой проблемы напрямую связано с массовой компьютеризацией большинства сфер нашей жизни. У таких людей с компьютерной зависимостью стирается грань между реальной и виртуальной жизнью, причём последняя становится более значимой, чем реальная. Компьютерной зависимости наиболее подвержены подростки и молодые люди мужского пола. По данным S. Fisher, в развитых странах число школьников с компьютерной аддикцией составляет 6% [56].

Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект, на текущий момент нет. Однако многие исследователи считают, что речь идёт о нескольких десятках миллионов (от 10 до 40 млн. чел.) жителей планеты, то есть около 0,1-0,4% населения. В «Кратком антисектантском справочнике» перечислены более 100 организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них маскируются под общественные организации, оказывающие помочь социально уязвимым группам населения [25].

Данных о количестве населения, вовлечённого в деятельность экстремистских организаций, на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно. О масштабах распространения экстремизма можно судить по данным о беспрецедентных темпах прироста террористических

актов в мире: за последние 30 лет было совершено более 10 тысяч террористических актов, только широко известных и нашедших отражение в СМИ [26].

Очевидные негативные последствия сверхбыстрого распространения социальных эпидемий воспринимаются как серьёзная угроза психическому здоровью населения.

Для создания эффективных программ профилактики химических и нехимических аддикций среди населения первоочередной задачей является определение факторов риска и факторов защиты вовлечения в зависимость (биологическую, психологическую, социальную и духовную).

Алтынбековым С.А., Катковым А.Л. описаны медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики [3].

Многие исследователи делают акцент на психологический фактор в изучении механизмов формирования аддиктивного поведения, что способствует разработке адекватных диагностических и консультативно-психологических подходов в комплексной профилактике [4, 8, 16, 34, 43].

Настоящие методические рекомендации являются результатом многолетней работы, направленной на изучение механизмов возникновения и развития различных форм аддиктивного поведения.

## **Часть I. Распространение рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости среди детей и молодёжи Республики Казахстан**

Поскольку мониторинг распространения химических аддикций в стране проводился давно, а исследование рисков распространения нехимических форм зависимостей не проводилось вовсе, Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) было проведено широкомасштабное исследование рисков вовлечения в химические и нехимические аддикции среди учащейся молодёжи (16-21 год).

В отношении потребления табака в течение жизни: 34,7% респондентов в возрасте 16-21 года указали, что когда-либо потребляли какие-либо табачные изделия. Текущее потребление табака отметили 19% учащихся, около 30% из них указали, что потребляли менее одной сигареты в день в течение последнего месяца. Более половины респондентов, кто когда-либо употреблял табак, впервые попробовали табачные изделия, не достигнув возраста 16 лет.

На потребление алкоголя в течение жизни указали 52,3% респондентов. Среди учащихся в возрасте 16 лет этот показатель составил 44,3%. Большинство респондентов начали потреблять алкоголь в возрасте 16 лет и старше. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что инициация потребления

крепких напитков, в основном, происходит в период от 16 лет и старше. В отношении менее крепких напитков (пиво, шампанское, вино и т.д.) около половины учащихся ответили, что начали их потребление до 16 лет. Текущее потребление алкоголя отметили 26,6% респондентов, из которых 1,5% указали, что потребляли какие-либо алкогольные напитки ежедневно в течение последних 30 дней. Среди учащихся в возрасте 16 лет показатель потребления алкоголя в последнем месяце составляет 15,7%. В возрасте 16 лет на потребление алкоголя свыше стандартных доз указали 10,5% респондентов. Из наиболее потребляемых алкогольных напитков среди подростков и молодёжи можно выделить пиво, газированные напитки, содержащие алкоголь, и шампанское.

В результате употребления алкоголя с такими последствиями, как драка сталкивались 8,7%, респондентов, травмы или несчастные случаи отметили 5,4% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями – 7,4%, друзьями – 6,5%. Плохая успеваемость в школе в результате употребления алкоголя отмечалась у 5,4% респондентов, 3,4% респондентов ответили, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией отметили 4,7%, госпитализацию – 2,7% опрошенных лиц. На половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали 6,1% и 5,0%, соответственно.

На потребление каких-либо наркотических веществ в течение жизни указали 16,3% респондентов. Среди учащихся в возрасте 16 лет этот показатель составил 15,9%. Около 60% участников, когда-либо употреблявших наркотики, начали потребление наркотических веществ, за исключением ингалянтов, в возрасте 16 лет и старше. Потребление ингалянтов среди респондентов было инициировано в 48% случаев в возрасте до 13 лет.

В отношении наиболее потребляемых наркотических веществ в течение жизни среди подростков и молодёжи выделяются каннабис, ингалянты, стимуляторы и седативные средства.

В результате употребления наркотиков с такими последствиями, как драка сталкивались 1,8% респондентов, травмы или несчастные случаи отметили 1,1% респондентов, на серьёзные проблемы с родителями и с друзьями указали 1,6% и 1,3%, соответственно. Плохая успеваемость в школе в результате употребления наркотиков отмечалась у 2% респондентов, 1% респондентов указали, что подвергались нападению или краже. Проблемы с полицией или госпитализацию отметили 2% и 0,9% опрошенных лиц. На половую связь без презерватива и половую связь, о которой сожалели на следующий день, указали 2% и 1,2%, соответственно.

В отношении нехимических зависимостей картина следующая. Среди общей исследуемой группы высокая степень религиозной аддикции была определена в отношении 2,6% респондентов. Высокая степень религиозной аддикции может проявляться в

---

виде следующих симптомов: неспособность думать, сомневаться и задавать вопросы по поводу религиозной информации; чёрно-белое мышление; основанная на стыде вера; магическая убеждённость, что Бог всё сделает для тебя без твоего серьёзного участия; ригидное навязчивое следование правилам и предписаниям; бескомпромиссные суждения; компульсивные или навязчивые стремления к религиозным ритуалам; нереалистические финансовые пожертвования; конфликт и споры с наукой, медициной и образованием; прогрессирующий отказ от реальной работы, изоляция, разрыв прежних отношений; манипулирование цитатами или текстами, ощущение избранности, заявления о личных посланиях от Бога; трансоподобное состояние, счастливое (или супердухотворённое) выражение лица; ощущение правоты и превосходство над всем остальным человечеством; разочарование, сомнения, психический, физический и эмоциональный кризис, боязнь призвать на помощь (из страха быть разоблаченным в «недуховности») [44].

Среднюю степень религиозной аддикции имеют 49,1% опрошенных лиц. Вероятнее всего, это лица с колеблющейся религиозной ориентацией, которые испытывают колебания между верой и неверием, обнаруживают сомнение в истинности даже основных и существенных положений вероучения. Могут входить в какую-либо религиозную общность. Культовые действия совершают редко, участвуют лишь в наиболее важных религиозных праздниках и обрядах, чаще всего под влиянием нерелигиозных мотивов. Они не имеют постоянных связей с религиозной группой, религиозные взгляды не распространяют, детей в религиозном духе не воспитывают. Религиозные стимулы, как правило, не влияют на мотивацию социальной деятельности. Не имеют определённых взглядов на религиозные и мирские нормы и ценности [54].

К лицам с низким уровнем религиозной аддикции относятся 48,3% респондентов. Эти лица, скорее всего, не обнаруживают какой-либо ориентации в отношении к религии и религиозности, не имеют религиозной веры, не верят в истинность положений вероучения, не относят себя к религиозной общности. Культовых действий не совершают, хотя не исключены отдельные подобные акты по нерелигиозным мотивам. Религиозных взглядов не распространяют, безразличны, но терпимы к религии и религиозности. При воспитании детей не формируют у них ни позитивной, ни критической позиции по отношению к религии. Социальная деятельность стимулируется без религиозными мотивами. Равнодушно относятся как к религиозным, так и мирским нормам и ценностям [54].

Относительно рисков вовлечения в компьютерную зависимость ситуация следующая:

У 1% респондентов определяются признаки компьютерной зависимости. Это состояние характери-

зуется серьёзными изменениями в ценностно-смысловой сфере личности. На этой стадии начинается изменение самооценки и самосознания.

В целом следует отметить, что психические признаки компьютерной зависимости схожи с психическими признаками зависимостей другого типа. Наиболее распространёнными из них являются «потеря контроля» над временем, проведённым за компьютером, невыполнение обещаний, данных самому себе или другим, касаемо уменьшения времени, проведённого за компьютером, намеренное преуменьшение или ложь относительно времени, проведённого за компьютером, утрата интереса к социальной жизни и внешнему виду, оправдание собственного поведения и пристрастия. Важными симптомами компьютерной зависимости являются: сменяющее чувство радости и вины во время работы за компьютером, а также раздражённое поведение, которое появляется в том случае, если по каким-то причинам длительность работы за компьютером уменьшается.

Риск развития компьютерной зависимости отмечается у 22,9% опрошенных лиц, который характеризуется тем, что в иерархии потребностей появляется новая потребность – играть в компьютерные игры.

Стадия увлечённости определяется у 44,8% респондентов. Данная стадия характеризуется тем, что устойчивая постоянная потребность в игре не сформирована, игра не является значимой ценностью для человека. Игра в компьютерные игры носит скорее ситуационный, нежели систематический характер.

Отсутствие риска развития компьютерной зависимости отмечается у 31,1% опрошенных лиц.

Результаты исследования распространённости игровой аддикции среди учащейся молодёжи в Республике Казахстан представлены ниже. Высокую вероятность патологического гэмблинга имеют 5,3% респондентов. Этот уровень характеризуется потерей контроля над пристрастием к азартным играм, а также выраженным проблемами вследствие увлечения играми. Данные лица, как правило, нуждаются в помощи специалистов. При выраженной зависимости наблюдается полное отсутствие борьбы мотивов; игрок готов играть ежедневно и неограниченное время, а фактически играет всегда, когда есть время и любая сумма наличных денег в кармане, так как желание играть присутствует постоянно. Также при игровой зависимости полностью утрачивается контроль над своим состоянием и своего игрового поведения. При выраженной степени игровой зависимости все поведение игрока является несамостоятельный, вынужденным, несвободным, полностью подчинённым внутренней зависимости от игры и от своего желания играть [2].

Уровень с возможными негативными последствиями определён у 4,5% респондентов. Данный уровень может соответствовать стадии выигрыша. Стадия выигрыша может характеризоваться случайны-

ми играми, которые могут сопровождаться выигрышами, фантазиями об игре, беспричинным оптимизмом.

Негативных последствий от азартных игр не имеют 90,2% респондентов. Данные лица могут играть изредка, с целью общения или на досуге – игра не является проблемным пристрастием.

В связи с этим, эффективная стратегия обеспечения безопасности восходящего поколения должна предусматривать целенаправленную и профессионально организованную деятельность по выявлению и снижению такого рода рисков [20]. В частности, в основополагающем документе «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы», утверждённой Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678, в разделе 5 (Первичная профилактики наркомании) особое внимание уделяется формированию социального антинаркотического иммунитета среди молодёжи в системе среднего и высшего образования. В разделе 6 данного документа говорится о необходимости полноценного охвата населения Республики Казахстан эффективными первично-профилактическими программами, обеспечивающими формирование психологической устойчивости граждан к вовлечению в современные социальные эпидемии (наркомания, преступность, религиозный экстремизм); необходимости распространения во всех заведениях РК специальных компьютерных программ автоматизированного психологического тестирования с определением степени риска вовлечения в химическую и психологическую зависимость у каждого тестируемого, с выдачей наиболее оптимальных рекомендаций по снижению данных рисков [21, 22].

## Часть II. Теоретические основы создания программ профилактики

Для создания эффективных программ профилактики вовлечения подростков и молодёжи в орбиту химической и психологической зависимости важно учесть все 5 этапов, указанных ниже на рисунке 1.

Оценку потребности можно провести с помощью скрининг-опросников:

- 1) потребление психоактивных веществ (ПАВ) можно оценить с помощью вопросов, входящих в анкету ESPAD, касающихся потребления ПАВ в течение жизни, последних 12 месяцев и 30 дней [55];

- 2) для оценки степени вовлеченности в религиозную зависимость мы использовали опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита [44];
- 3) для выявления игровой аддикции использовался тест Такера [16];
- 4) для оценки степени компьютерной зависимости был использован способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Больбот [53].

Следующим не менее важным этапом работы является этап идентификации мишеней.

Профилактика химической и нехимической зависимости представляет собой стратегию, направленную на снижение факторов риска данных проблем либо на усиление других факторов, которые понижают восприимчивость к аддикции (факторов защиты). Определённые жизненные обстоятельства либо личностные свойства могут способствовать или препятствовать вовлечению в орбиту зависимости. Жизненные обстоятельства, а также личностные свойства, достоверно увеличивающие шансы индивидуума стать аддиктом, были названы факторами риска. Жизненные обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать аддиктом, назывались факторами защиты (протективными факторами). Факторы риска/защиты нередко специфичны для определённых возрастных и этнических групп, для определённой общественной среды. Кроме того, они могут зависеть от вида аддикции [18, 19]. Например, факторами риска употребления наркотиков могут быть:

- проблемы физического и психического здоровья;
- рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией;
- регулярное общение со сверстниками, употребляющими наркотики, отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);
- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- неспособность освоить школьную программу, прогулы в школе;



Рисунок 1. Схема создания эффективных программ профилактики

- 
- проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками [43].

Нами была предпринята попытка выделить универсальные факторы риска/защиты для разного рода аддикций. Свою гипотезу мы построили на сформированности у индивида свойств психологического здоровья. Чем выше уровень развития психологического здоровья, тем меньше шансов попасть в орбиту любого рода зависимости. Чем ниже уровень развития психологического здоровья личности, тем выше риск вовлечения в зависимость. Объясняется это тем, что современная ситуация диктует необходимость развития наряду с физическим, психическим здоровьем личности формирование психологического здоровья [27]. Многие авторы отмечают, что развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в агрессивной, быстро меняющейся среде. Позволит выработать копинг-стратегии реагирования и совладания в сложных жизненных ситуациях (Adkins M.A. и др., Silver M., Parker M.W. et al., Ricketts J.). Для формирования психологического здоровья в повседневной жизни люди должны обладать определёнными навыками, которые в мировой практике получили название жизненных. По определению Всемирной организации здравоохранения эти навыки представляют собой «способность к адаптации и практике положительного поведения, что позволяет людям эффективно решать проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни».

С точки зрения концепции психологического здоровья, данные свойства обеспечивают способность индивида к эффективной самоорганизации, обеспечивают устойчивость и адекватную адаптацию человека в агрессивной среде. Способность усваивать, перерабатывать, генерировать информацию быстро изменяющейся, агрессивной среды, позволяющая реализовывать конструктивные жизненные сценарии – это и есть психологическое здоровье индивида [23].

В ходе проведения масштабных эпидемиологических, экспериментально-психологических и клинических исследований (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005) были идентифицированы следующие личностные свойства, высокий уровень развития которых обеспечивал устойчивость в агрессивной среде.

1. Личностная идентификация (Кто я? Куда я иду?) – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксоном.

2. Позитивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство является также идентификационной характеристикой личности.

3. Навыки ответственного выбора – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непрееменным атрибутом позитивного жизненного сцена-

рия. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искущению»).

4. Качество внутреннего локуса контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером [41]. Субъект с развитым качеством внутреннего локуса контроля полностью осознаёт, что только он сам несёт ответственность за все то, что происходит с ним в жизни.

5. Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария. Даные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназванный перечень наиболее существенных личностных характеристик, с другой – содержат следующие специфические характеристики:

- а) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков;
- б) наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я – ресурсный), актуализирующегося в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов с максимумом приобретений и минимумом потерь;
- в) наличие необходимого объёма знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов.

6. Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям – психологическое свойство, имеющее прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды.

Для использования в программах профилактики зависимостей среди школьников следует также рассмотреть психогенетическую модель личности Ю.В. Валентика [8]. В течение жизненного цикла человека раскрываются основные инвариантные личностные статусы (ЛС), представленные на рисунке 2. ЛС «Я – телесное», ЛС «Я – сын / дочь», ЛС «Я – гендерное», ЛС «Я – партнёр / муж – жена», ЛС «Я – Родитель», ЛС «Я – профессионал», и др. Эти универсальные личностные статусы составляют нормативную часть личности и формируются благодаря Значимым Другим Людям (ЗДЛ). Соответственно, ЛС «Я – ребёнок» формируется благодаря родителям, ЛС «Я – мужчина» – значимым женщинам и т.д.

У каждого ЛС статуса свои потребности, установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения,

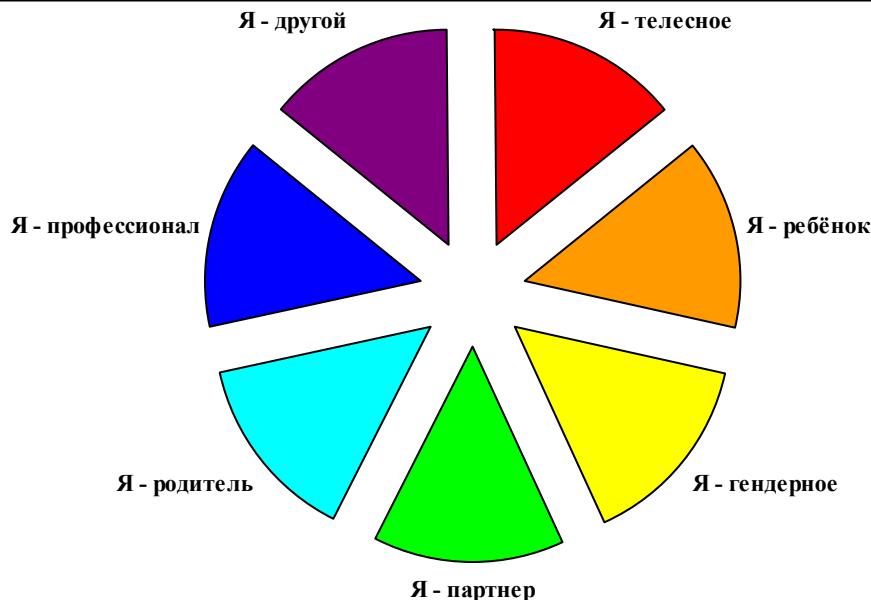


Рисунок 2. Психогенетическая модель личности Ю.В. Валентика

Таблица 1

Теория психосоциального стадиального развития личности Э. Эрикsona

Возраст	Психосоциальный кризис	Сильные стороны
Рождение – 1 год	Базальное доверие – базальное недоверие	Надежда
1 – 3 года	Автономность – стыд и сомнение	Сила воли
3 – 6 лет	Инициатива – чувство вины и скованность	Цель
6 – 12 лет	Трудолюбие – чувство неполноценности, избегание трудностей	Компетентность
12 – 19 лет	Эгоидентичность – диффузия ролей, ролевое смешение	Верность
20 – 25 лет	Интимность – изоляция, избегание интимных контактов	Любовь
26 – 64 года	Продуктивность – застой	Забота
65 лет – смерть	Эгоинтеграция – отчаяние	Мудрость

эмоции и чувства. Психогенетическая модель личности демонстрирует возможность развития личности, не имеющей в своей структуре ЛС «Я – патологическое». При выборочной профилактике необходимо строить программы для групп риска по нейтрализации патологических личностных образований и активизации нормативной части личности, её ресурсов, потребностей, целей. Процесс формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп в немалой степени зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития.

В основу раздела базисных приобретений легла эпигенетическая концепция Э. Эрикссона [51] о стадийном психосоциальном развитии личности (таблица 1).

При полноценном развитии личности в каждом возрастном периоде мы можем говорить о формировании целостной личности, способной не только адаптироваться к внешнему миру и его требованиям, но и помогать другим людямправляться с трудностями жизни (рисунок 3). Такая личность никогда, ни при каких условиях не вовлечётся в орбиту зависимости.



Рисунок 3. Здоровая личность

Таким образом, высокий уровень психологического здоровья препятствует вовлечению личности в орбиту зависимости (как химического, так и нехимического плана). Низкий уровень психологического здоровья, напротив, является фактором риска вовлечения в социальные эпидемии.

### Часть III.

#### Пример внедрения программ профилактики в городских общеобразовательных школах города Костанай

С целью апробации и оценки эффективности подготовленных технологий в школах г. Костанай были сформированы исследовательские группы.

В качестве диагностических инструментов исследования использовались оценочные формы для учащихся, родителей и классных руководителей:

1. Компьютерная программа диагностики уровня психологического здоровья, разработанная коллективом Павлодарских ученых [14].
2. Скрининг-опросник на определение уровня компьютерной зависимости (способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот) [53].
3. Скрининг-опросник на определение уровня религиозной зависимости (опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита) [44].
4. Скрининг-опросник на определение уровня игровая зависимости (тест Такера на выявление игровой аддикции) [16].
5. Анкета для классных руководителей, выявляющая степень адаптации ребёнка к школе (включая школьную успеваемость, девиантное – деликтантское поведение).
6. Психологическое здоровье (в этом разделе использовался способ оценки уровня развития свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в химические и нехимические зависимости).

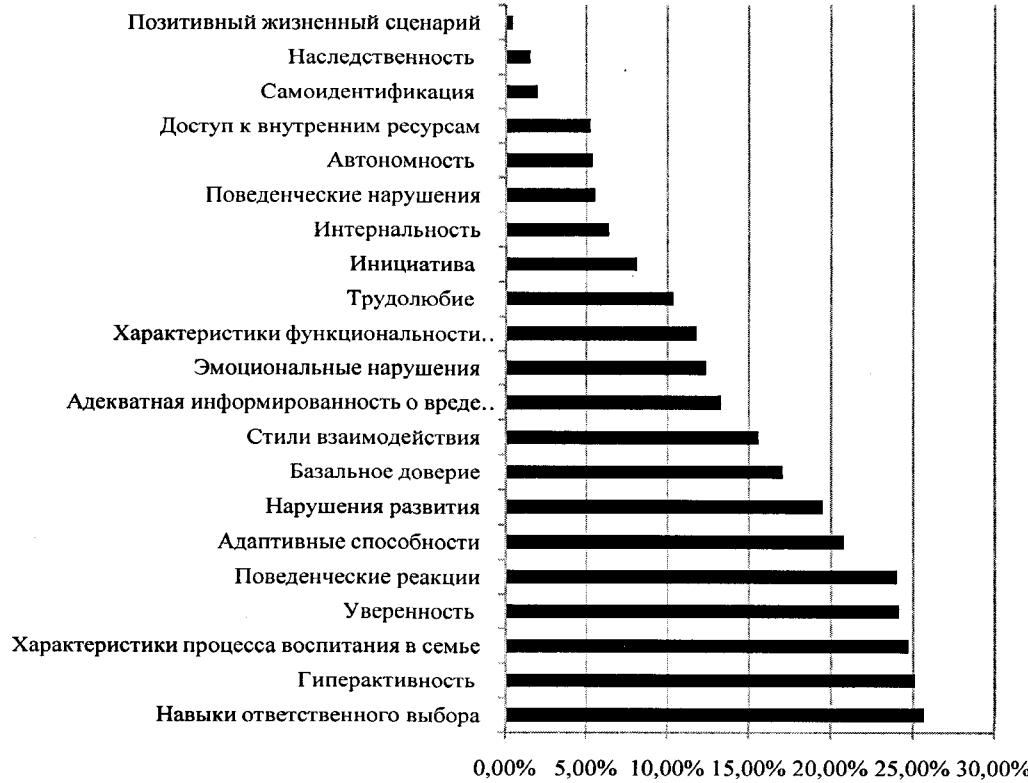


Рисунок 4. Результаты первичной диагностики свойств психологического здоровья

Данные оценочная форма предполагали самостоятельное заполнение респондентами.

В качестве психокоррекционных инструментов использовались три психокоррекционные программы, направленные на развитие свойств психологического здоровья / устойчивости среди учащихся в возрасте 12-13 лет.

В исследовании приняли участие ученики 12-13 лет (n=141). Предварительно было получено согласие законных представителей на включение ребёнка в исследование.

Критериями исключения были:

- острое somатическое и/или неврологическое расстройство;
- отказ законных представителей от участия ребёнка в исследовании.

Общие сведения об учащихся представлены в таблице 2: 58 чел. – лица мужского пола (41,13%), 83 чел. – лица женского пола (58,87%).

Таблица 2  
Общая характеристика выборки

Лица женского пола	Лица мужского пола
83 чел. (58,87%)	58 чел. (41,13%)
6 класс	7 класс
56 чел.	85 чел.

На первом этапе среди учащихся выбранных школ была проведена диагностика уровня психологического здоровья. Результаты показали высокий риск, как в области биологических факторов, так и в области психологических и социальных факторов. Данные, приведённые на рисунке 4, показывают, что каждый четвёртый учащийся общеобразовательной

школы имеет высокий риск в области навыков ответственного выбора, гиперактивности, уверенности, семейного воспитания и поведенческих реакций. У каждого пятого имеется высокий риск в области адаптивных способностей и нарушений развития. Каждый шестой имеет высокий риск в области базального доверия.

Далее, была проведена скрининговая диагностика рисков развития нехимических аддикций (игровая, компьютерная, религиозная). Так, 14 человек (9,9%) из 141 учащихся имели риск развития компьютерной зависимости, 4 человека (2,8%) – риск развития игромании. На внутришкольном

учёте состояло 8 учеников (5,6%), внешкольным учётом было охвачено 6 человек (4,0%). Классными руководителями в анкетах было отмечено, что 9 человек курят (6,3%).

Исходя из результатов проведенной диагностики для включения в профилактическую коррекционную работу, были выбраны классы, в которых по результатам анкетирования выявлено большее количество учащихся с рисками развития в области биологических, психологических и социальных факторов. Так же в эти группы вошли учащиеся с рисками развития нехимических аддикций (игровая и компьютерная), и большая часть курящих учеников.

Таблица 3

*Количество человек в контрольных (КГ) и экспериментальных (ЭГ) группах в трёх возрастных категориях*

Возраст	СШ № 2		СШ № 3		СШ № 8		СШ № 23		Итого	
	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
12-13 лет	25	24	22	20	25	25	25	25	97	94

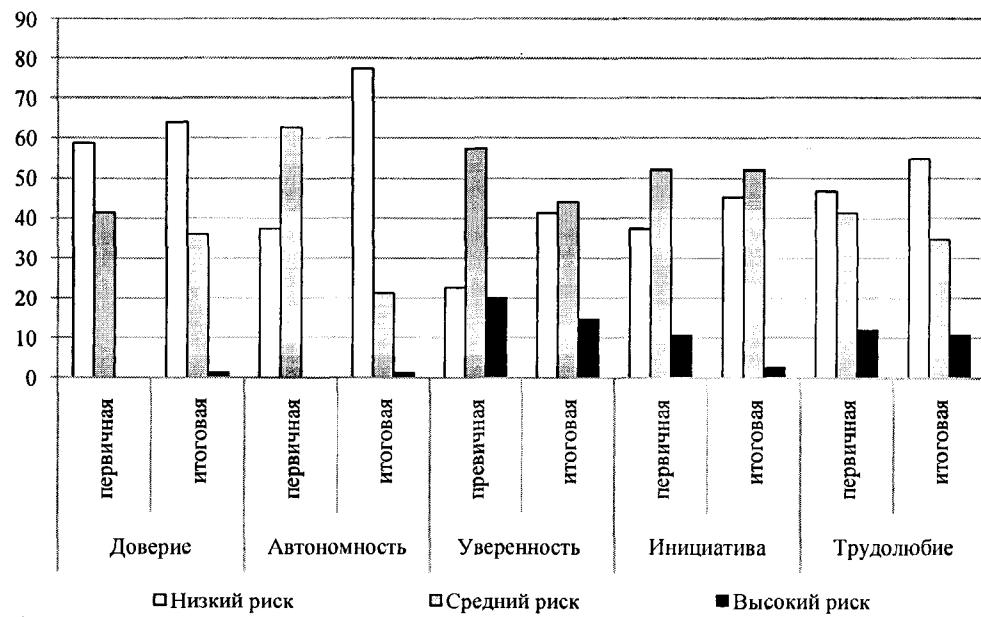
Далее, с учащимися экспериментальных групп была проведена профилактическая психокоррекционная работа. Программы были разработаны научными сотрудниками РНПЦ МСПН для каждой возрастной группы с учётом возрастных особенностей каждой группы. Программа включала в себя еженедельные встречи (1 раз в неделю) в течение учебного года – с октября по май. Занятия были нацелены на формирование свойств психологического здоровья и снижение факторов риска вовлечения в аддиктивные формы поведения (химические и нехимические зависимости).

В мае 2013 года было проведено итоговое тестирование учащихся контрольных и экспериментальных групп.

В экспериментальной группе 12-13 лет выявлена положительная динамика в социальной и психологической сфере. Из данных рисунка 5 видно, что группа среднего риска в области автономности уменьшилась на 41,4%. Перешли из группы среднего риска в группу низкого риска 40% учащихся, попали в группу высокого риска 1,3% учащихся.

В области уверенности так же произошли положительные изменения. Группа низкого риска по данному профилю увеличилась на 18,6% за счёт уменьшения группы высокого риска на 5,3% и среднего риска на 13,3%.

В области базисных свойств личности у учащихся контрольной группы данной возрастной категории изменения не произошло.



*Рисунок 5. Изменения в области базисных свойств личности у детей 12-13 лет экспериментальной группы*

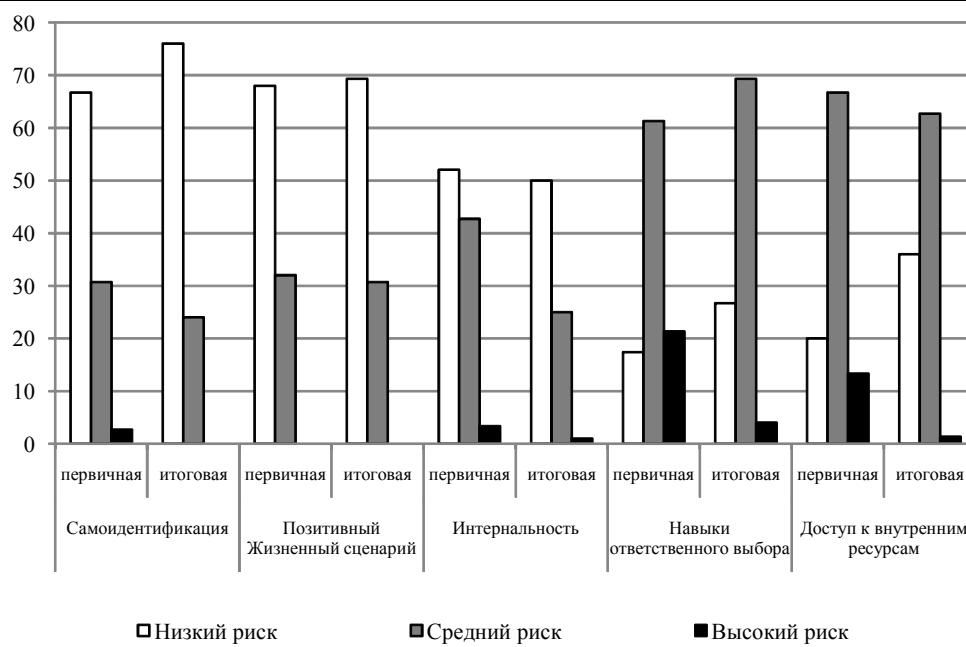


Рисунок 6. Изменения в области новообразований возраста у детей 12-13 лет экспериментальной группы

В области новообразований возраста выявлена положительная динамика в экспериментальной группе детей в возрасте 12-13 лет по профилю «Навыки ответственного выбора» и «Доступ к внутренним ресурсам». Данные, представленные на рисунке 6, показывают, что в области навыков ответственного выбора 17,3% учащихся из группы высокого риска перешли в группу среднего риска (8%) и в группу низкого риска (9,3%). В области доступа к внутренним ресурсам группа низкого риска увеличилась на 16% за счет перехода учащихся из группы высокого риска (12%) и группы среднего риска (4%).

В группе контроля выявлена отрицательная динамика в области новообразований возраста данной возрастной группы в сфере формирования позитивного жизненного сценария (рисунок 7). Группа высокого риска увеличилась к концу года на 30,6%, эти учащиеся перешли из группы низкого риска (25,3%) и группы среднего риска (5,3%). Одним из центральных новообразованиями данного возраста является

формирование собственного жизненного сценария; умения осуществлять ответственный выбор. В формировании данных свойств играют большую роль значимые другие люди (ЗДЛ) и конструктивная развивающая среда. Другими словами – помочь извне. Вероятно, в группе контроля не проводилась работа по оказанию такого вида помощи.

В области новообразований возраста не выявлено изменений по другим параметрам в контрольной группе среди детей 12-13 лет.

В социальной сфере выявлены позитивные изменения в области стилей взаимодействия в экспериментальной группе среди детей 12-13 лет. В контрольной группе изменений не произошло (таблица 4).

У учеников 12-13 лет чаще наблюдается такой способ дезадаптивного поведения, как нарушение дисциплины в школе.

Анализ анкет родителей и классных руководителей среди детей 12-13 лет показал, что учащиеся



Рисунок 7. Первичная и итоговая диагностика сформированности позитивного жизненного сценария у учащихся 12-13 лет контрольной группы

*Диагностика стилей взаимодействия в группах учащихся 12-13 лет  
(в процентах)*

Уровень риска	Экспериментальная группа		P	Контрольная группа		P
	Первичная диагностика	Итоговая диагностика		Первичная диагностика	Итоговая диагностика	
Низкий риск	46,7±11,2	62,3±11	-	41,3±11,1	41,3±11,1	-
Средний риск	16±8,3	0 (0<>5,5)	<0,01	42,7±11,2	49,3±11,3	-
Высокий риск	37,3±11,1	37,3±11,1	-	16±8,3	37,3±6,6	-

контрольных групп чаще нарушают дисциплину (23,28%), чем учащиеся экспериментальных групп (13,51%).

Курение отмечается классными руководителями у 11 учащихся контрольной группы и 17 – в экспериментальной группе (таблица 5). Изменений в ходе проведённого эксперимента не произошло.

Таблица 5  
*Употребление ПАВ в исследуемой группе  
(количество человек)*

Употребление ПАВ	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Табак	11 (2,02%)	17 (3,12%)
Алкоголь	0 (0%)	0 (0%)
Наркотики	0 (0%)	0 (0%)

Результаты проведённого исследования позволяют сделать некоторые выводы.

В результате проведённой работы мы наблюдаем следующие положительные изменения в психологической и социальной сфере школьников:

#### I. Психологическая сфера

1. Повышение уровня автономности у детей 12-13 лет, что проявляется в приверженности к собственному мнению, решениям, а также эмоциональной независимости от мнения родителей и других значимых взрослых, в умении сказать «нет», отстоять свою точку зрения.

2. Повышение уровня уверенного поведения у детей экспериментальных групп в возрасте 12-13. У них чаще отмечается адекватная самооценка, вера и убеждённость в том, что они поступают правильно. Они в любой ситуации способны управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убеждённостью в том, что эта способность присутствует в необходимом объёме.

3. Повышение уровня произвольной регуляции поведения с навыками ответственного выбора у детей экспериментальных групп в возрасте 12-13 лет.

4. У детей экспериментальных групп в возрасте 12-13 лет наблюдается повышение уровня пластиности, креативности, находчивости, способности собраться в критической ситуации, удерживать при необходимости внимание, стеничности в достижении результата или целенаправленной деятельности и быстрой ситуационной адаптации, когнитивной и эмоциональной эмпатии, что являются признаками

развитой способности быстрого доступа к внутренним ресурсам.

5. Повышение уровня адекватной информированности о вреде конкурирующих жизненных сценариев – как прямых и непосредственных, так и отдаленных и косвенных последствий – вредных и опасных для физической и социальной жизни.

#### II. Социальная сфера

1. У детей экспериментальных групп 12-13 лет наблюдается положительная динамика в области социального взаимодействия. Реже отмечаются черты агрессивного или эгрессивного поведения. Среди детей экспериментальных групп отмечается умение отстаивать свои интересы, используя конструктивные и социально приемлемые методы. Поведение достаточно независимо и адаптивно, с тенденцией к расширению поля социального взаимодействия.

#### III. Аддиктивные формы поведения.

1. Снижение рисков развития игровой и компьютерной зависимости.
2. Снижение риска формирования деликвентных форм поведения.

### Часть IV. Психологические особенности детей младшего подросткового возраста

Построение программ профилактики в школах требует учёта возрастных особенностей учащихся, что позволяет подобрать соответствующие технологии диагностической и психокоррекционной работы [5, 9, 11, 52].

**Возраст 12-13 лет** – это своеобразный период в жизни человека, это переход от младшего школьного возраста к подростковому возрасту; **период перехода от детства к взрослости**. Во время перехода подростки демонстрируют странное сочетание серьёзности и ребячества. Возраст 12-13 лет можно назвать самым интересным и противоречивым периодом в жизни человека.

Подростковый возраст связан с перестройкой организма – половым созреванием, поэтому этот период называют периодом пубертатного кризиса. И хотя линии психического и физического развития не идут параллельно, границы этого периода достаточно неопределённы. Одни дети вступают в подростковый возраст раньше, другие – позже, пубертатный кризис может возникнуть, как и в 11, так и в

13 лет. Начинаясь с кризиса, весь период обычно протекает трудно и для ребёнка, и для близких ему взрослых, поэтому подростковый возраст иногда называют затянувшимся кризисом.

Огромное психологическое значение в этом возрасте имеют интенсивные изменения физиологического характера, что проявляется в поведении детей. Половое созревание зависит от эндокринных изменений в организме, от деятельности гипофиза и щитовидной железы, которые начинают выделять гормоны, стимулирующие работу большинства других эндокринных желез. Активизация и сложное взаимодействие гормонов роста и половых гормонов вызывают интенсивное физическое и физиологическое развитие.

Изменение роста и веса сопровождается изменением пропорций тела. Дети часто ощущают себя в это время неуклюжими, неловкими.

Появляются вторичные половые признаки – внешние признаки полового созревания. У мальчиков меняется голос, причём у некоторых резко снижается тембр голоса, временами срывающегося на высоких нотах, что может переживаться довольно болезненно. У других голос меняется медленно, и эти постепенные изменения ими почти не ощущаются.

В связи с быстрым развитием возникают трудности в функционировании сердца, лёгких, кровоснабжении головного мозга, поэтому для подростков характерны перепады сосудистого и мышечного тонуса, что вызывает быструю смену физического состояния и, соответственно, настроения, общей работоспособности. Эмоциональный фон становится неровным, нестабильным. К этому следует добавить, что ребёнок вынужден постоянно приспосабливаться к физическим и физиологическим изменениям, происходящим в его организме, переживать «гормональную бурю». Подростки всё время находятся в состоянии стресса (невозможность управлять собственным телом, собственными эмоциями). Эмоциональную нестабильность усиливает сексуальное возбуждение, сопровождающее процесс полового созревания [36].

Быстрыми темпами продолжается развитие познавательных способностей (памяти, внимания, мышления) [49].

Одновременно с внешними, объективными проявлениями взрослости возникает и чувство взрослости – отношение подростка к себе как к взрослому, ощущение и осознание себя в какой-то мере взрослым человеком. Эта субъективная сторона взрослости считается центральным новообразованием младшего подросткового возраста (11-13 лет). Чувство взрослости подростка проявляется в желании, чтобы все – и взрослые, и сверстники – относились к нему не как к маленькому, а как к взрослому. Он претендует на равноправие в отношениях со старшими и идёт на конфликты, отстаивая свою «взрослую» позицию. Чувство взрослости проявляется и в

стремлении к самостоятельности, желании оградить некоторые стороны своей жизни от вмешательства родителей и педагогов. Это касается вопросов внешности, отношений с ровесниками, увлечений, идеалов, иногда учёбы, когда подросток отвергает не только контроль со стороны родителей и педагогов за успеваемостью, временем выполнения домашних заданий и т.п., но зачастую отказывается от помощи. Часто основным способом достижения автономии для подростка становятся конфликты и бунтарство [31].

В это время детьми усваиваются этические нормы поведения. Появляется «моральный кодекс», который предписывает подросткам чёткий стиль поведения со сверстниками: взаимная поддержка, помочь в случае нужды, уверенность в друге, защита друга в его отсутствие, принятие друга, эмоциональный комфорт в общении, сохранение доверенных тайн, не назойливость и не поучительство, уважение внутреннего мира и автономии друга. В силу того, что дети этого возраста во многом непоследовательны и противоречивы, они часто отступают от этого свода правил, от друзей же ожидают их неукоснительного соблюдения.

Развитие взрослости в разных её проявлениях зависит от того, в какой сфере пытаются утвердиться подросток, какой характер приобретает его самостоятельность – в отношениях со сверстниками, использовании свободного времени, различных занятиях, домашних делах. Важно и то, удовлетворяет ли его формальная самостоятельность, внешняя, кажущаяся сторона взрослости или нужна самостоятельность реальная, отвечающая глубокому чувству. Существенно влияет на этот процесс система отношений, в которую включён подросток, – признание или непризнание его взрослости родителями, учителями и сверстниками [12, 15, 28].

Позже, примерно к 15 годам формируется «Я – концепция» – система внутренне согласованных представлений о себе, образов «Я» [7]. Младший подросток – **ещё не цельная зрелая личность**. Отдельные черты обычно рассогласованы, сочетание разных образов «Я» негармонично, что определяет неустойчивость, подвижность всей душевной жизни в начале подросткового возраста. Противоречивость подростков, неустойчивость их поведения и зависимость от внешних влияний часто приводят к серьёзным социальным проблемам, называемым подростковыми (алкоголизация, токсикомания, криминальное и суицидальное поведение). Их причина часто кроется в желании утвердиться и выделиться любой ценой.

В силу неустойчивости проявления черт личности, их противоречивости в этом возрасте психологи выделяют типично подростковые реакции. К ним относят следующие реакции:

- *реакции эмансипации* – освобождение от опеки взрослых и расширение собственных прав и свобод;

- *реакции увлечения* – сильные, часто сменяющие друг друга, эмоционально-поведенческие реакции подростка, которые могут направляться на различные объекты и виды деятельности (интеллектуально-эстетические, эгоцентрические, телесные, накопительские, информативно-коммуникативные как стремление к получению новой информации при просмотре всех подряд телепередач и пустым разговорам со сверстниками);
- *реакции группирования со сверстниками и стремление к референтной (образцовой) группе;*
- *реакции протеста.*

Ведущим видом деятельности в этом возрасте является интимно-личностное общение, прежде всего, со сверстниками, а также и со значимыми взрослыми. Возникают неформальные группы, в которых ребёнок пребывает постоянно и одновременно в нескольких. Учебная деятельность окрашивается различными аспектами общения, и её успех определяется притягательностью личности педагога для ребёнка, а также ценностями класса как референтной группы. Авторитетными и значимыми для подростков являются учителя, обладающие, прежде всего, значимыми для детей личностными качествами: справедливость, доброта, чувство такта и уважения к детям, чувство юмора [29]; уровень профессионального мастерства учителя-предметника вторичен.

#### **Факторы риска и защиты:**

**Новая развивающая ситуация:** изменение в системе отношения с окружающими, формирование самостоятельной системы координат;

**Центральная задача развития:** развитие навыков осмыслиенного окружающего мира; полноценное прохождение процесса идентификации;

**Ведущие факторы развития:** интенсивная учебная деятельность, групповое общение, профессионально-личностное общение, взаимодействие с информационной средой;

**Основные приобретения возраста:** навык самопознания и познания окружающего мира; развитое мышление; произвольная регуляция деятельности (выбор); новый тип отношений с окружающими;

**Основной вид развивающей деятельности (практики):** учебная деятельность;

**Основные агенты развития:** учителя, сверстники, референтная группа, значимые другие лица, родители;

**Институализированная развивающая среда – школа, неформальная группа;**

**Центральные новообразования возраста:** умение учиться (приобщаться к организованному человеческому опыту, использовать ресурсы окружения); умение генерировать новую, адаптирующую информацию; формировать собственный жизненный сценарий; осуществлять ответственный выбор.

#### **Особенности подростковой и юношеской психологии в консультировании:**

- а) широкий диапазон запросов (в основном сфера взаимоотношений);
- б) подросток может обратиться за консультацией лично;
- в) центральное новообразование подросткового возраста – самоопределение;
- г) необходимость участия в консультировании обоих родителей;
- д) необходимо соблюдать принцип диалогического общения;
- е) применение методов разговорной терапии.

#### **Основные направления работы:**

- формирование нового уровня общения;
- формирование широкого спектра способностей и интересов;
- формирование интереса к другому человеку;
- развитие интереса к себе;
- развитие и укрепление чувства взрослоти;
- развитие чувства собственного достоинства;
- развитие форм и навыков личностного общения;
- развитие моральных качеств;
- формирование представлений о происходящих изменениях.

#### **Схема консультирования учащегося:**

- 1) установление контакта;
- 2) запрос: описание трудностей и желаемых изменений в себе, конкретных людях, ситуации;
- 3) диагностическая беседа: поиск причин трудностей;
- 4) интерпретация: словесно высказанная гипотеза консультанта о возможных причинах трудностей подростка;
- 5) реориентация: совместная выработка конструктивных способов преодоления трудностей.

#### **Установление контакта:**

- а) объединение через вербальные и невербальные средства;
- б) не заигрывайте;
- в) берегите индивидуальное пространство;
- г) не спешите;
- д) проявляйте уважение.

#### **Диагностическая беседа:**

- оцените когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты проблемы;
- применяйте проективные методики «несуществующее животное», «дом – дерево – человек»;
- уточняйте полученную информацию.

#### **Интерпретация:**

- косвенное сообщение гипотез через использование метода «анализа чужих проблем» или метафор;
- сообщите, что похожие трудности испытывают многие ребята;
- позвольте подростку сформулировать проблему на своем языке.

**Реориентация:**

- а) направьте проблему в конструктивное русло;
- б) переведите проблему «из пассива в «актив»;
- в) оказывайте поддержку;
- г) выражайте свое уважение.

**Часть V.****Организация профилактической работы  
в школе**

При организации психокоррекционной работы с учащимися, имеющими риски вовлечения в социальные эпидемии, психологи руководствуются всеми общими принципами психолого-педагогической коррекции, которые предложены в отечественной и зарубежной практиках [38, 42, 46].

Психологом осуществляется выбор форм и методов работы:

- индивидуальная;
- групповая;
- работа с родителями;
- работа с педагогами.

Занятия могут проводиться один раз в неделю или чаще, всё зависит от целей и задач, стоящих перед специалистом, его возможностей, а также от остроты проблемы. Продолжительность психокоррекционного процесса так же зависит от его целей, он может продолжаться от нескольких недель до нескольких лет. Возможно проведение периодических циклов. Их продолжительность, в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей школьников, может варьироваться от 30 до 90 минут.

Организация профилактической работы в школе должна включать в себя несколько этапов:

На **первом этапе** проводится оценка ситуации в школе (с помощью методов наблюдения, беседы, скринингов).

**Второй этап** предполагает тестирование учащихся с помощью диагностической системы по определению уровней психологического здоровья и при необходимости дополнительное тестирование с помощью других методик.

Перед проведением тестирования необходимо помнить о получении информированного согласия от школьников, их родителей или иных законных представителей. Данный этап очень важен для всей последующей работы и в первую очередь здесь следует обращать внимание:

- а) на полную безопасность;
- б) на полную конфиденциальность;
- в) на абсолютную пользу от проведения специального психологического тестирования для каждого ученика.

При информировании такого рода полезно сосредоточиться на позитивных дивидендах и результатах определения уровней психологического здоровья, которое позволит существенно повысить шан-

сы на успех и безопасность учащегося в реальной жизни. В случае соответствующих вопросов необходимо дать пояснение, что настоящая диагностическая программа не имеет ничего общего с тестированием биологических жидкостей на употребление наркотиков или других психоактивных веществ. При этом следует подчеркнуть, что речь вообще не идёт об установлении каких-либо диагнозов или болезней – определяются лишь уровни психологического здоровья. Особый акцент необходимо сделать на том, крайне важном обстоятельстве, *что речь вообще не идёт о каких-либо оценках «хорошо» или «плохо». Таких задач не ставится в принципе. Отвечать следует искренне и только в этом случае можно получить ценную информацию о том, что нужно сделать для будущего успеха в жизни.* «Кто предупреждён – тот вооружён», – этой цитатой, а также утверждением, что для человека интереснее всего он сам, и можно заканчивать информационно-мотивационный этап специального занятия.

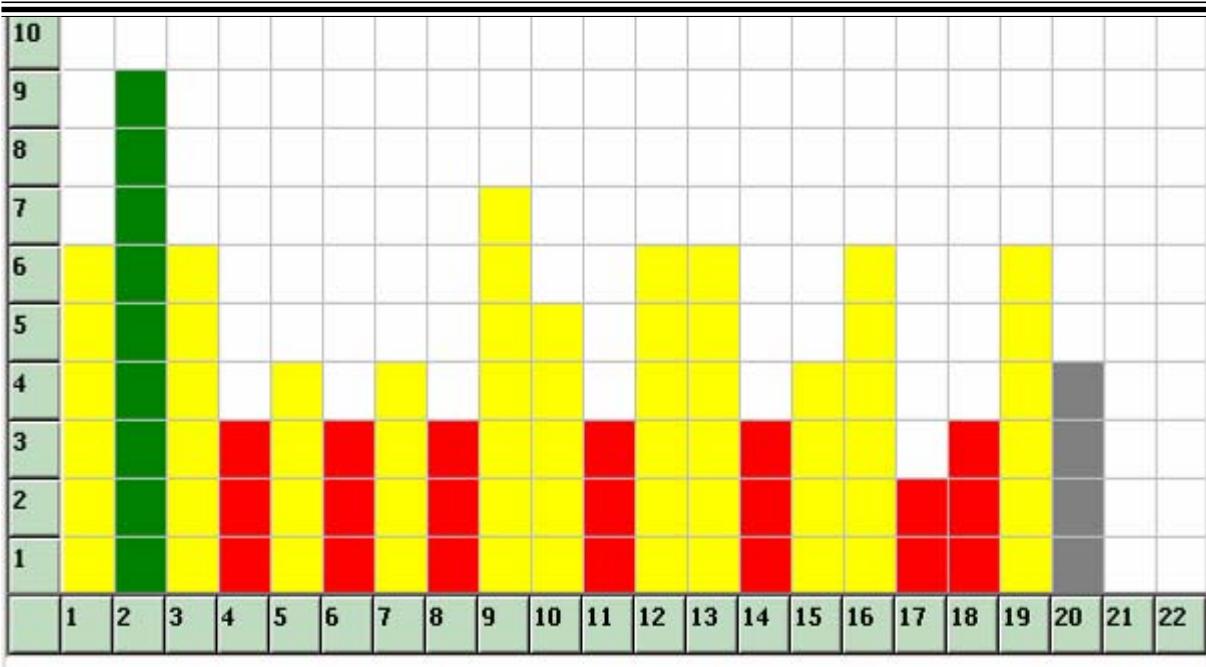
В случае специальных запросов учащихся в отношении того какой конкретно вред может возникнуть от употребления психоактивных веществ или злоупотребления временем, проведённым за компьютером или в залах игровых автоматов, букмекерских контор, он-лайн-казино, можно (со ссылкой на самые авторитетные источники) использовать сведения.

На завершающем этапе следует подчеркнуть позитивное значение специальных тренинговых программ, направленных на формирование высоких уровней психологического здоровья детей и младёжи. Максимально деликатно следует упомянуть о возможности индивидуальных занятий и занятий с родителями (только в случае инициативы с их стороны). Также следует проинформировать участников тестирования о необходимости мониторинга результатов общей программы, направленной на повышение уровней психологического здоровья учащихся (повторное тестирование, анкетирование по результатам программы).

Коллективом казахстанских ученых (Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г.) при поддержке Института управления кризисом (г. Павлодар), разработали оригинальный способ (опросник) определения уровня психологического здоровья/устойчивости. Опросник позволяет определять:

- степень риска вовлечения в орбиту зависимости (химической и нехимической) на основе сопоставления факторов биологического, психологического и социального рисков среди различных возрастных групп;
- мишени профилактической и коррекционной работы с группами риска.

Ниже на рисунке 8 приведён пример заключения итоговой диагностики уровня психологическо-



- 1 – Гиперактивность  
 2 – Поведенческие нарушения  
 3 – Эмоциональные нарушения  
 4 – Наследственность и нарушения в первые годы жизни  
 5 – Базальное доверие  
 6 – Автономность  
 7 – Уверенность  
 8 – Инициатива  
 9 – Трудолюбие  
 10 – Ответственность

- 11 – Самоидентификация  
 12 – Жизненный сценарий  
 13 – Навыки ответственного выбора  
 14 – Внутренний локус контроля  
 15 – Доступ к внутренним ресурсам  
 16 – Информированность  
 17 – Адаптивные способности  
 18 – Стили взаимодействия  
 19 – Характеристики функциональности семьи  
 20 – Шкала установки на социально-желательные ответы

Рисунок 8. Пример заключения итоговой диагностики уровня психологического здоровья

го здоровья/устойчивости к вовлечению в зависимое поведение учащегося средней общеобразовательной школы. Рассмотрим результаты диагностики по трём направлениям:

1. Биологический риск:
  - а) гиперактивность;
  - б) поведенческие нарушения;
  - в) эмоциональные нарушения;
  - г) наследственность и нарушения развития в первые годы жизни.
2. Психологический риск:
  - а) базисные свойства личности:
    - базальное доверие;
    - автономность;
    - уверенность;
    - инициатива;
    - трудолюбие;
    - ответственность.
  - б) новообразования возраста:
    - самоидентификация;
    - позитивный жизненный сценарий;
    - навыки ответственного выбора;
    - внутренний локус контроля;
    - доступ к внутренним ресурсам;
    - информированность о вреде ПАВ.

3. Социальный риск:
  - а) адаптивные способности;
  - б) стили взаимодействия;
  - в) характеристики функциональности семьи.

Результаты диагностики показывают наличие ярко выраженного риска в области биологических факторов по шкале наследственности и нарушений развития в первые годы жизни. В области базисных свойств личности ярко выраженный риск по шкалам автономности и инициативы. В области новообразований возраста ярко выраженный риск в области самоидентификации, внутреннего локуса контроля. В области социальной сферы ярко выраженный риск по шкале адаптивных способностей и стилей взаимодействия. По всем остальным шкалам – риск средний. Исключение составляет шкала поведенческих нарушений, где риск не обнаружен. Таким образом, мы получили мишени точечного воздействия для данного конкретного ученика.

На третьем этапе, на основании проведенного тестирования учеников следует создать профили классов или отдельно взятых параллелей. На основе выделенных дефицитов сформировать группы для

проведения психокоррекционной работы. В группе предполагается 12-15 участников.

**Четвёртый этап** необходимо посвятить составлению психокоррекционной программы для каждой из выделенных групп.

До начала реализации следующего этапа необходимо так же решить организационные вопросы:

- 1) выбрать помещение для проведения занятий. Желательно проводить занятия в специально оборудованном, достаточно просторном помещении, удаленном от учебных классов. Там не должно быть посторонних предметов: картин, излишнего количества игрушек, отвлекающих учащихся от содержания занятий;
- 2) определение времени – оно должно быть постоянным (например, каждый четверг, в 13.00);
- 3) получить согласие участников, их родителей или законных представителей (для родителей или лиц их заменяющих подготовить письма – информационное согласие);
- 4) подготовить волонтёров из числа старшеклассников (данная работа необходима для проведения тренингов по принципу «равный – равному»).

**Пятый этап** – собственно проведение психокоррекционной программы. Мы предлагаем два варианта работы:

*1 вариант* – встречи один раз в неделю, участники повторяют одни и те же упражнения;

*2 вариант* – встречи один раз в неделю, участники проходят разные упражнения.

Работа предполагает несколько стадий.

**На ориентировочной стадии** участники знакомятся с правилами поведения в тренинговой группе. Большое внимание уделяется установлению эмоционально-позитивного контакта с учащимися и формирования у них положительного отношения к занятиям. Этому способствует неформальная игровая обстановка, эмоциональность психолога (приём «эмоционального заражения»), соревновательные моменты, своевременное использование яркой наглядности, поощрение (в виде «медалей», «значков»), отсутствие негативных оценок.

**На следующей (диагностической) стадии** проводится углубленная диагностика проблем во взаимоотношениях учащихся за счёт использования ситуаций, актуализирующих проблемы в общении. При этом возможно некоторое возрастание негативных реакций со стороны участников группы, поэтому необходимо включать в содержание занятий упражнения, направленные на отреагирование отрицательных эмоций.

**На третьей (основной) стадии** решаются главные коррекционные задачи программы, соответственно выделенным мишеням.

**На завершающей стадии** психокоррекционной программы, после соответствующих упражнений,

можно проводить обсуждение более отвлечённых ситуаций, значимых для учащихся.

Для развития рефлексии используются также упражнения «Незаконченное предложение» (устный вариант), «Оцени себя сам» (с использованием на глядной «лесенки»), «Прежде чем ответить, посмотря на себя». Такие обсуждения должны быть непротиворечивыми и эмоциональными.

#### **Структура занятия:**

Как правило, каждое занятие предполагает выделение следующих основных этапов работы:

- ритуал приветствия;
- разминка;
- рефлексия прошлого и настоящего занятия;
- основное содержание занятия;
- ритуал прощания.

Ритуалы приветствия – прощания помогают сплотить учащихся, создать атмосферу группового доверия и принятия. Они предлагаются уже на первом занятии и задача психолога – неукоснительно выполнять ритуалы каждую встречу, наблюдая за тем, чтобы в них были включены все участники.

Разминки являются средством воздействия на эмоциональное состояние учащихся, уровень их активности, помогают настроиться на продуктивную групповую деятельность. Разминки могут проводиться в начале занятия, а также между отдельными упражнениями, если имеется необходимость изменить актуальное состояние учащихся. Соответственно, разминочные упражнения необходимо выбирать с учётом актуального состояния группы и задач предстоящей деятельности. Определенные разминочные упражнения позволяют активизировать участников, поднять их настроение, другие, напротив, направлены на снятие чрезмерного эмоционального возбуждения.

Основная часть занятия содержит техники, направленные на решение задач данного занятия. Последовательность упражнений должна предполагать чередование видов деятельности: от подвижного – к спокойному, от беседы – к игре. Упражнения должны также располагаться в порядке от простого – к сложному и вновь к простому. Общее количество упражнений не должно быть большим (2-4), однако следует добиваться участия каждого члена группы.

Рефлексия занятия представляет собой его оценку в двух аспектах: смысловом (что я думаю и в чём важность того, что мы делали) и эмоционально-чувственном (понравилось – не понравилось, было хорошо – было плохо и почему). Рефлексия в начале занятия (прошлого занятия) предполагает, что учащиеся вспоминают, чем они занимались в прошлый раз, что особенно запомнилось, зачем они это делали. Психолог предлагает вспомнить, с кем они обсуждали эти упражнения после встречи, объясняет, как это могло помочь им в учёбе или общении вне занятия. Рефлексия в конце занятия подразумевает,

что учащиеся сами или с помощью ведущего группы отвечают на вопросы, зачем это нужно, как это может помочь в жизни, дают эмоциональную обратную связь друг другу.

Структура занятия, в целом стабильная, не является абсолютно неизменной во всех случаях. В ней могут быть внесены определённые изменения, учитывающие этап коррекционно-развивающей работы, индивидуальные особенности группы, актуальное состояние её участников.

#### **Шестой этап – оценка проведённых мероприятий:**

- проводится повторное тестирование с помощью диагностической системы определения уровней психологического здоровья;
- сравниваются предварительные и заключительные данные тестирования.

### **Заключение**

Разработка данных методических рекомендаций была продиктована высоким риском вовлечения школьников в орбиту социальных эпидемий (химических и нехимических зависимостей) и необходимости создания профилактических программ для возрастной категории 12-13 лет. Поскольку данная возрастная группа находится в зоне особого риска в силу своих физиологических (пубертат) и социальных изменений (переход из младшей школы в среднюю, снижение контроля со стороны педагогов и родителей).

Риск распространения химических и нехимических зависимостей остаётся высоким. Так, проведённое в Казахстане исследование рисков показало, что более половины респондентов, кто когда-либо употреблял табак, впервые попробовали табачные изделия, не достигнув возраста 16 лет.

Так же в возрасте до 16 лет происходит первое употребление спиртных напитков, часто это так называемые «некрепкие» (слабоалкогольные) спиртные напитки: пиво, вино, шампанское. В результате употребления алкоголя учащиеся сталкивались с такими проблемами, как драка (8,7% из общего числа опрошенных лиц), травмы или несчастные случаи (5,4%), серьёзные проблемы с родителями (7,4%) и друзьями (6,5%), проблемы с полицией (4,7%), подвергались нападению или краже (3,4%).

Большой проблемой сегодня является употребление ингалянтов, седативных препаратов, каннабиноидов. Их употребление так же начинается в достаточно раннем возрасте, что способствует более быстрому развитию зависимости от ПАВ.

Серьёзной проблемой стали так называемые нехимические формы аддикций, в частности, компьютерная и игровая зависимость. Наличие компьютерной зависимости выявлено у 1% респондентов. Высокая вероятность патологического гэмблинга определена у 5,3% опрошенных лиц. Высокую степень религиозной аддикции имеют 2,6% учащихся.

В рамках создания эффективных программ профилактики было проведено исследование факторов риска/защиты от вовлечения в орбиту зависимости как химической, так и нехимической. Важным компонентом, препятствующим вовлечению в орбиту зависимости, был отмечен высокий уровень психологического здоровья. Компонентами психологического здоровья являются: *базисные свойства личности* (базальное доверие, автономность, уверенность, инициатива, ответственность, открытость); *новообразования возраста* (самоидентификация, навыки ответственного выбора, позитивный жизненный сценарий, локус контроля); а также *социальные факторы* (особенности семейной системы и социальная адаптация). Доказано, что высокий уровень развития названных свойств препятствует вовлечению в орбиту зависимости. Низкий уровень, напротив, способствует формированию зависимого поведения.

Кроме того, нами отмечена взаимосвязь между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. Так, у лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья, чаще отмечается высокий уровень риска вовлечения в наркотическую, алкогольную, игровую и компьютерную зависимости. В целом, у лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития аддикции в 1,8 раза выше, чем у лиц со средним уровнем. У лиц со средним уровнем психологического здоровья вероятность развития химических или нехимических аддикций в 1,5 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья. У лиц с низким уровнем психологического здоровья вероятность развития химических и нехимических аддикций в 2,6 раза больше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья.

На основании выше изложенных результатов были созданы программы психокоррекционной работы со школьниками 12-13 лет, направленные на диагностику и профилактику развития зависимого поведения путём формирования свойств психологического здоровья (базисных свойств личности и новообразований возраста) и развитие навыков социального взаимодействия. Данные программы прошли апробацию в школах Казахстана, показали высокую эффективность. Так, в исследуемых группах были получены следующие результаты:

#### *Психологическая сфера:*

- повышение уровня автономности у детей 12-13 лет, что проявляется в приверженности к собственному мнению, решениям, а также эмоциональной независимости от мнения родителей и других значимых взрослых, в умении сказать «нет», отстоять свою точку зрения;
- повышение уровня уверенного поведения у детей экспериментальных групп в возрасте 12-13 лет. У них чаще отмечается адекватная самооценка, вера и убеждённость в том, что они

- поступают правильно. Они в любой ситуации способны управлять своим состоянием, восприятием, внутренним согласием, а также убеждённостью в том, что эта способность присутствует в необходимом объёме;
- повышение уровня произвольной регуляции поведения с навыками ответственного выбора у детей экспериментальных групп в возрасте 12-13 лет;
  - у детей экспериментальных групп в возрасте 12-13 лет наблюдается повышение уровня пластиности, креативности, находчивости, способности собраться в критической ситуации, удерживать при необходимости внимание, стеничности в достижении результата или целенаправленной деятельности и быстрой ситуационной адаптации, когнитивной и эмоциональной эмпатии, что являются признаками развитой способности быстрого доступа к внутренним ресурсам;
  - повышение уровня адекватной информированности о вреде конкурирующих жизненных сценариев – как прямых и непосредственных, так и отдаленных и косвенных последствий – вредных и опасных для физической и социальной жизни.

#### Социальная сфера:

- у детей экспериментальных групп 12-13 лет наблюдается положительная динамика в области социального взаимодействия. В этих группах реже отмечаются черты агрессивного поведения, в том числе аутоагgressии. Среди детей экспериментальных групп отмечается умение отстаивать свои интересы, используя конструктивные и социально приемлемые методы. Поведение достаточно независимо и адаптивно, с тенденцией к расширению поля социального взаимодействия.

#### Аддиктивные формы поведения:

- снижение рисков развития игровой и компьютерной зависимости;
- снижение риска формирования деликвентных форм поведения.

Среди выявленных нами факторов риска так же были отмечены социальные факторы, важную роль среди которых играет дисфункциональность семейных отношений (родитель – родитель, родитель – ребёнок, ребёнок – ребёнок). Следовательно, следующим шагом на пути создания эффективных программ профилактики должна стать разработка программы работы с семьёй, а также работы с педагогическим коллективом школы.

### Список использованной литературы

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины, последствия, помощь. – М., 2006.
2. Акопов А.Ю. Лечение игровой зависимости. Психотерапевтический метод контраддиктивной стимуляции. – Спб., 2004.
3. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. – Павлодар, 2006 – 302 с.
4. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди подростков в возрасте 14-18 лет: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 54 с.
5. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология личности.– Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 2. Хрестоматия. – С. 7-95.
6. Бердихина М.В. К вопросу о гемблинговой аддикции у подростков: психолого-педагогические аспекты: Сб. тр. молодых учёных / Владимир. гос. пед. ун-т. – Владимир, 2007. – № 7. – С. 96-98.
7. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс / Пер. с англ. – М.: Изд-во «Прогресс», 1986. – 424 с.
8. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2003. – Т. 3, № 2.
9. Возрастные особенности психического развития детей / Под ред. Дубровиной И.В., Лисиной М.И. – М., 2009. – 245 с.
10. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.
11. Гаврилова Т. П. О кризисах в психическом развитии личности ребёнка. // Психологические особенности формирования личности школьника. – М., 2003.
12. Ганишина И.С., Ушаков А.И. Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних. – М., 2006.
13. Гусева Н.А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. – Речь, 2008.
14. Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://psyprogram.narod.ru/>.

- 
- 
15. Дмитриева Т.И., Положий Б. Руководство по социальной психиатрии. – М., 2009.
16. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции. – СПб.: Речь, 2007. – С. 192.
17. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник по групповой психокоррекции. – М.: Феникс, 2011.
18. Каражанова А.С. Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты: Автореф. канд. дисс. – Алматы, 2004. – 34 с.
19. Каражанова А.С., Денисова Е.В. Зависимость от психоактивных веществ в детском возрасте: Методическое письмо. – Павлодар, 2003. – 70 с.
20. Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – Т. 2, № 1. – С. 34-37.
21. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4.
22. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование социального и психического здоровья: Методические рекомендации. – Павлодар, 2002.
23. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
24. Катков А.Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
25. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. Вовлечение в деструктивные культуры и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2011. – № 2.
26. Катков А.Л. К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 7-15.
27. Катков А.Л. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 1. – С. 87-92.
28. Клюева Н.В., Касаткина Ю.В. Учим подростков общению. Характер, коммуникабельность. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2007.
29. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира подростков. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 2006.
30. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными подростками. – М.: Генезис, 2000.
31. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004.
32. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2005.
33. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание подростков с отклонениями в развитии. – М., 2003.
34. Менделевич В. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007.
35. Навыки, необходимые для здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационные серии по школьному здравоохранению (документ 9). – Алматы, 2003.
36. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – Высшее образование, 2001.
37. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально-педагогическая поддержка подростков группы риска. – М., 2002.
38. Профилактика аддиктивного поведения школьников: Учебно-методическое пособие / Под ред. А.К. Колеченко. – СПб.: КАРО, 2006.
39. Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг в школе. – Эксмо, 2011.
40. Рамендицк Д.М. Тренинг личностного роста. Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007.
41. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.
42. Рекомендации по развитию локальных программ по предотвращению наркомании в центральной Азии / Под ред. Б. Буковска, П. Яблонский, Я. Серославский. – Варшава, 2013.
43. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажишина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М.: Генезис, 2001.
44. Телепова Н.Н. Религиозная аддикция как вид нехимической зависимости. – Available: <http://telepovs.com/>
45. Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с подростками 3-9 лет. Психологические игры упражнения, сказки. – М.: Генезис, 2003.
- 
-

- 
- 
46. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. – М.: Генезис, 2001.
47. Чечельницкая С.М., Летуновская С.В., Михеева А.А. Формирование социальных установок и жизненных навыков в области здоровья у учащихся образовательных учреждений (программа и методические рекомендации). – М., 2008.
48. Шапарь В.Б. Тренинг ведущих видов деятельности личности. – М.: Феникс, 2007.
49. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М., 1989.
50. Эриксон Э.Г. Детство и общество // Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
51. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности / Э. Эриксон // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 305-348.
52. Юнг К. О становлении личности / К. Юнг // Психология личности. Хрестоматия. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – Т. 1. – С. 128-155.
53. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002.
54. Яблоков И. Религиоведение: Учебное пособие и учебный словарь – минимум по религиоведению. – 2002.
55. ESPAD. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. – Available: <http://www.espad.org/>
56. Fisher S. Identifying video game addiction in children and adolescents. Addict Behav. – 1994. – P. 545-543.

---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Т.В. Пак

#### Введение

Суть мотивационного интервьюирования (МИ) впервые была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. Основные положения метода детально были описаны В. Миллером и С. Роллником в 1991 году.

Эффективность метода МИ оценивалась во многих исследованиях. В книге В. Миллера и С. Роллника представлен обзор 26 исследований по эффективности МИ (Burke et al.). Мотивационное интервьюирование показало высокую эффективность в решении проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, в 11 из 12 исследований получены положительные результаты.

#### Описание стадий изменения поведения

На стадии преднамерения (предварительная стадия) потребители вообще не задумываются о своём употреблении алкоголя или наркотиков. Для человека на этой стадии выгоды от употребления значительно больше, чем ущерба, и поэтому он будет с недоверием относиться к заявлениям со стороны других о том, что такое поведение наносит ему вред, будет игнорировать такие заявления. На данном этапе не может быть речи об осознанных изменениях в поведении.

Стадия намерения – первые мысли, размышление о проблемах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Люди переходят на данную стадию, когда начинают испытывать двойные чувства, появляются сомнения по отношению к употреблению наркотиков. С одной стороны, употребление наркотиков приносит удовлетворение, а с другой – вызывает проблемы и заставляет о них серьёзно задуматься. Для человека на этой стадии характерно желание избавиться от проблем, вызванных употреблением, но при этом продолжать употреблять наркотики. Признаком нахождения на стадии намерения является то, что человек не включает изменения в свои планы на ближайший месяц. Но уже на данной стадии его понимания вполне достаточно, с точки зрения снижения вреда, для того, чтобы начать мероприятия по снижению вреда (замена шприцев, раздача средств защиты и т. п.).

Стадия принятия решения и подготовка к действиям. На данную стадию человек переходит, когда он решил пересмотреть своё поведение и готов перейти к действиям. При этом не столь важно, решил ли он только уменьшить дозу или полностью отказать-

ся от употребления, важно то, что человек принял решение и твёрдо уверен, что необходимо пересмотреть своё аддиктивное поведение. Он начинает делать первые попытки измениться.

*Стадия активных действий* начинается и продолжается, пока человек реализует действия – конкретные шаги, направленные на изменения, шаги, которые были намечены на предыдущем этапе. Следуя намеченному плану, человек реализует изменения, апробирует новые модели поведения, сталкивается с препятствиями и преодолевает их.

*Стадия поддержания изменений*. На этой стадии люди, успешно изменившие своё поведение, поддерживают новый образ жизни продолжительное время (например, не употребляют наркотики более 12-18 месяцев), они чувствуют себя как имевшие проблемы в прошлом.

*Срыв* – необязательная стадия изменений. Некоторые люди, ранее принявшие решение измениться, в ходе изменений по разным причинам изменяют свои намерения и возвращаются к аддиктивному поведению, сопряжённому с рисками. Во время срыва происходит возврат на одну из предыдущих стадий, чаще всего – на стадию преднамерения или намерения. Важно помнить, что люди могут перемещаться со стадии на стадию, как в прямом, так и в обратном направлении.

Размышления об изменении поведения помогают продвигаться вперёд на ранних стадиях, само изменение поведения продвигает человека на последующих стадиях. Практическое применение МИ особенно полезно на ранних стадиях. Кроме этого, важно тщательное обдумывание последующих шагов и принятие решения на основе взвешивания всех «за» и «против», а также уверенность в собственных силах по поводу изменений.

#### Практические задачи мотивационного интервьюирования

Цели и стратегии мотивационного консультирования зависят от того, на какой стадии находится клиент.

Первая задача консультанта – это установить, на какой стадии изменений находится клиент, определить уровень его мотивации к изменениям и затем выбрать стратегию консультирования. Если стратегия выбрана неудачно, клиент, скорее всего, будет проявлять сопротивление.

Примеры вопросов, которые помогают определить, на какой стадии изменения находится клиент:

- 
- Думали ли Вы над тем, чтобы прекратить употребление наркотиков?
  - Вы планируете что-то менять в своей жизни в ближайшие 6 месяцев?
  - Пробовали ли Вы раньше что-то сделать? Что именно Вы пробовали делать? Что происходило? Чего Вы добились? К чему Вы пришли?
  - Как Вы думаете, насколько вероятно, что Вы бросите употреблять этот наркотик?

Примеры высказываний клиента, по которым возможно определить, на какой стадии изменения он находится.

*Стадия преднамерения:*

- Проблемы вообще-то не у меня. Я вообще не знаю, какое это имеет ко мне отношение...
- Лично мне не кажется, что у меня есть проблемы и что вообще надо что-то менять...
- Ничего не случилось, это моя мать просто сходит с ума, она думает, что каждый, кто хоть раз попробовал травку, – уже конченый наркоман. Я здесь только теряю время, всё это меня не касается...
- Да, мне нужно колоться время от времени – это делает мою жизнь намного ярче...
- Ну да, я тоже не без греха, не думаю, что надо что-то менять...
- Нет, вы всё неправильно поняли. То, что я употребляю, не проблема, проблемы начинаются потом, после...

*Стадия намерения:*

- Мне нормально, когда есть чем колоться, но потом, когда ломка, это выбивает меня из колеи...
- Может быть, поговорив с Вами, я смогу лучше разобраться в себе...
- Да, я иногда употребляю наркотики, потом могу танцевать всю ночь, но на следующий день родители устраивают каждый раз скандал. Я думаю, мне придётся уйти из дома...
- Да, передозировка – это страшно, но я не дурак и не собираюсь прекращать...
- Я тут думал о том, что в моей жизни есть некоторые вещи, которые надо изменить...

*Стадия принятия решения:*

- Мне кажется, я готов уже делать что-то по-другому...
- Мне действительно надо это прекратить. Так дальше не может продолжаться...
- Да, уже пора что-то с этим делать...
- Я хочу остановиться, но не знаю, как. Ситуация вышла из-под контроля...
- Мои родители хотят, чтобы я завязал с наркотиками, я тоже думаю, что пора разобраться...
- На этот раз я сделаю это...

*Стадия действий:*

- Наконец-то я начал что-то делать, чтобы избавиться от этого!

- Я уже начал кое-что делать сам. Правда, боюсь, что одному мне не справиться...
- Как конкретно мне уменьшить дозу?
- Я стараюсь изо всех сил, стараюсь изменить себя!
- Думаю, мне нужно пройти лечение в наркологии...

*Поддержание изменений:*

- Иногда мне очень трудно, но я стараюсь...
- Я боюсь, что могу опять оказаться там, откуда еле выкарабкался. Мне нужна помощь, чтобы удержаться...
- Я поеду домой в свой город, а там мои старые знакомые все употребляют...
- Мой парень опять употребляет каждый день, что мне делать, чтобы удержаться...

*Срыв:*

- Я сорвался, все провалил!
- У меня ничего не получается, я опять уколовся...
- Не знаю, что со мной произошло, как это случилось, но я опять сорвался...
- Я ничтожество, у меня ничего не получается...

### **Компетенции консультанта в мотивационном интервьюировании**

К активной работе с клиентом стоит приступать тогда, когда клиент достигает стадии активных изменений (Prochaska and DiClemente, 1984). Именно тогда появятся варианты, как помочь клиенту реализовать изменения. Другими словами, для того чтобы наступило изменение поведения, клиент должен быть замотивирован. При использовании определённых подходов существует возможность помочь клиенту перейти от стадии намерения к стадии активных действий.

Если консультант не очень помог клиенту в его продвижении, или клиент так и не принял решение измениться, то это рассматривается в МИ как вполне приемлемый результат. Рано или поздно человек захочет вернуться к обсуждению вопроса об изменении поведения, поэтому важно сохранять контакт с клиентом.

Начните с того, что узнайте, чего хочет сам клиент. Обсудите разные аспекты его жизни, чтобы помочь клиенту понять, что ему нужно. Помните о психологическом законе: «Я лучше узнаю о том, что мне нужно, когда я говорю об этом».

Вопросы, которые необходимо проработать с клиентом:

1. Что Вы хотите изменить в своей зависимости?
2. Насколько эти вещи важны для Вас?
3. Над чем Вы хотите начать работать в первую очередь?
4. Каким способом Вы хотите достичь поставленной цели?

---

### *Что влияет на отношения социального работника и клиента*

Для консультанта важно осознавать, что влияет на взаимоотношения, поскольку именно отношения между консультантом и клиентом лежат в основе консультирования. Качество взаимоотношений, а именно взаимное понимание консультанта и клиента, часто определяет успешность консультирования.

#### *Личный жизненный опыт*

Каждый обладает собственной личной историей жизни, индивидуальным жизненным опытом. Различие в жизненном опыте консультанта и клиента могут приводить к взаимному непониманию, но эта проблема разрешима. Признавайте за клиентом право на собственный жизненный опыт и не пытайтесь понять его, исходя только из собственных событий и переживаний вашей жизни. Задайте себе вопрос и задумайтесь: «Каким был бы я, пережив или испытав всё то, что было в жизни этого человека? Скорее всего, думал, чувствовал, принимал бы решения по-другому, не как сейчас...»

На основе своего жизненного опыта у нас формируются различные стереотипы и убеждения, которые часто стоят на пути взаимопонимания между людьми. Например, вы считаете, что консультанты искренние, заботливые, талантливые, всегда готовые прийти на помощь клиенту (поскольку вы часто наблюдали именно это и, может быть, сами таковыми являетесь). Однако клиент, исходя из своего опыта, вполне справедливо может считать, что консультанты – равнодушные к его проблемам люди, которые отрабатывают свою заработную плату, и не всегда добросовестно, а ещё не считают за людей наркоманов (ведь именно с такими людьми ему и приходилось общаться).

Мы часто, не осознавая этого, через отдельные восприятия формируем собственный стереотип, считая его единственно правильным. Стереотипы никогда полностью не совпадают с реальностью, а отражают лишь какой-то её аспект. Стереотипы и предубеждения всегда присутствуют во взаимоотношениях людей, часто приводя к взаимному непониманию. Мы пытаемся навязать другим своё убеждение, свой стереотип, полагая, что именно оно – истинное, а это далеко не факт. Следующие подходы помогут избежать этой ловушки:

- осознавайте собственный стереотип (просто скажите себе, что бывает по-разному и ваше мнение не всегда является истинным);
- не пытайтесь убеждать клиента. Он всегда приведёт вам доказательства своей правоты из личного опыта, а ваш жизненный опыт может и не воспринимать, тогда вы можете угодить в сложную ловушку;
- помочь осознать ему, что его суждение – это результат того, что случилось именно с ним, но это ещё не значит, что так случается всегда и со всеми.

Например:

Клиент: Все они хотят засадить меня в тюрьму или психушку...

Консультант: Вы часто встречали людей, которые желали Вам этого, поэтому Вы делаете такой вывод...

Сtereотипы и убеждения, присущие так же и консультанту, часто становятся препятствием для успешного консультирования. Их можно разбить на несколько видов:

*Обобщение* – приписывание какого-либо качества всем без исключения людям или явлениям. Например, «Все наркоманы одинаковы».

*Категоричность суждений* – всё или ничего. Например, «Срыва и рецидивы – это крах всего!».

*Навешивание ярлыка* – попытка заключить клиента в определённый, часто негативный образ. Например, «Этот парень – типичный наркоман».

*Предсказание судьбы* – описание будущего клиента, исходя из своих стереотипов. Например, «После детокса всё равно все срываются».

*Чтение мыслей* – убеждение, что ты знаешь, о чём думает клиент. Например, «Этот клиент считает меня дураком...».

*Эмоциональное суждение* – утверждение под влиянием неуправляемой сиюминутной эмоции. Например, «Я просто даром теряю с ним время!..».

#### *Жизненные ценности и мировоззрение*

Исходя из своего собственного жизненного опыта, мы формируем свои ценности (идеи, которые мы считаем очень важными, безусловно, полезными и необходимыми в своей жизни, верим в них).

Например, жизненной ценностью могут быть утверждения: «Самое главное – это всегда прийти на помощь»; «Семья – это самое лучшее, что есть в жизни»; «Надо всегда говорить правду». Но эти ценности разделяют не все люди: «Самое главное – это дать право каждому совершать собственные ошибки, только так можно научиться жить»; «Лучшее, что есть в жизни каждого человека – это его работа, та польза, которую он может принести людям»; «Правду нужно говорить, когда человек готов её принять».

Если вы хотите быть эффективным консультантом зависимых клиентов, то не пытайтесь навязать им свои ценности, какими бы они святыми для вас не казались. В то же время, нет необходимости принимать их ценности как свои.

Возможно, нет абсолютных ценностей. В разных ситуациях ценно поступать по-разному. Действуя, исходя из своих ценностей, оставляйте право клиенту действовать, исходя из его собственных ценностей, поскольку он, как и вы, имеет на это право.

#### *Образование и речь*

Образование очень сильно влияет на культуру, эрудированность, самоосознание и интеллектуальное развитие человека. Как проявляет себя человек в общении, часто является результатом накопленных

им знаний или же их отсутствия. В случае потребления наркотических веществ речь идёт о знаниях из области медицины, психологии и психиатрии, химии, биологии, юриспруденции и пр. С одной стороны, вам необходимо постоянно расширять свои знания, с другой – во время консультирования оперировать понятиями, доступными для уровня образования клиента.

Другими словами, вы можете использовать или не использовать сленг, на котором, общаются потребители наркотиков (при условии, что вы им хорошо владеете), но клиент наверняка не поймёт вас, если вы будете использовать свой профессиональный сленг – язык, на котором между собой говорят психологи, социальные работники или врачи.

### *Навыки общения*

Одним из ключевых условий, влияющих на коммуникацию консультанта с клиентом, является способность к эффективному общению. Речь идёт о способности слушать и слышать другого человека, выражая ему понимание так, чтобы он чувствовал, что вы действительно способны понять то, что он чувствует, и что ему стоит вам доверять.

### *Проблемы в коммуникации консультанта и зависимого клиента*

В процессе взаимопонимания двух человек, участвующих в общении, встают проблемы, относящиеся к тому, какие навыки общения они используют или не используют. Такими проблемами могут быть, например, следующие:

Клиент говорит одно, а имеет в виду нечто совсем другое: «Я подумаю об этом...», при этом про себя он говорит: «я не собираюсь принимать и следовать этому совету...».

Консультант неправильно слышит слова. Консультант: «Вы сказали, что Вам нравится, когда...». Клиент: «Да нет же, я сказал – не нравится!».

Консультант даёт свою интерпретацию тому, что он слышит. Клиент: «Я уже три дня не колюсь...». Консультант мысленно: «Он решил «зазывать»!

Невнимательное, поверхностное слушание клиента, консультант слушает «вполуха» или думает «о своём».

### *Особенности консультирования потребителей наркотиков*

Навыки, используемые при проведении общей консультации, также применимы при консультировании лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Исследования показали, что лечение алкоголизма и наркомании даёт лучший результат в том случае, если проводится консультантами и врачами с использованием приёмов сопротивляющего консультирования (Miller & Rollnick, 1991; Ward, Mattick & Hall, 1992). Овладев навыками консультирования, консультант сможет устанавливать доверительные и конструктивные отношения с клиентом, что позволит осуществить конкретные программы, направленные на избавление от алкогольной или наркотической зависимости.

Стили поведения консультанта в современной психологии определяют следующим образом:

*Авторитарный* – когда консультант в категоричной форме требует от клиента определённого поведения или действия, принимая решения за него. Например, «Слушайте и запоминайте, что я говорю! Тогда всё будет хорошо...».

*Директивный* – консультант активно даёт советы, вынуждая клиента им следовать. Например, «Вам лучше сделать так, как я вам советую, потому, что я знаю, что Вам поможет».

*Скрытый директивный* – консультант, проявляя себя достаточно гибким и мягким человеком внешне, «между строк» подводит клиента к решениям, которые определил он сам. Например, «Я Вас понимаю... Но мне кажется, что Ваша проблема не в этом. Лучше будет, если Вы поступите так...».

*Партнёрский* – консультант и клиент совместно пытаются разобраться в проблеме и найти выход, объединив свои усилия и знания. Например, «Кажется, я догадываюсь, в чём суть Вашей проблемы, но хотел бы лучше понять, как Вы это видите...»; «Давайте вместе попробуем разобраться, в чём тут дело. Что Вы об этом думаете?».

*Ориентированный на клиента* – консультант поддерживает и поощряет клиента разбираться в собственных проблемах. Например, «Вы лучше меня знаете свои проблемы. Я готов выслушать Вас и помочь Вам лучше понять, в чём тут затруднения и как Вы хотели их разрешить».

*Уступчивый* – консультант находится в некоторой степени под влиянием клиента, не давая себе права в достаточной степени выражать своё мнение. Например, «Я готов пойти на многое, лишь бы мой клиент остался доволен».

*Соглашательский* – консультант принимает сторону клиента, его мнения и убеждения и находится под полным влиянием своего клиента. При этом у консультанта имеет место податливость, непонимание того, что происходит, отсутствие целей и задач в процессе консультирования.

Необходимо отметить, что наиболее эффективными признаны такие стили консультирования, как партнёрский и ориентированный на клиента. Однако в арсенале консультанта-профессионала должны находиться все вышеперечисленные подходы, поскольку живое взаимодействие между людьми не всегда можно заключить в рамки только одного подхода, каким бы хорошим он ни был.

### *Сопреживание*

Сопреживание (эмпатия) является одним из основных составляющих элементов консультирования. Сопреживание – это форма человеческого обще-

ния, которая подразумевает внимательное выслушивание, выражение сочувствия и понимания проблем клиента настолько, насколько это возможно, а также ответную реакцию консультанта, демонстрирующую понимание, позволяющую взглянуть на себя по-новому и побуждающую изменить своё поведение.

Сопереживание подразумевает уважительное отношение к клиенту. Роль сопереживающего консультанта заключается в том, чтобы помочь потребителю наркотиков самому найти пути решения своих проблем, а не навязывать готовые рекомендации. Клиенту необходимо дать почувствовать, что социальный работник верит в его способность сделать правильный выбор и принять верное решение и не считает время и усилия, затраченные на совместную работу, напрасными. Не только слова, но и интонация, жесты консультанта должны выражать сопереживание.

Быть сопереживающим – не значит всегда соглашаться с мнением клиента. Скорее, это означает стремление понять точку зрения клиента и то, что её формирует. Ключевым моментом сопереживающего подхода является отсутствие у консультанта оценок или осуждения в отношении клиента. Его задача – понять, как именно это происходит в жизни клиента, а не как это должно происходить. Помните, что вы сможете быть сопереживающим, если будете искренне стараться услышать, понять, почувствовать то, что сообщает вам сейчас собеседник, каково ему, что именно он переживает, и, в то же время, будете стремиться максимально точно передать ему своё понимание.

#### *Что делать, если не нравится клиент*

Консультант как любой человек имеет право на свои собственные ощущения, свои симпатии и антипатии. Поэтому вполне вероятно, что консультант может испытывать неприязнь к тому человеку, который проходит консультирование. В этом случае первое, что необходимо сделать – и это самое главное – откровенно признаться себе в этом. Затем дайте себе время осознать, что происходит и понять в чём причина этой неприязни. Иногда осознание приводит к тому, что неприязнь уходит, если нет, то надо разобраться в происходящем. Практические рекомендации – сделайте 10-минутный перерыв в общении и обдумайте ситуацию. Соберитесь с мыслями, чувствами и скажите себе: «У каждого человека есть отрицательные черты, и каждый человек имеет право быть таким, каков он есть. Что во мне такого, что не позволяет мне позитивно воспринимать этого человека, и могу ли я преодолеть это в себе сейчас? Могу ли я общаться с ним далее, не осуждая его и не испытывая эту неприязнь в процессе общения с ним?». Если ваш ответ: «Да!», то продолжайте консультировать. Если неприязнь настолько сильна, то предложите другому специалисту поработать с данным клиентом. Не вдаваясь в подробности, объяс-

ните клиенту причину смены консультанта. Например, «Извини, к сожалению, я себя чувствую таким образом, что не смогу выслушать тебя, понять и помочь тебе, поэтому будет лучше, если ты поговоришь сейчас с этим специалистом, который сможет лучше тебе помочь».

После этого стоит серьёзно задуматься над причиной своего неприятия. Возможно, стоит обратиться за помощью к более опытному коллеге,スーパвизору или психологу, который поможет разобраться в ваших личных причинах, стоящих за неприязнью. Тогда вы сможете решить одну из своих личностных проблем и станете более эффективным консультантом, способным работать с клиентами, которые ранее вызывали у вас раздражение.

Возможны также случаи, когда вы должны тактично выразить свои чувства, если клиент злоупотребляет вашим доверием или хорошим отношением. Например, «Мне крайне неприятно то, что Вы сейчас делаете (укажите, что именно), и я начинаю злиться на Вас. Но я хочу продолжить нашу встречу. Для меня это возможно, если Вы... (скажите, что конкретно вы ожидаете от клиента). Что Вы об этом думаете?» Или «Мне сейчас сложно общаться с Вами, потому что... (укажите, что именно). Давайте перенесём нашу встречу на...».

#### *Проблемы, влияющие на взаимопонимание с клиентом*

Если консультант не использует сензитивное слушание, а навязывает собственные суждения, то он создаёт барьеры на пути взаимоотношений между ним и клиентом (Miller and Rollinck, 1991). Ниже приведены примеры, препятствующие взаимопониманию между консультантом и клиентом:

1. Приказы или руководство, которые отдаются авторитетным тоном. Консультант говорит с позиции силы (родитель, начальник) или же использует авторитарные формулировки и интонации.
2. Предупреждения и угрозы. Эта форма подобна приказам, но она несёт в себе явную или скрытую угрозу негативных последствий в том случае, если клиент не последует рекомендациям. Угроза может исходить от самого консультанта или содержаться в предсказаниях негативных последствий, которые будут, если клиент ослушается. Например, «Если Вы не послушаетесь меня, то Вы об этом пожалеете, и в Вашей жизни ничего хорошего не произойдёт».
3. Советы, рекомендации или предоставление клиенту уже готовых решений помимо его воли. Этот подход основан на знаниях консультанта, его личном опыте. Такие предложения часто начинаются со слов: «Я бы на твоем месте сделал, так ...» или «Лучше всего в этой ситуации предпринять следующее...».

- 
4. Убеждения с помощью логических аргументов, уговоров или поучений. Скрытый смысл такого подхода состоит в том, что клиент недостаточно готов решать проблему и ему нужно в этом помочь.
  5. Морализаторство, поучение, или указание клиенту на его обязанности. Это предполагает использование таких слов, как «должен» или «обязан», с целью напоминания о моральных предписаниях.
  6. Осуждение, критика, несогласие или обвинение. Этот подход предполагает, что клиент неправ, с ним что-то не так или он совсем не то делает. Даже обычное несогласие может клиентом интерпретироваться как критика, негативная оценка.
  7. Согласие, одобрение или похвала. Как это ни удивительно, похвала или одобрение также могут стать препятствием, если консультант соглашается или выражает одобрение по вся кому поводу. Неуместное одобрение может прервать коммуникативный процесс, оно стимулирует неравноправные отношения между консультантом и клиентом. Активное сензитивное слушание не требует одобрения.
  8. Подшучивание, навешивание ярлыков, использование прозвищ, попытки пристыдить. Этот способ коммуникации выражает открытое неодобрение и намерение исправить определённое поведение клиента.
  9. Попытки всё проанализировать и объяснить. Консультанты достаточно часто склоняются к тому, чтобы навязывать свои собственные интерпретации и находить в них скрытый аналитический смысл.
  10. Обнадёживание, сочувствие или утешение. Консультанты часто стремятся помочь клиенту почувствовать себя лучше при помощи утешения. Такое обнадёживание может усложнить общение, особенно если клиент реалистично воспринимает свою проблему.
  11. «Засыпание» вопросами. Консультанты часто путают эффективное слушание с задаванием многочисленных вопросов. Безусловно, консультант может задавать вопросы, чтобы узнать больше о собеседнике, но в основе такой формы коммуникации лежит предположение, что найти решение проблем возможно, если задать достаточное количество вопросов. На самом же деле, поток вопросов мешает общению и направляет его на такие темы, которые удобны консультанту, а не клиенту.
  12. Уход от темы, отказ от дальнейшего обсуждения. Существуют типы клиентов, которые стремятся к приведённым стилям отношений или реакциям. Склонность к определённому сценарию беседы складывается в раннем детстве или вырабатывается в процессе отношений с другими людьми с целью адаптированного существования. Несмотря на то, что определённая манера поведения может причинять немало страданий человеку, она воспринимается как вполне приемлемая или единственно приемлемая. Для некоторых клиентов важен сам факт того, что ими хоть кто-то занимается, некоторые ждут помощи в виде советов, сочувствия и т. п., так как их собственные попытки зачастую не приводили к положительным результатам и им, возможно, поможет чей-то совет или личный опыт.

Следовательно, задача консультанта не попадать в вышеописанные ловушки общения. Важно отслеживать, как происходит беседа, и направлять её в нужное русло, тем самым повышая эффективность и сохраняя при этом уважительные отношения с клиентом.

Мотивационное интервьюирование (МИ) настолько же эффективный метод, как и другие признанные подходы к преодолению зависимостей, такие как программа «12 шагов» и когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Мотивационное интервьюирование может одинаково успешно применяться как самостоятельный метод, так и как подготовка или дополнение к другим методам, программам и терапии (из работы Дж. Прохаски и К. ДиКлементе, 1986).

#### **Список использованной литературы:**

1. *Мотивационное интервьюирование: Пособие для психологов (материалы тренинга Программы снижения вреда в Украине и Молдове «СПИД Фонда Восток-Запад», Одесса, 2002 год).*
  2. *Мотивационное интервьюирование: Пособие по проведению тренингов для консультантов (Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, 2004).*
  3. *Прохаска Д.О., ДиКлементе С.С. (1986). Вариант подробной схемы изменения поведенческой модели (Toward a comprehensive model of change). Издание: Миллер У.Р., Хезер Н. Лечение алкоголизма и наркомании: процессы изменений (Treating Addictive behaviors: Processes of Change), С. 3-27. – Нью-Йорк: Пленум Пресс.*
  4. *Снижение вреда как эффективная стратегия для профилактики ВИЧ, вирусных гепатитов и других заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков (презентация, д-р Ю. Саранков, «СПИД Фонд Восток-Запад»).*
  5. *Снижение вреда: Пособие для аутрич-работников и волонтёров программ снижения вреда от употребления наркотиков («СПИД Фонд Восток-Запад», 2002).*
-

- 
- 
6. Baker A., Dixon J. (1991). *Motivational interviewing for HIV risk reduction*. (Мотивационное интервьюирование для снижения риска, связанного с ВИЧ), в кн. под ред. Miller W.R., Rollnick S. *Метод мотивационного интервьюирования: подготовка пациентов к изменению addictive behaviour*, 293-302. – New York: Guilford Press.
7. Egan G. (1994). Упражнения по приобретению навыков к пособию: «Оказание квалифицированной помощи: системный подход». California: Brooks/Cole.
8. Egan G. *Навыки общего консультирования* (1994). *Оказание квалифицированной помощи: системный подход*. California: Brooks/Cole.
9. Miller W.R., Rollnick S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour* (Метод мотивационного интервьюирования: подготовка пациентов к изменению addictive behaviour). – New York: Guilford Press.
10. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2<sup>nd</sup> ed.) (2002). New York: Guilford Press.
11. Miller W.R., Sovereign R.G. (1989). *The check-up: a model for early intervention in addictive behaviours* (Метод оценки состояния клиентов: модель воздействия на ранних стадиях addictive behaviour) в кн. Loberg T., Miller W.R., Nathan P.E., Marlatt G.A. *Аддиктивное поведение: предотвращение зависимости и воздействие на ранних стадиях зависимости*, 219-231. – Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
12. Rogers C. (1973). *Терапия, ориентированная на клиента*, London: Constable.
13. Rollnick S., Bell A., Heather N. (1992). *Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing* (Формирование у клиента желания изменить своё поведение: разработка метода краткого мотивационного интервьюирования), *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
14. Scales R., Miller J.H. *Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians*. *Curr Sports Med Rep*. 2003 Jun; 2(3): 166-72.

---

---

## **БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ** **«ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»** **ЗА 2016 ГОД**

### **Нормативные правовые акты**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 апреля 2015 года № 262 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», Том XXII, № 1, 2016

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 мая 2015 года № 404 «Об утверждении Правил оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов в области здравоохранения», Том XXII, № 1, 2016

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 апреля 2015 года № 272 «Об утверждении стандартов государственных услуг в области здравоохранения (с изменениями и дополнениями от 28.12.2015 г.)», Том XXII, № 1, 2016

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», Том XXII, № 2, 2016

### **Программные материалы**

Всемирная организация здравоохранения. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг. (сокращённый вариант), Том XXII, № 4, 2016

### **Психотерапия**

Бикетова Л.А., Исакова И.Р. Проведение психокоррекционной работы среди учащихся 12-13 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации), Том XXII, № 4, 2016

Бикетова Л.А., Исакова И.Р., Пак Т.В. Проведение психокоррекционной работы среди учащихся 14-18 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации), Том XXII, № 2, 2016

Бикетова Л.А., Исакова И.Р., Юсопов О.Г. Проведение психокоррекционной работы среди учащихся 9-11 лет общеобразовательных школ с рисками вовлечения в социальные эпидемии (методические рекомендации), Том XXII, № 3, 2016

Катков А.Л. Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (методическое руководство), Том XXII, № 2, 2016

Катков А.Л. Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (методическое руководство) (продолжение), Том XXII, № 3, 2016

### **Психиатрия**

Катков А.Л. Эпистемологический анализ наук о психике: истоки и перспективы преодоления системного кризиса, Том XXII, № 3, 2016

Молчанов С.Н. Возможности деинституционализации и реформирования больничного сектора в области психического здоровья в Республике Казахстан, Том XXII, № 3, 2016

---

---

## **Наркология**

Ескалиева А.Т., Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилущкая М.В. Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды), Том XXII, № 1, 2016

Пак Т.В. Практические аспекты мотивационного интервьюирования лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, Том XXII, № 4, 2016

Прилущкая М.В., Аяганова Д.Е. Новые вызовы наркотического рынка: основные характеристики синтетических катинонов, Том XXII, № 3, 2016

## **Информация и обзоры**

Самиева А.К. Межличностное общение медицинских работников с пациентами, Том XXII, № 2, 2016