



**МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ**

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Учебное пособие

Под редакцией А.В. Масыкина

Москва
2026

УДК - 616-053
159.913, 37.04-053, 371.7,
613.8, 613.84, 613.86,
614.8.015, 615.099
ББК 51.12
П 103

Профилактика наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм: учебное пособие / под ред. А.В. Масыкина / Авторы: А.В. Масыкин, Е.И. Боровков, А.С. Сазонова, Е.Г. Деменко, В.В. Аршинова, С.В. Сафонцева, М.С. Радионова, А.О. Харук, И.Ю. Суворова / ГБУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы». – М. – 2026: 362с. ISBN 978-5-6050373-3-0

В учебном пособии освещены научно-теоретические основы профилактики, нормативно-правовые механизмы реализации, вопросы стандартизации профилактической деятельности и межведомственного взаимодействия. Систематизированы современные научные данные о теоретических, организационных и практических аспектах профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм. Особое внимание уделено современным стратегиям предупреждения зависимостей и формирования приверженности к трезвому и здоровому образу жизни. Подробно представлены современные методы и технологии профилактической работы, включая профилактическое, семейное и мотивационное консультирование, телемедицинские технологии, корпоративные профилактические программы и специализированные модели профилактических вмешательств для различных целевых групп населения. Структурированы диагностические скрининговые методики и инструменты цифровой профилактики.

Учебное пособие предназначено для подготовки специалистов в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования по программам ординатуры 31.08.21 «Психиатрия-наркология», специалитета 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 37.05.01 «Клиническая психология», а также бакалавриата 39.03.02 «Социальная работа». Пособие также может использоваться при реализации программ дополнительного профессионального образования (ДПО) и непрерывного медицинского образования (НМО) врачей-психиатров-наркологов, врачей, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, организаторов здравоохранения, клинических психологов, специалистов по социальной работе, а также иных специалистов, осуществляющих деятельность в сфере профилактики наркологических расстройств и других форм аддиктивного поведения.

ISBN 978-5-6050373-3-0

© ГБУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 2026
© Коллектив авторов, 2026
© Редакционно-издательское оформление, ООО «Группа-НТЛ» -2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	11
ЧАСТЬ 1. ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ.....	13
1.1. Наркологическая ситуация в Российской Федерации и в мире.....	13
1.1.1. Государственная антиалкогольная политика	25
1.1.2. Государственная антинаркотическая политика	38
1.1.3. Государственная антитабачная политика в РФ	48
1.1.4. Государственная антигемблинговая политика в РФ	54
1.2. Наркологические заболевания как угроза национальной безопасности.....	59
1.3. Профилактика наркологических заболеваний в системе общественного здоровья и здравоохранения	68
1.4. Роль профилактики в укреплении института семьи	74
1.5. Безопасность дорожного движения: наркологический аспект	82
1.5.1. Медицинская профилактика в транспортной сфере	83
1.5.2. Правовые меры как инструмент профилактики ДТП.....	86
1.6. Научно-теоретические подходы к профилактике наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм	89
1.6.1. Отечественные теоретические подходы к возникновению зависимости: профилактический аспект	107
1.6.2. Распределение моделей и видов профилактики.....	112
1.7. Стандартизация профилактики аддикций	119
1.8. Управление поведенческими факторами риска для здоровья, связанными с потреблением ПАВ и участием в азартных играх.....	133
1.8.1. Уровни управления факторами риска для здоровья: наркологический аспект.....	135
1.8.2. Социально-экономические аспекты профилактики аддикций	140
Список литературы	144

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ..... 155

2.1. Санитарно-гигиеническое просвещение, включая вопросы профилактики управления транспортным средством в состоянии опьянения.....	156
2.2. Внутриведомственное, межведомственное и межсекторальное взаимодействие наркологической службы.....	164
2.2.1. Внутриведомственное взаимодействие.....	166
2.2.2. Межведомственное взаимодействие.....	169
2.2.3. Межсекторальное взаимодействие.....	172
Практика медицинской профилактики: корпоративные программы укрепления здоровья	174
2.3. Организация и участие в профилактических медицинских осмотрах обучающихся	181
2.4. Участие наркологической службы в профилактике ХНИЗ	184
2.5. Профилактика наркологических расстройств при диспансерном наблюдении	188
Практика медицинской профилактики: альтернативные виды деятельности на примере тег-регби	190
2.6. Профилактическое консультирование	196
Практика медицинской профилактики: безопасность дорожного движения	203
2.7. Семейное консультирование.....	206
Практика медицинской профилактики: предупреждение социального сиротства	221
2.8. Мотивационное консультирование	228
2.8.1. Общие принципы и техники работы МК, МИ и МЕТ	232
2.8.2. Преодоление анозогнозии	241
2.8.3. Особенности применения мотивационных методов при работе с подростками.....	244
Практика медицинской профилактики патологического влечения к азартным играм	247
2.9. Телемедицинские технологии в профилактике.....	251
2.9.1. Искусственный интеллект	252
2.9.2. Телемедицина	253

2.9.3. Первичная профилактика наркологических заболеваний в цифровом формате	257
2.9.4. Вторичная профилактика зависимостей в цифровом формате	264
2.9.5. Третичная профилактика зависимостей в цифровом формате	272
Список литературы	282
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	288
ПРИЛОЖЕНИЯ	291
Приложение А. Перечень основных НПА, определяющих состояние здоровья, порядок проведения медицинских осмотров и медицинского освидетельствования отдельных категорий граждан	292
Приложение Б. Цифровая профилактика.....	319
Приложение В. Диагностические методики	349
Приложение Г. Фонд оценочных средств: тестовые вопросы, темы для рефератов	374
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	406

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА	«Анонимные алкоголики» — международное сообщество выздоравливающих зависимых от алкоголя
ААС	Алкоголь-ассоциированная смертность
АД	Артериальное давление
Ал-Анон	Международная организация взаимопомощи, которая объединяет родственников и друзей людей, пострадавших от алкоголизма близкого человека
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АН	«Анонимные Наркоманы» - международное сообщество выздоравливающих зависимых от наркотиков
АНК	Антинаркотическая комиссия
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВДА	Взрослые дети алкоголиков
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВСК	Видео-конференц-связь
ВЦИОМ	Всероссийский центр изучения общественного мнения
ГАИ	Государственная автоинспекция
ГАК	Государственная антинаркотическая комиссия
ГГТ	Гамма-глутамилтранспептидаза
ГУ МВД	Главное управление Министерства внутренних дел Российской Федерации
ГУОБДД МВД России	Главное управление по обеспечению безопасности дорожного движения МВД России
ЗМ	Департамент здравоохранения города Москвы
ДН	Диспансерное наблюдение
ДТП	Дорожно-транспортное происшествие
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЕГАИС	Единая государственная автоматизированная информационная система
ЕМЦ	Единая минимальная цена
ЕЦУПС	Единый центр учета переводов ставок
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
И-Анон	Международная организация взаимопомощи, которая объединяет родственников и друзей людей, пострадавших от игромании близкого человека
ИИ	Искусственный интеллект
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем

ИПР	Индивидуальный план работы
КДНиЗП	Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
КоАП РФ	Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
КПК	Краткое профилактическое консультирование
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
КТ	Компьютерная томография
МВД РФ	Министерство внутренних дел Российской Федерации
МЗ, Минздрав	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МИ	Мотивационное интервью
МК	Мотивационное консультирование
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МККН	Международный комитет по контролю над наркотиками
МО	Медицинское освидетельствование
МОСО	Медицинское освидетельствование на состояние опьянения
МОТ	Международная организация труда
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МРЦ	Минимальная розничная цена
СМФЦ	Семейный многофункциональный центр
МФЦ	Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг
Нар-Анон	Международная организация взаимопомощи, которая объединяет родственников и друзей людей, пострадавших от наркомании близкого человека
НКО	Некоммерческая организация
ННЦ наркологии	Национальный научный центр наркологии, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России
НПА	Нормативно-правовые акты
НПВ	Новые потенциально опасные вещества
НС	Наркотические средства
НТСД	Немецкий тест семейной динамики
ОО	Образовательная организация
ООН	Организация объединенных наций
ПАВ	Психоактивные вещества

ПВ	Психотропные вещества
ПДД	Правила дорожного движения
ПК	Профилактическое консультирование
ПМО	Профилактический медицинский осмотр
ППК ЕРАИ	Публично-правовая компания «Единый регулятор азартных игр»
ППМС-центры	Центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
ПС	Патологическая система
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство
РАМН	Российская академия медицинских наук
РАН	Российская академия наук
Росалкоголь-табакконтроль	Федеральная служба по контролю за алкогольным и табачным рынками
Росстат	Федеральная служба государственной статистики
СИМ	Средства индивидуальной мобильности
СМИ	Средства массовой информации
СОП	Социально опасное положение
СПТ	Социально-психологическое тестирование
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ТЖС	Трудная жизненная ситуация
ТС	Транспортное средство
УГПК	Углубленное групповое профилактическое консультирование
УИИ УФСИН	Уголовно-исполнительная инспекция Управления Федеральной службы исполнения наказаний
УК РФ	Уголовный кодекс Российской Федерации
УМВД	Управление Министерства внутренних дел
УНП ООН	Управление Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности
УПК	Углубленное профилактическое консультирование
УФМС	Управление Федеральной миграционной службы
УФСИН	Управление Федеральной системы исполнения наказания
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт

ФАСП	Фетальный алкогольный синдром плода
ФГБУ	Федеральное государственное бюджетное учреждение
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.
ФЗ	Федеральный закон
ФОИС	Федеральные органы исполнительной власти
ФСИН	Федеральная служба исполнения наказаний
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь лёгких
ХТИ	Химико-токсикологическое исследование
ЦНИИОИЗ	Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России
ЭМК	Электронная медицинская карта
ЭСДН	Электронная система доставки никотина
COVID-19	CoronaVirusDisease 2019 (англ.) - Коронавирусное заболевание 2019 года
DALY	Disability-Adjusted Life Years (англ.) - годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (англ.) - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам третьего пере- смотра
IQOS	«I Quit Ordinary Smoking» (с англ. - «я бросаю обычное курение») - система нагревания табака, разработанная компанией Philip Morris International
MET	Motivational Enhancement Therapy (англ.) – терапия повышения мотивации
OARS	Техники составления вопросов в мотивационном интервью, объединены в аббревиатуру: openended questions (открытые вопросы), affirmations (поддерживающие утверждения), reflective listening (рефлексивное слушание), summaries (обобщения).
QALY	Quality-adjusted life year (англ.) - годы жизни с поправкой на качество

ROI

Return on Investment (англ.) «возврат от инвестиций» или «возврат на инвестиции» - финансовый показатель, который используется для оценки эффективности вложений в бизнес, проект или другие инициативы.

ВВЕДЕНИЕ

В учебном пособии представлены современные теории, методология и практики организации и проведения профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм среди различных групп населения. Систематизированы отечественные и зарубежные формы, методы и конкретные техники профилактики.

Несмотря на значительные достижения наркологии в области лечения и реабилитации заболеваний, динамика наркологической ситуации свидетельствует о необходимости совершенствования превентивных мер, направленных на профилактику и раннее выявление наркологических расстройств на донологических стадиях заболевания. Это требует выстраивания и координации внутриведомственного, межведомственного и межсекторального взаимодействия. Профилактика употребления ПАВ и патологического влечения к азартным играм включает мероприятия информационного, диагностического, обучающего и мотивационного характера.

Теоретическая часть учебного пособия посвящена анализу наркологической ситуации, правового регулирования оборота аддиктивных благ в Российской Федерации и в мире, а также научно-теоретических подходов к профилактике наркологических расстройств и патологического влечения и проблемам их стандартизации. В практической части рассмотрены виды профилактических вмешательств, реализуемых наркологической службой: санитарно-гигиеническое просвещение, организация и участие в профилактических медицинских осмотрах и медицинском освидетельствовании отдельных категорий граждан, диспансерное наблюдение за лицами с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с потреблением ПАВ, а также профилактические и диагностические методы и методики.

В учебном пособии подробно описан метод профилактического консультирования, разъяснены особенности краткого, углубленного индивидуального и углубленного группового профилактического консультирования. А также представлено семейное консультирование и мотивационное консультирование как методы профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм.

Систематизированы современные телемедицинские технологии, используемые в профилактике аддиктивного поведения.

Каждый раздел завершают выводы и вопросы для самоконтроля. Приложения учебного пособия содержат фонд оценочных средств (тестовые задания и темы рефератов), перечень основных НПА, определяющих состояние здоровья, порядок проведения медицинских осмотров и медицинского освидетельствования отдельных категорий граждан, психодиагностические методики и другие практико-ориентированные сведения.

Учебное пособие предназначено для подготовки специалистов в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования по программам ординатуры 31.08.21 «Психиатрия-наркология», специалитета 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 37.05.01 «Клиническая психология», а также бакалавриата 39.03.02 «Социальная работа». Пособие также может использоваться при реализации программ дополнительного профессионального образования (ДПО) и непрерывного медицинского образования (НМО) врачей-психиатров-наркологов, врачей, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, организаторов здравоохранения, клинических психологов, специалистов по социальной работе, а также иных специалистов, осуществляющих деятельность в сфере профилактики наркологических расстройств и других форм аддиктивного поведения.

Учебное пособие может быть использовано преподавателями при проведении занятий по профильным дисциплинам, а также студентами для самостоятельного изучения.

Часть 1

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

В первой части учебного пособия проводится комплексный анализ наркологической ситуации в Российской Федерации и основных направлений государственной политики в сфере профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм (лудомании). Наркологические расстройства и лудомания рассматриваются как стратегическая угроза национальной безопасности, разрушающая демографические и экономические основы государства. Потребление ПАВ является одним из ведущих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидизации, преждевременной смертности и снижению продолжительности жизни населения.

Анализируется трансформация общественного здравоохранения и фундаментальный переход от патерналистской модели оказания медицинской помощи к парадигме приоритета превентивной и предиктивной медицины, формирования личной ответственности человека за свое здоровье. Отдельное внимание в первой части учебного пособия уделено вопросам безопасности дорожного движения, где фактор опьянения остается одной из главных причин дорожно-транспортного травматизма и смертности. Систематизированы современные стандарты профилактики аддикций, а также обобщены ведущие научно-теоретические подходы к превенции наркологических расстройств и патологического влечения.

1.1. Наркологическая ситуация в Российской Федерации и в мире

На современном этапе развития общества сохранение и укрепление здоровья населения признаны главными приоритетами государственной политики Российской Федерации. В системе факторов, препятствующих достижению стратегического долголетия и сбережению человеческого капитала, особое место занимают наркологические расстройства и нехимические аддикции (в первую очередь, лудомания). Данные патологии не только разрушают личность на индивидуальном уровне, но и наносят масштабный демографический и социально-экономический ущерб государству.

Систематизация наркологической патологии в современной отечественной и международной медицинской практике базируется на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ (ПАВ), локализованы в классе V (Психические расстройства и расстройства поведения) и занимают диагностический блок F10–F19.

Структура кодирования в данном блоке носит двухкомпонентный характер: третий знак указывает на этиологический фактор (конкретный вид употребляемого субстрата), а четвертый знак (после точки) определяет клиническую форму, стадию или текущий синдромокомплекс.

В зависимости от природы аддиктивного агента выделяются следующие основные нозологические группы:

- F10 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.
- F11 – расстройства, вызванные употреблением опиоидов.
- F12 – расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.
- F13 – расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных веществ.
- F14 – расстройства, вызванные употреблением кокаина.
- F15 – расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин (включая синтетические катиноны и амфетаминный ряд).
- F16 – расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.

- F17 – расстройства, вызванные употреблением табака (никотиновая зависимость).

- F18 – расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (токсикомания).

- F19 – расстройства, вызванные сочетанным употреблением наркотиков и других ПАВ (полинаркомания).

Феномен патологического влечения к азартным играм (лудомания) в рамках МКБ-10 обособлен от классических химических зависимостей и кодируется в рубрике F63.0 («Расстройства привычек и влечений»). Данная нозология характеризуется постоянным, непреодолимым и повторно возобновляющимся участием в азартных играх, которое углубляется вопреки деструктивным социальным и экономическим последствиям (обнищание, распад семьи, правонарушения).

Изучение эпидемиологии наркологических заболеваний позволяет определять причины и закономерности развития наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм (лудомании) в целях их профилактики и минимизации последствий, управления факторами риска формирования болезненной зависимости. Для общества это фундамент национальной безопасности и общественного здравоохранения, а для отдельного человека – осознанного выбора здорового и безопасного образа жизни. Объективный анализ наркологической ситуации позволяет осуществлять краткосрочное и долгосрочное планирование комплекса мер, направленных на противодействие угрозам распространения химических зависимостей и поведенческих (нехимических) аддикций с позиции эффективных социально-экономических, правовых и медицинских подходов.

Оценка наркологической ситуации включает в себя социальные, юридические, демографические, политические, медицинские и экономические показатели.

Наркологическая ситуация представляет собой комплексный социально-демографический, медицинский и правовой показатель, отражающий уровень, динамику и последствия распространения химических (алкоголизм, наркомания, токсикомания) и поведенческих (лудомания, интернет-зависимость) аддикций среди населения на определенной территории за конкретный промежуток времени

Все показатели наркологической ситуации разделены на четыре блока:

1. Медико-эпидемиологические показатели:

- Первичная заболеваемость: количество лиц, у которых диагноз зависимости (алкогольная, наркотическая, игровая) или пагубного употребления установлен впервые в жизни.

- Общая заболеваемость (распространенность): общее число лиц, страдающих аддикциями и находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода.

- Показатели превентивного скрининга: доля лиц с выявленными факторами риска по результатам анкетирования на этапе профилактического медицинского осмотра (ПМО) и диспансеризации (в рамках приказа Минздрава России № 404н), данные которых зафиксированы в электронных медицинских картах (ЭМК).

- Алкоголь-ассоциированная смертность (ААС): уровень смертности от соматических патологий (алкогольные кардиомиопатии, цирроз печени) и внешних причин (травмы, ДТП), обусловленных состоянием опьянения.

2. Социально-демографические показатели:

- Уровень смертности от острых отравлений (передозировок) наркотическими средствами и психотропными веществами.

- Показатель детской и подростковой аддикции: удельный вес и динамика вовлечения несовершеннолетних в употребление ПАВ или участие в азартных играх.

- Уровень деструкции семейных институтов: количество разводов, случаев лишения родительских прав и зафиксированных фактов бытового насилия, обусловленных зависимым поведением членов семьи.

3. Правоохранные показатели (криминогенность):

- Уровень правонарушений в состоянии опьянения: количество преступлений и административных проступков, совершенных гражданами под влиянием ПАВ, алкоголя или суррогатов.

- Рецидивная преступность: удельный вес и характер повторных противоправных деяний среди лиц, находящихся под контролем уголовно-исполнительных инспекций (УИИ УФСИН), в частности, связанных с незаконным оборотом наркотических средств.

- Объем незаконного предложения: количество изъятых из оборота ПАВ и прекурсоров, а также число заблокированных интернет-ресурсов.

- по продаже вейпов или серых игровых платформ.

4. Экономические показатели (экономическое бремя для государства):

- Прямые медицинские издержки: расходы бюджета на госпитализацию, реанимационные мероприятия, ХТИ-диагностику и реализацию программ углубленного группового профилактического консультирования (УГПК).
- Прямые немедицинские затраты: расходы государственного бюджета на содержание полиции, судебной и пенитенциарной систем.
- Косвенные потери (упущенная выгода): объем недополученного валового внутреннего продукта (ВВП) из-за преждевременной смертности населения и снижения производительности труда, пропусков и прогулов (абсентеизма) работников, вызванных употреблением ПАВ.

В наркологической ситуации важную роль играет оценка ограничительных мер, направленных на снижение предложений аддиктивных благ, аудит качества государственного управления факторами риска, а также анализ инвестиционной выгоды от долгосрочной профилактики деструктивного поведения.

Аддиктивные блага - товары и услуги, вызывающие физическую или психологическую зависимость. Потребление таких благ изменяет психоэмоциональный фон человека, снижает волевой контроль и приводит к иррациональному экономическому поведению и деструктивным медико-социальным последствиям

Оценка наркологической ситуации необходима для выработки основных стратегических целей и направлений социально-экономической политики и развития государства и общества в целом.

В противодействии современным вызовам и угрозам демографической ситуации в РФ активно складывается государственная система мер, обеспечивающая управление в сфере наркологических заболеваний и патологического влечения к азартным играм среди населения, которую описывает наркологическая ситуация (рис.1.1).



Рисунок 1.1. Схема формирования наркологической ситуации

В структуре наркологической ситуации отчетливо отражается влияние демографических факторов, статистический анализ которых позволяет прогнозировать социально-экономическое развитие государства и его регионов. К их числу относятся индикаторы воспроизводства и динамики численности населения (рождаемость, смертность, естественный прирост), его половозрастная структура (включая долю трудоспособного населения и ожидаемую продолжительность жизни), а также миграционные потоки и иные социально-демографические индикаторы. На территории Российской Федерации официальный сбор данной информации осуществляет Федеральная служба государственной статистики (Росстат), а на глобальном уровне – Организация Объединённых Наций (ООН).

Система оценки наркологической ситуации строится на основе триединого фундамента, определяющего результативность превентивных мер, и включает в себя: (а) оценку эффективности политических стратегий, обеспечивающих национальную безопасность; (б) мониторинг междисциплинарного, межведомственного и межсекторального взаимодействия на федеральном и региональном уровнях;

(в) анализ индикаторов оказания качественной и доступной медицинской, психологической, социальной и правовой помощи населению в регионах и в стране в целом. Каждый показатель отражается в комплексной оценке наркологической ситуации.

Системный аудит в данной сфере дает возможность аккумулировать результаты реализации государственных антиалкогольной, антинаркотической и антитабачной политик, а также программ, направленных на снижение нехимических (поведенческих) аддикций (в первую очередь, патологического влечения к азартным играм). Текущие показатели эффективности мер каждого из этих направлений, наряду с качеством межведомственного взаимодействия медицинских, социальных служб и образовательных организаций, напрямую определяют состояние наркологической ситуации, выступающей одним из ключевых факторов, влияющих на демографические показатели в стране.

Многоуровневая структура системы оценки наркологической ситуации координируется государственными антинаркотическими комиссиями и реализуется на межведомственном, региональном и местном уровнях (рис.1.2).



Рисунок 1.2. Организационная структура системы профилактики наркологических заболеваний

Эффективность нормативно-правовой базы оценивается через анализ регуляторных мер, реализуемых по вертикальному принципу «сверху вниз» (например: Указ Президента РФ → приказ Минздрава России → распоряжение главного врача). При этом качество координации межведомственного взаимодействия анализируется и «по горизонтали» на каждом из управленческих уровней. Так, Государственный антинаркотический комитет (ГАК) осуществляет координацию деятельности министерств и ведомств на федеральном уровне, антинаркотические комиссии (АНК) – на региональном, а комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) обеспечивают оперативное взаимодействие образовательных организаций, органов внутренних дел и учреждений здравоохранения на муниципальном уровне.

Влияние употребления ПАВ на демографическую ситуацию в РФ

Одно из основных последствий употребления ПАВ – это снижение качества и продолжительности жизни. В результате злоупотребления алкоголем и наркотиками происходит преждевременная смерть людей в трудоспособном возрасте, что ведет к сокращению численности населения страны. Кроме того, употребление ПАВ становится причиной различных соматических и психических заболеваний, что также влияет на продолжительность жизни. Согласно последнему официальному докладу ВОЗ (2025), актуальные глобальные демографические показатели изменились. Пандемия COVID-19 привела к крупнейшему в современной истории снижению продолжительности жизни, фактически отбросив человечество на десятилетие назад. Постепенное восстановление произошло только к 2025-2026 годам. Средний показатель глобальной общей продолжительности жизни для обоих полов зафиксирован на уровне 73,5-73,8 лет, а средняя продолжительность здоровой жизни в мире составляет 61,9 - 62,5 года после падения во время пандемии с пикового значения в 63,5 лет (Pierre-Paul D. A., Rousson V., Locatelli I., 2026). Сегодня общая продолжительность жизни для женщин составляет 76,4 года, а продолжительность здоровой жизни вернулась к отметке около 63,8 лет, а для мужчин 71,2 года, продолжительность здоровой жизни – около 61,3 года.

Целевые показатели продолжительности жизни в России закреплены в Указе Президента РФ от 7 мая 2024 года № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Данный документ установил стратегические ориентиры для страны на ближайшие годы. План по росту продолжительности жизни зафиксирован в рамках первой национальной цели – «сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи». В Указе отмечается, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России должна увеличиться до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году. В 2026 году ожидается, что этот показатель составит 73,2 года (табл.1.1).

Таблица 1.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах) в РФ

Годы	Низкий вариант прогноза			Средний вариант прогноза			Высокий вариант прогноза		
	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
2019	69,3	63,5	75,2	71,7	66,1	77,2	74,1	68,8	79,1
2020	69,4	63,6	75,3	72,0	66,4	77,4	74,5	69,3	79,5
2021	69,4	63,7	75,3	72,2	66,7	77,6	74,9	69,8	79,8
2022	69,5	63,8	75,4	72,4	67,0	77,7	75,3	70,2	80,1
2023	69,6	63,9	75,4	72,6	67,3	77,9	75,7	70,7	80,4
2024	69,6	64,0	75,5	72,8	67,5	78,1	76,0	71,1	80,6
2025	69,7	64,0	75,5	73,0	67,8	78,2	76,4	71,5	80,9
2026	69,8	64,1	75,5	73,2	68,0	78,4	76,7	71,9	81,2
2027	69,8	64,2	75,6	73,4	68,2	78,5	77,0	72,3	81,4
2028	69,9	64,3	75,6	73,6	68,5	78,6	77,3	72,6	81,7
2029	69,9	64,4	75,6	73,8	68,7	78,8	77,6	73,0	81,9
2030	70,0	64,4	75,7	73,9	68,9	78,9	77,9	73,3	82,1

По данным Росстата, в 2020 и 2021 годах в России ожидаемая продолжительность жизни характеризовались «сверхсмертностью»

от коронавируса: число умерших в эти годы выросло на 19 и 36%, соответственно, по сравнению с 2019 годом. В 2022 году число умерших значительно сократилось, но все равно оказалось на 6% выше допандемийного уровня (табл. 1.2). При этом суммарный коэффициент рождаемости в 2024 году зафиксирован в диапазоне 1,37-1,4 ребенка на одну женщину, что значительно ниже уровня простого воспроизводства населения. Преодоление устоявшейся тенденции естественной убыли постоянного населения России является критически важной задачей государственной политики.

Таблица 1.2. Естественный прирост постоянного населения в Российской Федерации за 2017-2023 годы

Годы	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Население	-135818	-224566	-317233	-702072	-1043341	-594557	-500264

Для роста ожидаемой продолжительности жизни населения и повышения рождаемости необходима активизация мер по снижению потребления алкоголя, наркотических средств, табачной продукции и других аддитивных товаров и услуг. Данные факторы риска способны провоцировать бесплодие, нарушения менструального цикла у женщин и эректильную дисфункцию у мужчин, что выступает прямой причиной снижения репродуктивного потенциала граждан и ухудшения демографической ситуации в целом.

Употребление ПАВ и развитие нехимических аддикций (в частности, лудомании и интернет-зависимости) детерминируют комплекс глубоких социально-экономических проблем. Среди них наиболее деструктивными являются хроническая финансовая задолженность, маргинализация, рост преступности, безработица и обнищание населения. Индивиды, утратившие контроль над аддитивным поведением, сталкиваются с феноменом социальной дезадаптации: потерей профессионального статуса, распадом семейных связей и разрушением систем социальной поддержки. Для преодоления текущего демографического кризиса необходима комплексная работа по снижению уровня наркотизации и алкоголизации общества, а также модернизация системы оказания наркологической помощи Российской Федерации.

Интегральные показатели наркологической ситуации в РФ и их источники

В настоящее время в оценке наркологической ситуации наиболее часто встречаются такие интегральные статистические показатели (рис.1.3):

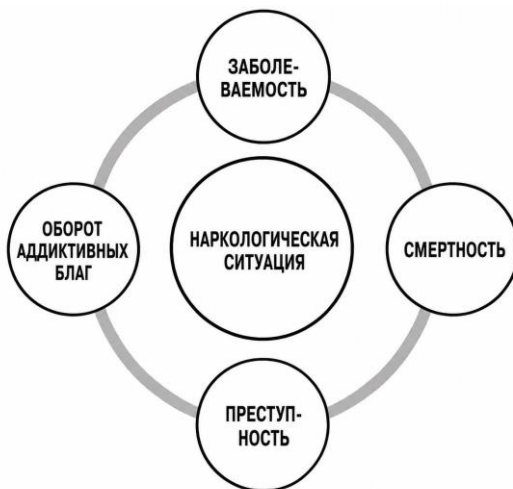


Рисунок 1.3. Структура интегральных показателей оценки наркологической ситуации

Среди них:

- первичная и общая заболеваемость наркологическими расстройствами;
- смертность от причин, связанных с употреблением ПАВ;
- показатели деятельности наркологической службы;
- число правонарушений в состоянии опьянения;
- оборот разрешенных и запрещенных наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, новых потенциально опасных ПАВ;
- распространённость лудомании.

При этом данные показатели могут быть проанализированы как в контексте наркологической ситуации в целом, так и в разрезе ее отдельных сегментов, например, посредством обособления индикаторов преимущественно профилактической направленности.

Следует отметить, что консолидация показателей, характеризующих наркологическую ситуацию, осуществляется по модульному принципу. Необходимость такого подхода обусловлена тем, что релевантная информация аккумулируется в различных ведомственных источниках, деятельность каждого из которых регламентируется самостоятельными нормативно-правовыми актами федерального уровня. Так, в настоящее время отдельные разделы наркологической ситуации изучаются федеральными научными институтами, среди них ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России, «Всероссийский Научно-Исследовательский институт МВД России» и другие НИИ и университеты.

Ежегодно выходит отчет о состоянии наркологической службы в РФ, аналитический обзор, а также ежегодные отчеты о деятельности наркологических служб на местах. Такие отчеты создаются на основе приказа Минздрава РФ от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения РФ федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

Показатели о производстве аддитивных благ, о потреблении ПАВ и заболеваемости наркологическими расстройствами публикует Росстат РФ в соответствии с утвержденными федеральными методическими указаниями, и публикует их в сборниках, а также представляет отдельные статистические оценки. Показатели производства алкоголя, табака и вейпов, потребления и контроля над производством этой продукции собирает и публикует Федеральная служба по контролю за алкогольным и табачным рынками (Росалкогольтабакконтроль) в соответствии с утвержденными федеральными методическими указаниями. Расчет душевого потребления алкоголя проводит ФГБУ ЦНИИОЗ Минздрава России по методике оценки среднедушевого потребления алкоголя, утвержденной приказом Минздрава РФ от 30.07.2019 № 575 «Об утверждении методики оценки среднедушевого потребления алкоголя в

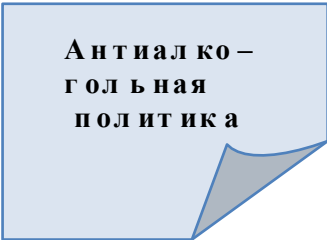
Российской Федерации».

Данные правоохранительных органов и наркологической службы ложатся в основу ежегодного Доклада о наркоситуации в Российской Федерации. Этот стратегический документ формируется на базе материалов ГАК и региональных отчетов, подготавливаемых антинаркотическими комиссиями (АНК) в субъектах РФ. Итоговый доклад представляется на утверждение председателю ГАК для последующего направления Президенту Российской Федерации.

Также публикуется ежегодный «Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации». Рейтинг оценивает различные социально-экономические и правовые особенности, связанные с потреблением алкоголя в регионах РФ. Рейтинг выпускается в рамках федерального общественного проекта «Трезвая Россия», который реализуется на территории Российской Федерации с 7 апреля 2012 года. Вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза и распространенности лудомании, а также интернет-зависимости на современном этапе остаются предметом изучения отдельных исследовательских коллективов: Института социологии РАН, Социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), Института социально-экономических проблем народонаселения (ИСЭПН) РАН, Общероссийского общественного фонда «Общественное Мнение» (ФОМ) и других.

Одним из ключевых направлений оценки наркологической ситуации является анализ превентивных мер, направленных на предотвращение аддиктивного поведения. Речь идет как о расстройствах, вызванных употреблением ПАВ, так и о нехимических зависимостях, в первую очередь, патологическом влечении к азартным играм (лудомании) и компьютерно-игровых расстройствах.

1.1.1. Государственная антиалкогольная политика



**Антиалко –
гольная
политика**

В Российской Федерации действует Концепция сокращения потребления алкоголя в РФ на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу, утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 11 декабря 2023 г. № 3547-р. Концепция направлена на защиту общественного

здоровья и общественной безопасности, а также на укрепление национальных интересов и реализацию стратегических национальных

приоритетов в данной сфере. Основными задачами Концепции являются укрепление ценностей здорового образа жизни, развитие системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией, повышение качества и доступности медицинской помощи лицам с алкогольной зависимостью и лицам, страдающим пагубным употреблением алкоголя, а также развитие системы медицинской реабилитации, социальной адаптации и ресоциализации этих лиц. В рамках реализации данного стратегического документа целевым ориентиром определено снижение объемов потребления алкогольной продукции с 8,9 л этанола на душу населения в 2023 году, до 7,8 л к 2030 году. Документом декларируется необходимость применения системного, межведомственного и междисциплинарного подходов к внедрению мер по снижению уровня алкоголизации населения. Данный вектор предполагает консолидацию усилий органов государственной власти, институтов гражданского общества, религиозных объединений, бизнес-сообщества и гражданских активистов. Приоритетным критерием при выборе и реализации регуляторных мер выступает защита интересов общественного здоровья, превалирующая над коммерческими интересами участников алкогольного рынка. В рамках данного направления особый акцент делается на защите несовершеннолетних от рисков, ассоциированных с ранним приобщением к алкогольной продукции. При этом Концепция предусматривает научную обоснованность и доказанную эффективность антиалкогольных мер, а также информационную открытость результатов их мониторинга.

Проведенный анализ показывает, что сфера производства и оборота алкогольной продукции находится в системной причинно-следственной связи с динамикой наркологических заболеваний среди населения и, как следствие, с общим состоянием преступности. Базовым нормативно-правовым актом, регламентирующим данную отрасль, является Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции». Данный федеральный закон определяет нормативно-понятийный аппарат, разграничивая категории алкогольной и спиртосодержащей продукции. Кроме того, нормативный акт регламентирует порядок декларирования деятельности организаций, осуществляющих производство, поставку или розничную продажу алкоголя. В нем также закреплены правовые основы лицензирования и

меры юридической ответственности за правонарушения в сфере безлицензионного производства и оборота указанной продукции. В связи с этим в Российской Федерации реализуется масштабная превентивная деятельность, направленная на контроль над производством и оборотом алкогольной продукции, а также на минимизацию медико-социальных последствий ее употребления. По данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, среднедушевое потребление алкоголя в стране на протяжении последних лет демонстрирует устойчивую тенденцию к снижению.

Несмотря на то, что в марте 2025 года в рамках оперативной оценки был зафиксирован краткосрочный всплеск - показатель составил 8,41 л этанола на душу населения (что на 2,4% превысило значение аналогичного периода прошлого года), - по итогам года общая динамика стабилизировалась и фактическое потребление снизилось до исторического минимума в 8,06 л. Ретроспективный анализ Минздрава РФ подтверждает планомерное сокращение объемов потребления: так, в 2024 году показатель составлял 8,38 л этанола, в 2023 году – 8,49 л, в 2022 году – 8,62 л, в 2021 году – 8,82 л, тогда как в 2019 - 2020 годы он находился на уровне 9,06 л.

В структуре продаж алкогольной продукции за три года превалирует пиво, на долю которого приходится около $\frac{3}{4}$ всего объема продаж алкогольной продукции. В 2024 году продажи пива составили 78,5 %, в 2023 году – 74,8 %. Это можно объяснить ценовой доступностью пива для населения и разнообразием предложения со стороны производителей (Левицкая Н.Л., 2025). Однако в 2025 году потребление традиционного пива снизилось и составило 66,7 % от всех продаж алкогольной продукции.

Объем и характер производства алкоголя являются первичными триггерами в этой цепи. Неконтролируемое предложение увеличивает число лиц с наркологическими заболеваниями, а сама зависимость выступает главным внутренним катализатором криминального поведения. Это требует от государства жесткого контроля за производством (через Единую государственную автоматизированную информационную систему (ЕГАИС)) и тесного межведомственного взаимодействия МВД и Минздрава для раннего выявления и лечения зависимых лиц.

Медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения



Одними из важных показателей наркологической ситуации и профилактических мер по снижению потребления алкоголя населением являются результаты медицинского освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в том числе участников дорожного движения.

Правила освидетельствования, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 21.10.2022 № 1882, регламентируют порядок проверки водителей сотрудниками Госавтоинспекции непосредственно на дороге, а также процедуру оформления полученных результатов. В нормативном акте закреплён алгоритм действий при возбуждении дел об административных правонарушениях, связанных с управлением транспортным средством (ТС) в состоянии опьянения и нарушением ПДД. Данная сфера правового регулирования четко разграничивает полномочия должностных лиц и медицинских работников при проведении процедур медицинского освидетельствования на состояние опьянения. На практике это реализуется через применение сертифицированных методов определения концентрации этанола в выдыхаемом воздухе, а также путем лабораторного выявления алкоголя и иных ПАВ в различных биологических средах организма (моче, крови).

В РФ допустимая норма содержания алкоголя при управлении ТС определена в примечании к статье 12.8 Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ). Факт опьянения определяется при наличии абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, либо 0,3 грамма на один литр крови. Юридическим основанием для привлечения водителя к ответственности является сам факт фиксации превышения указанных показателей. В зависимости от тяжести последствий и повторности нарушения, может наступать как административная (в соответствии с КоАП РФ), так и уголовная (в соответствии с УК РФ) ответственность.

Медицинская профилактика играет ключевую роль в снижении количества ДТП, совершенных по вине нетрезвых водителей. Она реализуется через проведение информационно-разъяснительной работы, реализуемой на основании приказа Минздрава России от 15.06.2015 № 343н «Об утверждении порядка организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или

иного токсического опьянения», популяризацию передового опыта в сфере безопасности дорожного движения и повышение санитарно-гигиенической и правовой грамотности всех участников дорожного движения.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения регламентируется приказом Минздрава России от 29.04.2025 № 262н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), включающего определение клинических признаков опьянения и правила химико-токсикологических исследований, а также критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, учетной формы акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), а также формы и порядка ведения журнала регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Результаты мониторинга деятельности наркологической службы в РФ в 2020-2023 годах представлены в табл. 1.3.

Таблица 1.3. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (абсолютное число)

Категория	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023/2022 (%)
Число лиц, направленных на освидетельствование – всего	1255308	1243665	1169171	1126390	-3,7
Результаты освидетельствования: установлено состояние опьянения:					
Алкоголем	572287	532122	507424	475401	-6,3
Состояние опьянения не установлено	414619	438358	402600	405581	0,7
Отказались от освидетельствования	174865	177694	174274	162197	-6,9
Установлено состояние опьянения или употребления ПАВ — всего	665824	627613	592297	558612	-5,7

Проведено освидетельствование — всего	1080443	1065971	994897	964193	-3,1
--	---------	---------	--------	--------	------

Общая заболеваемость алкоголизмом

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом (распространенности алкогольной зависимости) является центральным параметром, который определяет общую наркологическую ситуацию на конкретной территории. Динамика этого показателя напрямую влияет на все остальные медицинские, социальные и правовые меры антиалкогольной политики государства.

За последние двадцать лет количество людей, взятых под диспансерное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз, сократилось на 76,2% (Росстат). При рассмотрении заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами за период 2018-2024 гг. отмечается снижение показателей (рис. 1.4).

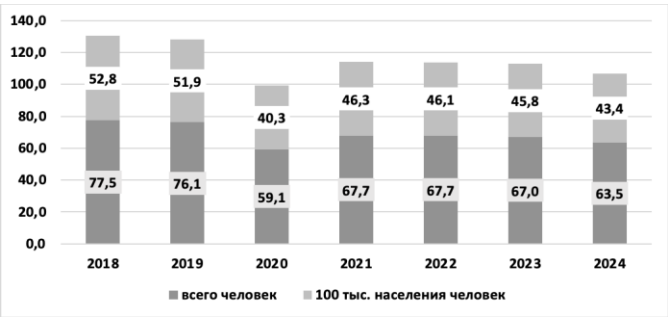


Рисунок 1.4. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами: показатели «число зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза, всего, в тыс. человек» и «на 100 тыс. населения» в период 2018-2024 гг.

Так, «число зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза, в тыс. человек» в период 2018-2024 гг. снизилось на 18,1% тыс. человек. Аналогично снизился и показатель «заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза на 100 тыс. населения» (2018 г. - 58,2, и 2024 г. - 43,4), что составило уменьшение на 17,8%.

Показатель «взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году, всего, тыс. человек» и «на 100 тыс. населения» за 2018-2024 год представлен на рис. 1.5.

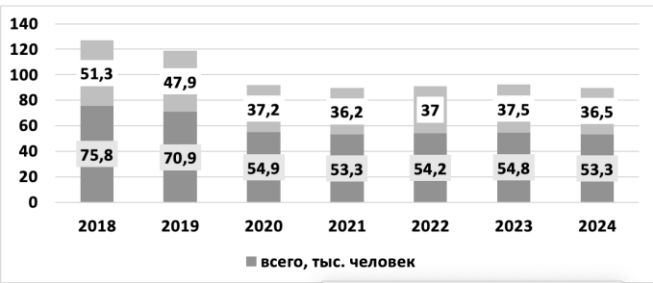


Рисунок 1.5. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами: показатель «взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза в отчетном году, всего, тыс. человек» и «на 100 тыс. населения» за 2018-2024 год

Динамика показателя «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года» в период 2018-2024 гг. всего тыс. человек и на 100 тыс. человек населения представлена на рис.1.6.



Рисунок 1.6. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами: показатель «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного год, всего тыс. человек» и «на 100 тыс. человек населения» за 2018-2024 гг.

В 2018 году общая численность больных с диагнозом «алкоголизм» (включая алкогольные психозы), состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, составляла 1208,9 тыс. человек (или 817,5 на 100 тыс. населения). К концу 2024 года этот показатель снизился до 908,1 тыс. человек, что составило 670,7 на 100 тыс. населения. Таким образом, динамика за 2018–2024 годы свидетельствует об устойчивом снижении распространенности алкоголизма в России за последние 7 лет: абсолютное число зарегистрированных пациентов сократилось на 24,9%, а относительный показатель на 100 тыс. населения уменьшился на 18,0% (табл.1.4).

Численность впервые обратившихся пациентов, взятых под диспансерное наблюдение по поводу наркологических заболеваний, незначительно снизилась за период 2020-2024 гг. Данный факт свидетельствует о необходимости усиления профилактической работы по снижению распространенности наркологических расстройств, поскольку в среднесрочной перспективе прогнозируется риск роста потребления алкоголя на душу населения.

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом выступает ключевым индикатором наркологической ситуации. Он аккумулирует в себе медицинские, экономические и криминогенные последствия злоупотребления алкоголем.

Таблица 1.4. Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ

	2015	2020	2021	2022	2023	2024
Число заболеваний наркологическими расстройствами, зарегистрированных впервые в жизни:						
Алкоголизм и алкогольные психозы						
всего, тыс. человек	103,6	59,1	67,7	67,7	67,0	63,5
на 100 000 человек населения	70,5	40,0	46,0	46,2	45,8	43,4
Из них алкогольные психозы						
всего, тыс. человек	30	15,2	14,1	14,4	14,1	13,1
на 100 000 человек населения	20,4	10,3	9,6	9,8	9,6	9,0
Наркомания						
всего, тыс. человек	20,6	12,5	13,9	14	12,9	11,8
на 100 000 человек населения	14,0	8,5	9,4	9,5	8,8	8,1
Токсикомания						
всего, тыс. человек	0,61	0,24	0,23	0,22	0,19	0,19
на 100 000 человек населения	0,41	0,16	0,15	0,15	0,13	0,13

Пагубное (с вредными последствиями) употребление:						
Алкоголя						
всего, тыс. человек	88,4	30,3	28,3	28,6	27,3	22,7
на 100 000 человек населения	60,2	20,5	19,2	19,5	18,6	15,5
Наркотических веществ						
всего, тыс. человек	59,5	24,5	24,1	21,7	19,4	16,7
на 100 000 человек населения	40,5	16,6	16,4	14,8	13,3	11,4
Ненаркотических веществ						
всего, тыс. человек	4,1	1,2	1,4	1,2	1,1	0,8
на 100 000 человек населения	2,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6

Смертность от причин, связанных с потреблением алкоголя

Показатели смертности от причин, связанных с потреблением алкоголя, выступают одним из интегральных (ядерных) маркеров, отражающих степень критичности наркологической ситуации в стране или отдельном регионе. Этот параметр не просто фиксирует демографические потери, а служит главным критерием оценки эффективности государственной антиалкогольной политики.

В настоящее время в РФ снижение смертности населения от предотвратимых причин является целью долгосрочного развития страны, а также отражается в целевых показателях и в основных результатах национальных и ведомственных проектов и программ. Сейчас существует много стран, которые потребляют больше алкоголя, чем наша страна, но алкогольная смертность там ниже или много ниже (Немцов А.В., 2016). По данным Росстата, в 2020 году от причин, связанных с алкоголем, погибло 50,4 тысячи человек. Здесь необходимо отметить, что к алкогольной смертности Росстат относит 17 причин, прямо связанных с употреблением алкоголя. Наибольшее количество смертей в России происходит из-за алкогольных отравлений, бытового и дорожно-транспортного травматизма, алкоголь-ассоциированных заболеваний, таких как алкогольная кардиомиопатии и алкогольная болезнь печени, что составляет около 80% всей смертности, обусловленной алкоголем. Это одна из основных причин низкой продолжительности жизни россиян, так как каждая пятая смерть связана с употреблением алкоголя.

По данным платформы «Глобальное бремя болезней» (2023) в России среди 10 основных причин смертности из расчета на 100 тыс. человек в 2023 г. во всех возрастных группах на первом месте выступает «ишемическая болезнь сердца» (табл.1.5).

Таблица 1.5. Причины смертности в России в 2013–2023 г.

Причина	2013 ранг	2023 ранг	Изменение смертности, на 100 тыс. человек, 2013–2023 гг.
Ишемическая болезнь сердца	1	1	↓ –70.1
Цереброваскулярные болезни	2	2	↓ –29.1
Болезнь Альцгеймера	8	3	↑ +8.5
Кардиомиопатия и миокардит	3	4	↓ –7.4
Рак трахеи, бронхов и легких	4	5	↓ –1.7
Цирроз и др. хр. б-ни печени	5	6	↑ +0.1
Конфликты и терроризм	85	7	↑ +33.2
Рак толстой и прямой кишки	7	8	↑ +0.5
Сахарный диабет	22	9	↑ +20.5
Самоповреждение	6	10	↓ –7.6
Дисфункция почек	10	9	↓ –153.5
Загрязнение воздуха	8	10	↓ –902.9

Решая вопросы снижения смертности населения, международное научное сообщество разработало методологический подход, позволяющий проводить оценку масштаба смертности от состояний, связанных с употреблением алкоголя, так называемой «алкоголь-ассоциированной смертности» (ААС). По данным платформы «Глобальное бремя болезней» на первом месте среди факторов риска ААС стоит «высокое систолическое АД» (табл.1.6).

Таблица 1.6. Риск алкоголь-ассоциированной смертности в России в 2013–2023 г.

Риск	2013 ранг	2023 ранг	Изменение смертности, на 100 тыс. человек, 2013– 2023 гг.
Высокое систолическое АД	1	1	↓ –1,176.3
Диетические риски	3	2	↓ –694.8
Табачный дым	2	3	↓ –1,136.9
Холестерол ЛПНП	4	4	↓ –867.2
Высокий ИМТ	6	5	↑ +148.4
Высокое потребление алкоголя	5	6	↓ –863.3
Высокая глюкоза в плазме натощак	9	7	↑ +537.7

Другие экологические риски	7	8	↓ -491.9
----------------------------	---	---	----------

Разрабатываемая исследователями комплексная оценка результативности принимаемых профилактических мер напрямую влияет на актуальные показатели ААС. Проведенный сравнительный анализ федеральных моделей Росстата и Минздрава России, а также региональных и международных подходов к комплексной оценке факторов алкоголизации населения, подтвердил высокую актуальность изучаемой проблемы. С 1999 по 2020 год были зарегистрированы 605 948 алкоголь-ассоциированных смертей (средняя частота - 8,3 на 100 000 человек). При этом годовая частота ААС возрастала на 12,5% (95% доверительный интервал (ДИ), 6,4%-19,1%) в год среди мужчин с 2018 по 2020 год. Среди женщин смертность на 14,7% выше (95% ДИ, 9,1%-20,5%) (Karaye I.M. et al, 2023). Результаты исследования поднимают вопрос о необходимости внедрения в клиническую практику методов, направленных на снижение употребления алкоголя не только у мужчин, но и у женщин.

Показатели смертности, связанной с потреблением алкоголя, являются конечной точкой и главным итогом развития наркологической ситуации. Любые позитивные сдвиги в профилактике, диспансерном наблюдении или декриминализации алкогольного рынка считаются фиктивными, если они не приводят к снижению этого ядерного показателя. Стабильное падение алкогольной смертности – это главный маркер успешного межведомственного управления рисками, реализуемого совместными усилиями Минздрава, МВД и других ведомств России.

Влияние употребления алкоголя на репродуктивное здоровье

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается в соответствии со статьей 12 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Важным направлением данной деятельности выступают разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). В их число входят государственные и региональные стратегии снижения уровня потребления алкоголя, табака и никотинсодержащей продукции, а также меры по предупреждению и борьбе с немедицинским

потреблением НС и ПВ. Кроме этого, программы формирования ЗОЖ направлены и на поддержку репродуктивной функции мужчин и женщин. Данный показатель, как справедливо отмечает Э. К. Айламазян (1997), является наиболее чувствительным критерием оценки социального и биологического здоровья общества.

Сегодня значительные усилия исследователей и организаторов здравоохранения направлены на преодоление проблемы бесплодия, обусловленной предотвратимыми причинами. В их числе – инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), осложнения после небезопасных абортов, а также экзогенные факторы. Ключевое влияние на репродуктивную функцию, помимо загрязнения окружающей среды, оказывает образ жизни человека. К основным модифицируемым факторам риска относятся употребление алкоголя, табака и иной никотинсодержащей продукции, немедицинское потребление наркотических средств, а также избыточная масса тела и ожирение (Драпкина О. М. и др., 2022).

В состоянии алкогольного опьянения женщины более склонны к рискованному сексуальному поведению, включая незащищенные половые контакты или частую смену партнеров. Подобные девиации нередко приводят к незапланированной беременности, а также к инфицированию ИППП, включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Алкоголь, проникающий через плацентарный барьер, существенно увеличивает риск самопроизвольного аборта и мертворождения. Кроме того, пренатальное воздействие этанола приводит к развитию у плода расстройств фетального алкогольного спектра (ФАСП). В отечественной медицинской практике ФАСП регистрируется с частотой 17 случаев на 1000 новорожденных, при этом у данной категории детей отмечается снижение интеллекта в среднем на 35% чаще по сравнению со здоровыми сверстниками. Среди воспитанников домов ребенка доля детей с клиническими признаками ФАСП составляет 28,8% (Абасова А. К., 2020). Согласно результатам анкетирования 44 матерей, чьим детям был выставлен данный диагноз, в период беременности 65,9% женщин употребляли алкоголь на уровне высокого риска, а 34,09% - умеренно.

Злоупотребление алкоголем оказывает выраженное деструктивное влияние и на мужскую репродуктивную систему. В исследованиях под руководством Чадаева В.Е. (2007) доказано, что более 80% мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом, бесплодны. Авторы

продемонстрировали прямую корреляционную зависимость между объемом потребляемого алкоголя и характером патологических изменений в спермограмме. Так, при суточном потреблении 80–160 г чистого этанола нормальные показатели эякулята сохраняются лишь у 21–37% мужчин. У 54–74% обследованных фиксируется частичное или полное нарушение сперматогенеза, что существенно повышает риск возникновения врожденных пороков развития плода. Негативное влияние алкоголизации на репродуктивную систему влечет за собой тяжелые медико-социальные последствия, что обуславливает острую необходимость реализации превентивных мер, направленных на полный отказ от употребления спиртосодержащей продукции в периоды планирования семьи, зачатия и вынашивания ребенка.

Индикаторы репродуктивного здоровья населения, связанные с пагубным потреблением алкоголя, соединяют текущую наркологическую ситуацию с демографическим будущим государства. Они наглядно доказывают, что масштабное злоупотребление алкоголем подрывает важный вектор государственной политики - воспроизводство и сохранение человеческого капитала.

Улучшение данных показателей невозможно без консолидации усилий Минздрава (в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь»), Минтруда и социальной защиты, МВД России и других ведомств. Межведомственное взаимодействие должно быть направлено на снижение физической и экономической доступности алкогольной продукции, а также на раннее выявление беременных женщин из групп риска. Это позволит своевременно оказывать им комплексную медико-социальную помощь и минимизировать негативное влияние ближайшего окружения.

Динамика кадрового потенциала специалистов наркологической службы

Государственная кадровая политика в области профилактики наркологических расстройств ориентирована на полноценное укомплектование учреждений наркологической помощи квалифицированными специалистами. В отличие от ряда постсоветских государств, где профильные структуры были упразднены, система здравоохранения РФ не только сохранила, но и модернизировала

самостоятельную наркологическую службу. В настоящее время специализированная медицинская помощь населению оказывается в рамках многопрофильного межпрофессионального подхода. Кадровый базис службы формируют специалисты с высшим медицинским образованием: врачи-психиатры-наркологи, психотерапевты, терапевты, рефлексотерапевты и врачи клинической лабораторной диагностики (Киржанова В.В. и др., 2022).

Деятельность наркологической службы: профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение, а в некоторых регионах - наркологическая реанимация и интенсивная терапия, - осуществляется на основе приказа Минздрава России от 13.11.2025 № 666н. Профилактическая работа является неотъемлемой частью подготовки специалиста врача-психиатра-нарколога по программе профессиональной подготовки, но не выделена в самостоятельное направление.

В настоящее время насчитывается около пяти тысяч врачей-психиатров-наркологов, что составляет 0,34 специалистов на 10 тыс. населения. При высоком коэффициенте совместительства (1,5) продолжает уменьшаться численность врачей-психиатров-наркологов, возрастает нагрузка на каждого из них.

1.1.2. Государственная антинаркотическая политика

**Политика
антинаркотическая**

Реализация государственной антинаркотической политики определяется утвержденной Указом Президента РФ от 23.11.2020 № 733 Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года.

Целью государственной антинаркотической политики является снижение уровня наркотизации общества путем последовательного снижения спроса и предложения наркотиков для немедицинского применения. Это достигается посредством установления строгого государственного контроля над оборотом НС, ПВ и их прекурсоров, устранения причин и условий, способствующих незаконному потреблению и обороту наркотиков, повышения качества и доступности

наркологической помощи населению, формирования, прежде всего у детей и молодежи, психологического иммунитета к незаконному потреблению наркотиков.

Ежегодно на федеральном, региональном и муниципальном уровнях осуществляется мониторинг наркоситуации. Его главная цель - выявление масштабов распространения наркомании, определение уровня угрозы и разработка эффективных мер антинаркотической политики.

Мониторинг наркоситуации – это государственная система наблюдения за развитием ситуации в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту, профилактики немедицинского потребления наркотиков, лечения и медико-социальной реабилитации больных наркоманией

Мониторинг наркоситуации регламентирован Постановлением Правительства РФ от 20.06.2011 № 485 «Об утверждении Положения о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации».

Мониторинг наркоситуации осуществляется на федеральном уровне и уровне субъектов РФ в соответствии с методикой и порядком осуществления мониторинга, а также критериями оценки развития наркоситуации в России и ее субъектах, утверждаемыми ГАК. Для объективной оценки ситуации используются два основных направления:

- ведомственная статистика: данные МВД РФ (Главное управление по контролю за оборотом наркотиков), Минздрава (число больных наркоманией), ФСИН и таможни.

- социологические опросы: проводятся среди населения, учащихся образовательных учреждений и лиц, проходящих лечение в наркологических клиниках.

В проект доклада о наркоситуации в субъекте Российской Федерации включается следующая информация:

1. Характеристика субъекта Российской Федерации (площадь территории субъекта Российской Федерации, наличие государственной границы и ее протяженность, количество муниципальных образований, количество населенных пунктов, численность постоянного населения на 1

января года, предшествующего отчетному, а также в среднем за год, предшествующий отчетному (с разбивкой по поло-возрастным характеристикам), уровень жизни населения, демографическая ситуация, структура занятости населения с динамикой уровня безработицы, миграционная ситуация).

2. Анализ (оценка и динамика) уровня и структуры потребления наркотиков в немедицинских целях на основании статистических данных, аналитических справок и социологических исследований (в целом по субъекту Российской Федерации и по муниципальным образованиям). Здесь отражается зарегистрированный и экспертный уровень распространенности потребления наркотиков в немедицинских целях, структура наркопотребления с учетом немедицинского потребления наркотиков, находящихся в легальном обороте, лекарственных средств и изготовленных на их основе наркотиков, смертельных отравлений наркотиками, доступность наркотиков. Также проводится анализ и оценка причин и условий, оказывающих влияние на наркотизацию населения.

3. Оценка состояния и доступности наркологической медицинской помощи, реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих потребление наркотиков в немедицинских целях. Осуществляется анализ и оценка результатов работы по мотивации наркопотребителей к прохождению лечения от наркозависимости, реабилитации и ресоциализации.

4. Анализ, оценка и динамика результатов деятельности в сфере профилактики потребления наркотиков в немедицинских целях (в первую очередь по линии органов образования и науки, физической культуры, спорта и туризма, молодежной политики, культуры). Отражается состояние ситуации, связанной с организацией досуга молодежи и несовершеннолетних (в том числе, доступность досуга), ранним выявлением лиц, потребляющих наркотики, работы с группами риска, общей и индивидуальной профилактики. Анализ профилактики правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

5. Анализ, оценка и динамика ситуации в сфере противодействия незаконному обороту наркотиков, включая, в том числе: описание уровня преступности, структуры и объема наркорынка (с указанием новых видов наркотиков); сведения о распространении наркотиков с использованием информационно-телекоммуникационных технологий; анализ интернет-ресурсов, распространяющих информацию о наркотиках; положение с уничтожением дикорастущих и культивируемых наркосодержащих растений (с указанием данных о выявленных и ликвидированных очагах

произрастания наркосодержащих растений); анализ административной и судебной практики; причин и условий, оказывающих влияние на обстановку в сфере незаконного оборота наркотиков.

6. Оценка результатов реализации государственных программ (подпрограмм) субъектов Российской Федерации, в рамках которых осуществляются антинаркотические мероприятия.

7. Информация о ходе исполнения перечня приоритетных направлений (плана мероприятий) реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года.

Оценка развития наркоситуации в субъекте Российской Федерации (по муниципальным образованиям на региональном уровне и в целом на федеральном уровне) осуществляется по четырем последовательным критериям: «нейтральная», «сложная», «предкризисная», «кризисная».

Состояние наркоситуации при проведении мониторинга определяется по десяти оценочным показателям наркоситуации:

- вовлеченность населения в незаконный оборот наркотиков;
- уровень вовлеченности несовершеннолетних в незаконный оборот наркотиков;
- криминогенность наркомагии;
- уровень криминогенности наркомагии среди несовершеннолетних;
- доступность наркотиков (рассчитывается только на федеральном уровне);
- оценочная распространенность употребления наркотиков (рассчитывается только на федеральном уровне);
- уровень первичной заболеваемости наркомагией;
- острые отравления наркотиками;
- острые отравления наркотиками среди несовершеннолетних;
- смертность, связанная с острым отравлением наркотиками.

По результатам мониторинга формируются ежегодные доклады ГАК, на основе которых принимаются решения о корректировке антинаркотических программ в конкретных регионах.

Профилактику незаконного потребления НС и ПВ и наркомагии определяют рамки мер политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомагии (ст.1

Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»).

В общей структуре незаконного оборота НС как в Российской Федерации, так и в мире в целом отмечается рост потребления новых психоактивных веществ (НПВ); каннабиноидов, в том числе синтетических (спайсы и курительные смеси), а также сочетанное употребление нескольких психоактивных веществ. Наиболее серьезную проблему представляют собой модифицированные субстанции – так называемые дизайнерские наркотики, химическая структура которых целенаправленно изменяется производителями для обхода существующих нормативно-правовых запретов. Особое внимание экспертов сосредоточено на противодействии распространению синтетических катинонов («солей»). Их употребление вызывает тяжелейшие соматические и психические нарушения, а также выраженные расстройства углеводного и азотистого обмена, характерные для острых токсических отравлений.

Показатели, характеризующие масштабы нелегального оборота НС и ПВ выступают базовыми индикаторами при комплексной оценке наркологической ситуации.

Преступления в сфере оборота наркотиков

В 2025 году было совершено 214770 преступлений, связанных с незаконным оборотом НС, ПВ или их аналогов, сильнодействующих веществ, что на 8,4% больше, чем в 2024 году.

Согласно официальным статистическим данным, динамика зарегистрированных преступлений в сфере незаконного оборота НС и ПВ, их аналогов, а также сильнодействующих и новых потенциально опасных ПАВ за 2025 год продемонстрировала выраженную региональную неоднородность. В рейтинге субъектов Российской Федерации по темпам прироста данного вида преступлений по сравнению с 2024 годом лидируют следующие регионы (+ процентов): Респ. Саха (Якутия) (+421,4), Новосибирская обл. (+72,6), Ненецкий АО (+64,7), Респ. Дагестан (+40,4), Волгоградская обл. (+32,1), Сахалинская обл. (+30,3), Камчатский край (+30,1), Ярославская обл. (+30,0), Республ-ка Крым (+27,0), г. Москва (+26,0). 10 регионов с наименьшими тем-пами прироста (- процентов): Чукотский АО (-35,0), Кузбасс (-22,9), Респ. Калмыкия (-21,1), Архангельская обл. (-18,5), Калужская обл. (-18,4), Ростовская обл. (-16,0), Смоленская обл. (-15,2), Респ. Марий Эл (-13,7), Респ. Татарстан (-

13,7), Алтайский край (-13,7).

Показатели преступлений в сфере незаконного оборота НС и ПВ выступают главным индикатором криминального давления на наркологическую ситуацию. Эта группа показателей (регистрируемая по статьям 228–234.1 УК РФ) отражает не просто уровень правонарушений, а определяет структуру, масштабы и динамику наркотизации населения на определенной территории.

Общая заболеваемость наркоманией и реабилитация

Показатели общей заболеваемости (распространенности) наркоманией и объемов реабилитации пациентов являются взаимосвязанными ядерными параметрами, которые определяют стабильность и вектор развития наркологической ситуации. Динамика этих показателей отражает баланс между притоком новых потребителей в систему здравоохранения и эффективностью возвращения зависимых лиц к полноценной жизни в обществе. В России заболеваемость населения наркоманией в период 2018-2024 гг. определяется показателями «число зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, человек» и «заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании всего и на 100 тыс. населения» (рис. 1.7).

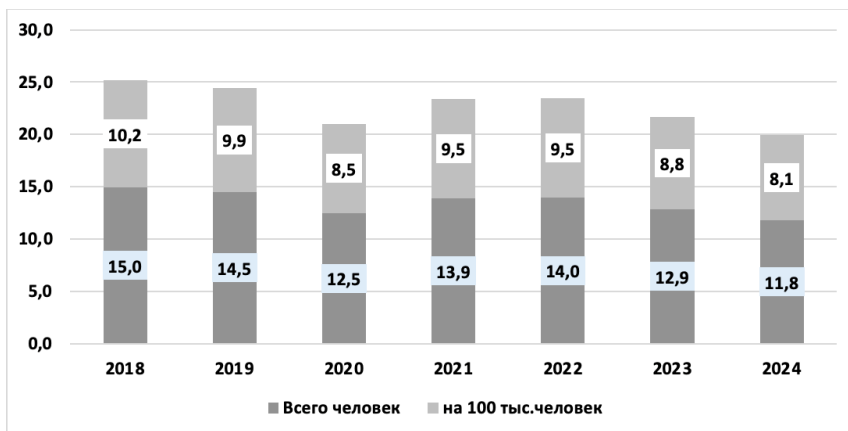


Рисунок 1.7. Заболеваемость населения наркоманией: показатель «число зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, всего тыс. человек» и «на 100 тыс. населения» в период 2018-2024 гг.

За анализируемый семилетний период с 2018 по 2024 год в РФ зафиксировано существенное снижение первичной заболеваемости наркоманией. В абсолютных значениях данный показатель сократился с 15,0 тыс. до 11,8 тыс. человек (на 21,3%), а в относительных (в расчете на 100 тыс. населения) – с 11,2 до 8,1, что составило снижение на 27,7%. Вместе с тем в 2024 году наметилась негативная тенденция: обозначился рост численности пациентов, вовлеченных в употребление НС с вредными последствиями (пагубное потребление). Данная динамика выражена преимущественно в подростковой и молодежной среде и ассоциирована с распространением новых синтетических наркотиков.

На рисунке 1.8 представлена диаграмма «заболеваемость населения наркоманией в период 2018-2024 гг., взятых под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году»: всего, тыс. человек, а также на 100 тыс. человек.

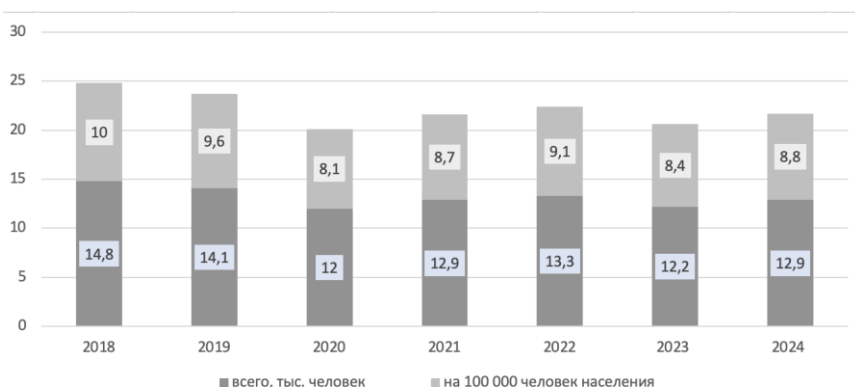


Рисунок 1.8. Заболеваемость населения наркоманией: показатель «взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году: всего, тыс. человек» и «на 100 тыс. человек населения» в период 2018-2024 гг.

Согласно официальным данным Росстата, динамика заболеваемости населения наркоманией за период 2018–2024 годов характеризуется следующими показателями. В 2018 году под диспансерное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании было взято 14,8 тыс. человек, что в относительных величинах составило 10,1 случая на 100 тыс. населения. К 2024 году данные показатели снизились до 12,9 тыс. человек и 8,8 случая на 100 тыс.

населения соответственно. Таким образом, ретроспективный анализ за семь лет демонстрирует позитивную динамику: число больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в отчетном году, в абсолютном выражении сократилось на 12,8%, а в относительном (в расчете на 100 тыс. населения) – на 12,9%.

Далее в рамках заболеваемости населения наркоманией в период 2018-2024 гг. представлен показатель «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года»: всего, тыс. человек, а также на 100 тыс. человек населения (рис.1.9).

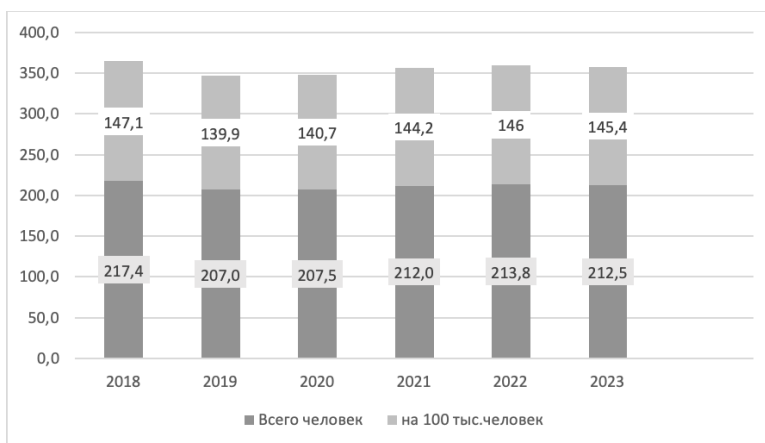


Рисунок 1.9. Заболеваемость населения наркоманией: показатель «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года, всего, тыс. человек» и «на 100 тыс. человек населения» в период 2018-2024 гг.

Показатель «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях» в 2018 году составил 217,4 тыс. (всего человек) и 147,1 человек (на 100 тыс. человек населения), тогда как в 2024 году показатели составили соответственно 208,1 тыс. (всего человек) и 142,4 (на 100 тыс. человек населения). Таким образом, за 7 лет показатель «численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года» снизился на 4,27% (всего тыс. человек), также снизился относительный показатель на 12,8% (на 100 тыс. человек населения). По данным Национального научного центра наркологии (ННЦН) - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»

Минздрава России, в 2021-2023 годах распределение пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, пришлось в основном на три возрастных группы: 15-17 лет, 20-39 лет, 40-59 лет.

Показатель численности лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, отражает объем и половозрастные особенности необходимой третичной профилактики в наркологическом секторе. При этом индикаторы общей заболеваемости наркоманией и эффективности реабилитации выступают взаимосвязанными сторонами единого процесса управления наркоситуацией. Качественное снижение заболеваемости невозможно без непрерывного повышения эффективности реабилитационных программ. Успех в данной сфере требует сквозного межведомственного подхода, при котором суды по представлению органов МВД возлагают на правонарушителей обязанность пройти лечение и медико-социальную реабилитацию, полиция контролирует исполнение данного предписания, а учреждения Минздрава России обеспечивают высокий уровень реабилитации пациентов. Такая интеграция ведомств гарантирует планомерное улучшение демографических показателей и снижение уровня рецидивной преступности в стране.

Медицинское освидетельствование на состояние наркотического опьянения

Медицинское освидетельствование на состояние наркотического опьянения в России регулируется приказом Минздрава РФ от 29.04.2025 № 262н и постановлением Правительства РФ от 21.10.2022 № 1882. Процедура включает строгий порядок, гарантирующий фиксацию как физических, так и лабораторных показателей. Новый документ сохранил базовый медицинский каркас, но значительно уточнил правила проведения химико-токсикологических исследований (ХТИ) и расширил возможности для подготовки медицинского персонала. Право проводить медосвидетельствование получили врачи (или фельдшеры) медицинских организаций, прошедшие курс повышения квалификации в любых образовательных организациях, имеющих соответствующую лицензию. Это расширило возможности больниц и передвижных пунктов, особенно в отдаленных регионах.

Согласно результатам мониторинга деятельности наркологической службы в РФ, представленным в таблице 1.10, снижение показателей МОСО в 2020–2021 годах было во многом обусловлено уменьшением числа граждан, направляемых на данную процедуру

правоохранительными органами в период пандемии COVID-19. Данная тенденция сохранилась и в постпандемийный период (2022-2023 гг.). Так, темпы прироста количества лиц, направляемых на процедуру, продолжили демонстрировать отрицательную динамику: за период 2022–2023 годов данный показатель снизился дополнительно на 3,7% (Шпорт С.В. и др., 2025).

Таблица 1.10. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (абсолютное число)

Категория	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023/2022 (%)
Число лиц, направленных на освидетельствование — всего	1255308	1243665	1169171	1126390	-3,7
Результаты освидетельствования: установлено состояние опьянения:					
Наркотиками	90828	92600	81875	80213	-2
ненаркотическими ПАВ	2709	2891	2998	2998	0
состояние опьянения не установлено	414619	438358	402600	405581	0,7
Отказались от освидетельствования	174865	177694	174274	162197	-6,9
Установлено состояние опьянения или употребления ПАВ — всего	665824	627613	592297	558612	-5,7
Проведено освидетельствование — всего	1080443	1065971	994897	964193	-3,1

Качество, массовость и технологичность данной процедуры напрямую определяют способность государства сдерживать наркотизацию общества, снижать уровень профильной заболеваемости и оперативно реагировать на появление новых наркотических угроз в рамках межведомственного взаимодействия Минздрава и МВД России.

Государственная система профилактики наркомании

Государственная антинаркотическая политика в Российской Федерации ориентирована на решение комплекса стратегических задач, рассчитанных на период до 2030 года. Приоритетными задачами являются совершенствование единой системы профилактики наркомании, а также лечения и медико-социальной реабилитации больных наркоманией (в том числе несовершеннолетних), их научно-методическое и организационное сопровождение.

Реализация антинаркотической политики базируется на комплексной системе профилактики, которая отражена в Межведомственном стандарте антинаркотической профилактической деятельности), утв. Государственным Антинаркотическим Комитетом в 2024 году. Подробнее он будет рассмотрен в разделе 1.7.

1.1.3. Государственная антитабачная политика в РФ



Анти таб а ч н а я п о л и т и к а

Государственная антитабачная политика в РФ носит системный характер и регулируется Федеральным законом № 15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции». Главное достижение последних лет заключается в полном приравнивании вейпов, кальянов и систем нагревания табака (типа IQOS) к обычным сигаретам с поэтапным ужесточением ограничительных мер по розничной продаже и потреблению табака. В настоящее время можно утверждать, что введен тотальный запрет на курение в общественных местах. Запрещено курить (включая электронные сигареты и кальяны) в ресторанах, кафе, торговых центрах, на вокзалах, в аэропортах (кроме спецкомнат), подъездах, на детских площадках и пляжах. Жесткие ограничения введены по торговле табачной продукцией: курительную продукцию запрещено продавать онлайн (включая вейпы и жидкости) и открыто выставлять на витринах. Запрещена демонстрация вейпов и жидкостей на витринах торговых точек, а также запрещены любые скидки на них. Также запрещена торговля табаком ближе 100 метров от школ и детских садов. Ценовое

государственное регулирование сказывается на ежегодном повышении акцизов на табак и никотинсодержащую продукцию. Минпромторг РФ регулярно индексирует единую минимальную цену (ЕМЦ) на сигареты, ниже которой их продавать запрещено (для борьбы с нелегальным рынком).

При оценке наркологической ситуации показатели государственной антитабачной политики используются в качестве опорных критериев для расчета эффективности профилактических мер.

Рынок табачных изделий

По данным Росстата продажа сигарет и папирос (табл. 1.11) с 2018 по 2022 год снизилась на 10%.

Таблица 1.11. Розничные продажи сигарет и папирос на душу населения (тысяча штук) в период 2018-2022 г.г.

Годы	2018	2019	2020	2021	2022
Сигареты и папиросы в тысячах штук	1,6	1,5	1,52	1,48	1,44

Согласно Государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году», в стране фиксируется снижение продаж табачных изделий, что сопровождается сокращением объема российского табачного рынка. Так, в 2024 году по сравнению с предыдущим годом объем розничных продаж табачных изделий сократился на 31,2 %.

Сегодня полностью запрещена реклама табачных изделий, вей-пов, проведение акций, розыгрышей и стимулирование продаж. На пачках обязательны предупреждающие графические изображения. Продажа любых никотинсодержащих товаров и устройств лицам до 18 лет строго запрещена. Введены крупные штрафы за привлечение подростков к курению и продаже им вейпов. С 2024 года введена обязательная государственная лицензия на производство и импорт табачной и никотинсодержащей продукции, а также сырья для неё.

Таким образом, государственная политика в отношении табачной и никотинсодержащей продукции перешла к этапу тотального контроля. Ограничение маркетинговых инструментов и защита несовершеннолетних теперь дополнены строгим регулированием самого производства. Это превращает антитабачную кампанию из

информационной в сквозную надзорно-экономическую систему.

Распространенность табакокурения

Наркологическая ситуация учитывает эпидемиологические данные распространения заболеваний, связанных с употреблением табака, вейпов и других никотинсодержащих изделий, которые вызывают табачную (никотиновую) зависимость. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), в России опыт курения табачной и иной никотинсодержащей продукции имеют 62% россиян в возрасте 18 лет и старше. В 2023 году доля курящего населения составила 30%, из которых 17% ежедневно выкуривали одну пачку сигарет и более, 10% регулярно курили несколько сигарет практически каждый день, а 3% употребляли табачную продукцию эпизодически.

Согласно данным ВЦИОМ, в период с 2016 по 2023 год в РФ сохранялась устойчивая тенденция к снижению распространённости табакокурения. Если в 2016 году доля курящих граждан составляла 31%, то к 2023 году данный показатель снизился до 30%. Несмотря на относительную стабильность показателей, общая динамика свидетельствует о постепенном сокращении числа потребителей табачной продукции. -

По результатам «Выборочного наблюдения состояния здоровья населения за фиксированный период наблюдений, общая доля курильщиков в России стабилизировалась на уровне 18,7%. В то же время, согласно альтернативному мониторингу Росстата – «Комплексному наблюдению условий жизни населения» (проводимому один раз в два года), в долгосрочной ретроспективе за 2011–2024 годы доля регулярно курящего населения демонстрирует устойчивое снижение с 31,1% до 25,5%. Подобные расхождения в цифрах обусловлены спецификой выборочных методологий, однако оба исследования фиксируют выраженный тренд на сокращение масштабов табакокурения. В период с 2019 по 2024 год распространённость курения среди мужчин снизилась с 40% до 32,3%, а среди женщин - с 11% до 8%. Но, несмотря на снижение показателей, уровень распространённости курения среди мужчин остаётся высоким, что требует дальнейшего совершенствования профилактических мер. Выраженные различия наблюдаются и по возрастным группам. Наиболее высокая распространённость курения сохраняется среди лиц трудоспособного возраста.

Существенные различия отмечаются и в зависимости от региона

проживания. Наибольшая распространённость курения среди мужчин наблюдается в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, где в 2022 году показатели достигли 42,4% и 42,2% соответственно. В ряде субъектов РФ доля курящих мужчин превышает 45%, а в отдельных регионах - более половины мужского населения. Так, в Сахалинской области и Республике Алтай курят 52% и 52,4% мужчин, соответственно. Высокая распространённость табакокурения в данных субъектах может быть связана с особенностями социально-экономических условий и концентрацией крупных промышленных производств. По данным Росстата за 2022 год, наиболее высокая распространённость курения отмечалась среди операторов, аппаратчиков и машинистов установок и машин (61%), а также среди квалифицированных работников сельского хозяйства, промышленности, строительства, транспорта и связи (53,5%).

Таким образом, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению распространённости курения в РФ, высокий уровень вовлечённости населения в потребление никотинсодержащей продукции, сохраняющиеся региональные и гендерные различия, а также высокая распространённость курения среди трудоспособного населения подтверждают необходимость дальнейшего развития комплексных мер профилактики никотиновой зависимости.

Показатель распространённости курения табака и потребления никотинсодержащей продукции (включая вейпы, электронные сигареты и системы нагревания табака) выступает одним из базовых индикаторов, характеризующих общее состояние наркологической ситуации в стране. Несмотря на то, что табакокурение и вейпинг обладают более высокой социальной приемлемостью по сравнению с употреблением иных ПАВ, динамика их распространённости детерминирует ключевые демографические, медицинские и экономические показатели государства по нескольким стратегическим направлениям.

Распространённость заболеваний, ассоциируемых с курением

Официальный отчет ВОЗ (2025) с метаданными о влиянии табачной эпидемии на здоровье населения показал, что около 80% из 1,3 миллиарда потребителей табака во всем мире проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, где наиболее велико бремя болезней и смертности, связанных с табаком. Употребление табака способствует бедности, поскольку отвлекает расходы домохозяйств от удовлетворения основных потребностей, таких как еда и жилье, на табак. Такое

потребительское поведение трудно пресечь, поскольку табак вызывает сильную зависимость. Курение табака – одна из главных предотвратимых причин инвалидности и преждевременной смертности во всем мире. Табачный дым содержит более 7000 химических соединений, включая канцерогены, токсины и тяжелые металлы, которые системно разрушают человеческий организм. Масштабное исследование 2021 года подтвердило, что курение ежегодно уносит более 6 миллионов жизней во всем мире и является причиной 9% всех смертей (Cai Y. et al, 2021). Проведенное исследование 2022 года доказало причинно-следственную связь между курением и развитием 16 видов рака, 5 сердечно-сосудистых патологий и 15 других хронических болезней (включая диабет и деменцию) (Dai, X. et al., 2022). Курение вызывает ХОБЛ, эмфизему и провоцирует до 85% всех случаев рака легких, трахеи и гортани. Каждая выкуренная сигарета ускоряет атеросклероз, повышает давление, в разы увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, что показало исследование динамики смертности от ишемической болезни сердца и инсультов, спровоцированных курением (Zhu S. et al, 2025). Табачная зависимость вызывает рак пищевода, желудка, мочевого пузыря, поджелудочной железы и шейки матки в зависимости от стажа курения и количества выкуренных сигарет (Safiri S. et al., 2022). Также увеличивает риск развития сахарного диабета 2-го типа (Мельниченко Г. А. и др., 2010), приводит к преждевременному старению кожи, обострению дерматитов (Спица Е. В., 2025) и ухудшению состояния зубов (Каскулова Д. З., 2020).

В России от заболеваний, ассоциированных с курением, ежегодно умирает от 300000 до 400000 человек. Доля болезней, вызванных табакокурением, в общей структуре заболеваемости в РФ составляет 30% среди мужчин и 4% среди женщин.

Среди всех пациентов, умерших в РФ от инфаркта миокарда, 75% являлись курильщиками. Курение обуславливает около 40% всех смертей мужчин от болезней системы кровообращения. Ежегодно в России регистрируется более 4 млн случаев сердечно-сосудистых заболеваний, напрямую ассоциированных с курением, из которых порядка 470 тысяч – это впервые выявленные (новые) пациенты (Концевая А. В., Калинина А. М., 2011). Курение сигарет отнимает у российских мужчин в среднем 11 лет жизни, а у женщин - 6 лет жизни (Халтурина Д. А., Зубкова Т. С. , 2021).

Показатель распространённости заболеваний, ассоциируемых с курением, отражает общий уровень аддиктивной напряженности в обществе. Невозможно добиться коренного улучшения здоровья

населения и снижения уровня потребления алкоголя и наркотиков, игнорируя проблему никотиновой зависимости. Снижение распространенности курения требует сквозного контроля: жестких надзорных и экономических мер со стороны государства (лицензирование, запрет рекламы вейпов и другие меры) и массового вовлечения курящих граждан в программы медицинской помощи в ходе диспансеризации и ПМО.

Профилактика курения и табачной зависимости

Профилактика курения включает широкий комплекс мер: от воспитания неприятия и осознанного отказа от сигарет у детей до медицинской поддержки лиц, употребляющих никотинсодержащую продукцию. Важно исключение воздействия табачного дыма в домашних условиях, гигиеническое просвещение населения и замещение курения здоровыми паттернами поведения.

В отношении детей и подростков превентивную деятельность необходимо направлять на создание условий для открытого диалога о вреде потребления табака и преимуществах альтернативной занятости, включая формирование устойчивого интереса к спорту и творчеству. В данном контексте критически важен личный пример авторитетного взрослого, демонстрирующего приверженность ценностям здорового образа жизни и свободному от табачного дыма пространству. Со стороны старшего поколения особое значение приобретают овладение навыками стресс-менеджмента, формирование бестабачной микросреды, а также обеспечение доступа к профессиональной медицинской поддержке. В рамках последней специалисты помогают разработать пошаговый план преодоления никотиновой зависимости и назначают адекватную поддерживающую терапию.

Показатели профилактики курения являются базовым щитом наркологической ситуации. Успех в этой сфере позволяет государству минимизировать риски формирования зависимостей на самом раннем - доклиническом этапе. Достижение стабильного снижения числа курильщиков требует сквозного межведомственного подхода, в котором создаются жесткие надзорно-экономические барьеры со стороны государства и правоохранительных органов (МВД, Роспотребнадзор) в сочетании с массовым вовлечением граждан в программы формирования ЗОЖ.

1.1.4. Государственная антигемблинговая политика в РФ

**Анти-
гемблин гов ая
пол ит ика**

Государственная антигемблинговая политика в РФ направлена на ограничение игорного бизнеса, профилактику патологического влечения к азартным играм (гэмблинга) и защиту граждан от финансовых потерь. Законодательство России разделяет игорный сектор на легальные игровые зоны, регулируемый букмекерский учет и запрещенные онлайн

казино. В 2026 году регулирование отрасли вышло на принципиально новый уровень защиты игроков. В России с 1 сентября 2026 года официально запускается реестр самоисключения граждан из азартных игр. В соответствии с приказом Минфина России от 29.04.2026 № 56н «Об утверждении Порядка ведения перечня физических лиц, отказавшихся от участия в азартных играх, и состава информации, включаемой в указанный перечень», любой гражданин может добровольно подать заявление через портал «Госуслуги» или Многофункциональные центры (МФЦ). Данные передаются в публично-правовую компанию «Единый регулятор азартных игр» (ППК ЕРАИ). После этого букмекеры, тотализаторы и легальные casino полностью лишаются права принимать у человека ставки, заключать с ним соглашения или присылать ему таргетированную рекламу.

В России введены территориальные и цифровые ограничения. Наземные casino разрешены исключительно в четырех специальных игорных зонах («Приморье», «Сибирская монета», «Янтарная», «Красная Поляна»). Интернет-казино в России запрещены полностью, независимо от места их регистрации. Сайты-зеркала, онлайн-автоматы и нелегальные букмекеры блокируются Роскомнадзором во внесудебном порядке. Банкам и платежным системам законодательно запрещено проводить транзакции (P2P-переводы и эквайринг) в адрес нелегальных игорных заведений и офшорных букмекеров. Вся легальная сфера (интерактивные ставки) контролируется через Единый центр учета переводов ставок (ЕЦУПС).

К рекламе и сайтам легальных букмекеров установлены особые требования. Реклама букмекеров обязана сопровождаться текстом о том, что игра не гарантирует выигрыш и может нанести вред здоровью и финансовому состоянию. Также легальные букмекеры обязаны

размещать на главных страницах детальные сведения о рисках и предоставлять игрокам быстрый доступ к контактам служб поддержки.

Распространённость азартных игр

Показатель распространённости азартных игр (уровень вовлеченности населения в легальный и теневой гемблинг) выступает важнейшим индикатором нехимической (поведенческой) аддикции, который оказывает мощное деструктивное влияние на наркологическую ситуацию в стране.

Согласно данным ВЦИОМ (2026), на протяжении последних трех лет от 70% до 75% опрошенных россиян не принимали участия в каких-либо азартных играх. При этом каждый седьмой респондент (14,3%) охарактеризовал себя как азартного человека. Недавний опыт вовлечения в гемблинг имели порядка 25% сограждан, из которых около половины затруднились ответить на вопрос о конкретных мотивах, побудивших их к игре. Эксперты также пришли к выводу, что в российском обществе по-прежнему преобладает настороженное или нейтральное отношение к представителям игорного бизнеса. В России около 23% населения хотя бы раз в жизни играли в азартные игры на деньги, а распространённость игровой зависимости (лудомании) среди общего числа граждан оценивается экспертами в диапазоне от 1% до 4–7% среди взрослого населения (Будовская И. В., 2022). Среди подростков и молодежи уровень вовлеченности и уязвимости значительно выше и достигает 10–15% (Колесникова Л. И., 2024).

Лудомания и химические зависимости имеют единую биопсихосоциодуховную этиологию формирования, являются различными проявлениями деструктивного поведения, предупреждение и коррекция которого требует единого профилактического подхода и консолидации усилий всех субъектов межведомственного взаимодействия.

Распространённость патологического влечения к азартным играм

ВОЗ в своем глобальном докладе (ВОЗ, 2024) предупреждает, что с азартными играми связаны серьезные риски для здоровья: около 11,9% мужчин и 5,5% женщин во всем мире страдают от их негативных последствий, а расстройство поведения классифицировано как психическое заболевание. Проблемные игроки приносят гемблинг-операторам до 60% от всех доходов.

У людей с патологическим влечением к азартным играм (лудоманией) риск самоубийства возрастает до 15 раз по сравнению со среднестатистическим населением (Wardle H. et al., 2024; Rintoul A., et al., 2023). ВОЗ настаивает на том, что азартные игры не должны рассматриваться как обычный вид досуга, так как их реклама и спонсорство маскируют риски. Организация призывает правительства вводить жесткие ограничения на маркетинг ставок и казино и выделять ресурсы на выявление лиц группы риска и на лечение патологического влечения к азартным играм.

Лудомания (код МКБ-10: F63.0) в России долгое время оставалась в серой зоне медицинской статистики, однако в последние годы Минздрав РФ и профильные институты начали вести официальный учет. В настоящее время разработаны методические рекомендации Департамента здравоохранения Москвы по лечению игровой зависимости (2024), содержащие валидизированные опросники для верификации диагноза, позволяющие определить тактику ведения пациентов с патологическим влечением к азартным играм, определить мишени психокоррекции и медикаментозной поддержки выздоравливающих пациентов.

Государственная антигемблинговая политика в РФ демонстрирует переход от территориальных ограничений к точечной цифровой защите каждого гражданина. Государство сместило приоритет с контроля физических казино в игорных зонах к регулированию цифрового пространства. Это продиктовано тем, что основной поток игроков переместился в онлайн-казино и мобильные приложения. Анализ текущей ситуации показывает, что система помощи лицам с патологической зависимостью от азартных игр в России находится на стадии перехода от фрагментарных частных инициатив к масштабной государственной системе оказания медицинской помощи по отказу от деструктивных форм поведения – лудомании.

По оценкам экспертов в зоне латентного (скрытого) риска находятся до 12% взрослого населения, при этом официально за медицинской помощью обращаются не более 14 000 человек в год, что связано со стигматизацией болезни и нежеланием игроков признавать зависимость. Ровно половина официальных обращений (7000) приходится на несовершеннолетних. Высокая доступность теневых онлайн-казино, симуляторов с внутриигровыми покупками (лутбоксами) и агрессивный маркетинг в интернете вовлекают молодежь быстрее, чем классические

игровые форматы. При этом подростковая лудомания часто маскируется под обычное увлечение гаджетами.

Включение Минздравом РФ в 2026 году лечения лудомании в систему бесплатной государственной психиатрической и наркологической помощи кардинально меняет доступность терапии для всех слоев населения. Однако полноценный охват населения в настоящее время сдерживается дефицитом узкопрофильных специалистов – психотерапевтов и врачей-психиатров-наркологов, специализирующихся на нехимических аддикциях. Ожидаемое внедрение стандартизированных клинических рекомендаций Минздрава РФ призвано решить проблему разрозненности методик и повысить качество лечения во всех регионах РФ.

Показатель распространенности патологического влечения является скрытым катализатором ухудшения наркологической ситуации, доказывающим, что поведенческие и химические зависимости являются частями единой деструктивной системы, что требует применения особых мер по стабилизации ситуации.

Профилактика лудомании

Профилактика лудомании (игровой зависимости) представляет собой комплекс медицинских, юридических и социально-психологических мер, направленных на предотвращение патологического влечения к азартным и компьютерным играм.

Эффективная профилактика лудомании работает на опережение и сочетает в себе формирование психологического иммунитета от зависимого поведения на основе ЗОЖ и личной цифровой гигиены в сочетании с мерами государственного контроля за деятельностью легальных игровых зон, букмекерским учетом и запрещением онлайн-казино.

Первичная профилактика среди детей и подростков имеет решающее значение для формирования навыков ЗОЖ и личной цифровой гигиены. Вовлечение молодежи в спорт и другие виды альтернативной деятельности, а также обучение финансовой и цифровой грамотности обеспечивают превентивную защиту от агрессивного маркетинга букмекерских контор и внутриигровых «лутбоксов».

Основной успех современной профилактики лудомании в России заключается в создании сквозных инструментов защиты. Они позволяют интегрировать механизм самозапрета на участие в азартных играх через портал «Госуслуги» (юридический барьер), а также обеспечивают своевременное оказание специализированной помощи в рамках государственной системы здравоохранения (медицинский барьер). Данные механизмы позволяют оказать своевременное профилактическое вмешательство на этапе раннего риска и не допустить тяжелых социальных последствий патологического влечения к азартным играм. Профилактика игровой зависимости (лудомании) на современном этапе требует концентрации усилий в цифровой среде. Основной задачей выступает не только ограничение физического доступа к игорным заведениям, а создание эффективных барьеров на персональных устройствах пользователей, обеспечивающих круглосуточный доступ к азартным играм в режиме реального времени.

Надежная система предотвращения формирования аддикции и рецидивов должна сочетать в себе методы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) и юридические ограничения, минимизацию контакта человека с игровыми триггерами. Индикаторы эффективности профилактики лудомании выступают важнейшим инструментом мониторинга общей наркологической ситуации.

Выводы

Наркологическая ситуация в РФ характеризуется тем, что традиционные вызовы (алкоголизация, табакокурение, незаконное потребление наркотиков) дополняется скрытыми и высокотехнологичными угрозами. В сфере наркопотребления доминируют высокотоксичные синтетические катиноны («соли»), распространяемые бесконтактным способом через интернет-ресурсы. В сфере поведенческих аддикций регистрируется негативная тенденция к росту онлайн-гемблинга и лудомании. Новые вызовы потребовали принятия ответных мер со стороны государства и национального здравоохранения: от блокировок цифрового контента до расширения возможности получения медицинской помощи при химических и нехимических видах зависимости.

Показатели наркологической ситуации, такие как общая заболеваемость алкоголизмом и наркоманией, а также ассоциированная с ними смертность, выступают главным деструктивным фактором в достижении национальных целей по сохранению населения, укреплению здоровья и повышению благополучия людей, увеличению продолжительности их жизни. Потребление алкоголя, табака и

наркотических веществ напрямую подрывает демографический потенциал страны, негативно влияет на показатели репродуктивного здоровья населения и уровень рождаемости.

Стабилизация и последующее улучшение наркологической ситуации в Российской Федерации возможны только при консолидации усилий государства и общества: систем здравоохранения, образования, социальной защиты населения, правоохранительных органов, общественных и некоммерческих организаций.

Вопросы



1. Какие показатели включает наркологическая ситуация в Российской Федерации?
2. Охарактеризуйте антиалкогольную и антибачную политику в Российской Федерации.
3. Перечислите основные цели и задачи антинаркотической политики Российской Федерации.
4. Какие показатели включает мониторинг наркоситуации в Российской Федерации?
5. В чем заключается антигемблинговая политика Российской Федерации?

1.2. Наркологические заболевания как угроза национальной безопасности

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400, установлено, что ключевым национальным интересом на современном этапе является сбережение народа России, развитие человеческого потенциала, а также повышение качества жизни и благосостояния граждан. Реализация целей государственной политики в сфере сбережения населения и развития человеческого потенциала предполагает решение задач, направленных на повышение рождаемости, увеличение ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности и уровня инвалидизации. Национальные цели Российской Федерации, установленные Указом Президента № 309 от 07.05.2024 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года», формируют основу обеспечения национальной безопасности и направлены на укрепление суверенитета и устойчивого развития страны. Ключевыми приоритетами наравне с сохранением народонаселения страны,

укреплением общественного здоровья, развитием человеческого потенциала названы экономическая устойчивость и технологическое лидерство. Особое значение имеют демографическая стабильность и повышение качества и продолжительности жизни на принципах здоровьесберегающего и безопасного поведения взрослого и детского населения, сокращение распространенности курения табака и иной никотинсодержащей продукции, злоупотребления алкоголем, потребления в немедицинских целях наркотических средств и психотропных веществ. Достижение указанных целей требует консолидации усилий всех здоровых сил общества, развития системной межведомственной работы по предотвращению наркологических расстройств среди населения. В современных условиях наркологические расстройства рассматриваются как комплексная проблема, представляющая собой значимый фактор угрозы национальной безопасности Российской Федерации. Они возникают как последствия оборота аддиктивных благ, то есть товаров (алкоголя, табака, наркотиков) и услуг (азартных и цифровых игр, ставок на спорт и др.), потребление которых вызывает у человека зависимость, формирует деструктивные формы иррационального потребительского поведения (аддикции).

Наркологическая безопасность включает широкий спектр вопросов, связанных с защищенностью от наркомании, алкоголизма, никотиновой зависимости и патологического влечения, связанного с деструктивными формами поведения. Ее достижение требует системного подхода, в котором сбалансированы меры, направленные на профилактику наркологических расстройств, лечение, социальную реинтеграцию и правоприменение.

Наркологические расстройства – это группа психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, которые приводят к развитию зависимости, изменению реактивности организма, нарушению когнитивных функций, поведения и других психофизиологических процессов.

Ключевой особенностью наркологических расстройств является их прямая связь с нарушениями функций центральной нервной системы, обусловленными воздействиями ПАВ, азартных и цифровых игр. Нарушения могут проявляться как в состоянии опьянения (одурманивания), так и сохраняться в дальнейшем, например, в виде соматических расстройств, патологического влечения, психотических состояний, абстинентного или амнестического синдрома. При этом последствия наркологических расстройств носят системный характер и затрагивают ключевые сферы жизнедеятельности человека, в том числе здоровье, семью, карьеру, финансы, отношения, саморазвитие и досуг. Последствия для здоровья проявляются поражением внутренних органов, развитием неврологических и репродуктивных нарушений, а также высоким риском инфекционных заболеваний, включая социально значимые заболевания (ВИЧ–инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты, сифилис и другие ИППП). Психические нарушения характеризуются снижением когнитивных функций, личностной деформацией, развитием депрессивных и психотических состояний с суицидальным риском. Социальные последствия включают разрушение семейных отношений, утрату профессиональной деятельности и социальную дезадаптацию, криминализацию поведения, включая участие в незаконном обороте наркотиков, совершение тяжких преступлений против личности, а также вовлечение других лиц, в том числе несовершеннолетних, в потребление и незаконный оборот психоактивных веществ.

Употребление ПАВ и аддикции, участие в незаконном обороте аддиктивных благ представляют серьезную, комплексную угрозу национальной безопасности, общественному здоровью, демографии, правопорядку и экономике, устойчивому развитию государства и общества. Употребление ПАВ является одной из значимых причин преждевременной смертности и инвалидности населения, высокой заболеваемости от предотвратимых поведенческих факторов. При этом угроза социальной стабильности и правопорядку от употребления ПАВ и аддикций проявляется в искажении духовно-нравственных ценностей российского общества, в распространении деструктивной идеологии и наркоманической субкультуры в обществе. Угроза экономической безопасности возникает при увеличении доли теневой экономики аддиктивных благ, способствующей расслоению общества и росту коррупции, при потере трудоспособности населения вследствие употребления ПАВ и аддикций, при затратах на лечение и реабилитацию наркологических расстройств и ассоциированных с ними

заболеваний. Федеральный закон от 08.01.1988 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности. Также правовым инструментом выступает Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ, а именно: статья 228 устанавливает ответственность за незаконный оборот наркотиков, психотропных веществ, их аналогов и содержащих их растений (включая приобретение, хранение, перевозку и переработку), статья 230 предусматривает наказание за склонение к потреблению наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов.

Распространение наркологических заболеваний сопровождается преступным поведением. Употребление ПАВ может выступать причиной, следствием либо сопутствующим фактором криминализации. Алкоголь остается наиболее значимым фактором риска насильственной преступности в России и мире. В состоянии опьянения совершается до 60% убийств и умышленного причинения тяжкого вреда, до 25% ДТП со смертельным исходом и т.д. В 2024 г. правоохранительными органами зарегистрировано 198 043 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (увеличение на 3,7% по сравнению с 2023 г.). Удельный вес преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в структуре преступности России составил 10,4%.

Эффективная политика в данной сфере должна опираться на баланс между общественной безопасностью и правами человека, признавая, что лицо с наркологическим расстройством – это не только потенциальный правонарушитель, но и человек, нуждающийся в помощи и возможности реабилитации. Международный опыт свидетельствует о том, что внедрение принципа «юстиция, ориентированная на лечение» приводит к снижению рецидивной преступности среди лиц с аддикциями на 20-40% по сравнению с традиционными карательными подходами.

В систему стратегического планирования в сфере обеспечения национальной безопасности входит Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная Указом Президента РФ от 23.11.2020 № 733. Этот документ создан на основе анализа текущей наркоситуации, оценки угроз национальной безопасности и требований Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ. Стратегия устанавливает цели и конкретные шаги

государства по борьбе с наркотиками на ближайшее десятилетие. В тексте прописаны приоритетные задачи, методы их решения и ожидаемые результаты. Ключевые стратегические цели антинаркотической политики: снижение медико-социального и демографического ущерба от незаконного потребления наркотиков; формирование устойчивого общественного неприятия наркопотребления и распространения наркотиков. Антинаркотическая политика включает профилактику и раннее выявление незаконного потребления наркотиков; снижение числа наркопотребителей. Особое внимание в Стратегии уделяется противодействию современным угрозам в сфере наркологической безопасности путем развития системы обнаружения новых видов наркотиков и потенциально опасных ПАВ и оперативного установления в отношении них мер государственного контроля; создания безопасной информационной среды, в том числе усиление мер по борьбе с пропагандой наркотиков. Важное значение придается совершенствованию институциональных механизмов реализации Стратегии – инструментов, обеспечивающих координацию ресурсов, субъектов и процессов для достижения стратегических целей, консолидации усилий государства и общества в борьбе с наркоманией и наркобизнесом.

Национальная антинаркотическая политика согласуется с деятельностью Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН), который ежегодно анализирует глобальную наркологическую ситуацию. МККН дает рекомендации правительствам и международным организациям по противодействию нелегальному распространению НС, обеспечению доступа к использованию НС и ПВ в медицинских и научных целях, при этом предотвращая их утечку в незаконный оборот в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года, Конвенцией о психотропных веществах 1971 года и Конвенцией о борьбе против незаконного оборота наркотических средств 1988 года.

Алкоголь также является смертоносной угрозой для жизни и безопасности граждан. По данным ВОЗ, от алкоголь-ассоциированных заболеваний и состояний ежегодно в мире умирает более 3 млн. человек, что составляет 5,3% всех случаев смерти. В Российской Федерации последовательно реализуется государственная антиалкогольная политика, которая закреплена в Концепции сокращения потребления алкоголя в РФ на период до 2030 года и на дальнейшую перспективу, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 № 3547-р. Согласно аналитическим данным Росстата достигнуты успехи по снижению уровня

такого значимого показателя как «потребление алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола)», который в ноябре 2025 года достиг абсолютного минимума за послед-нее десятилетие – 7,63 литра этанола на душу населения. Реализация Концепции также сопровождается снижением связанных с алкоголем заболеваемости и смертности. Так, с 2008 по 2021 год заболеваемость алкоголизмом снизилась на 55% (с 81,4 до 36,6 случая на 100 тыс. человек), контингент больных алкоголизмом сократился на 49% (с 1391 до 715 человек на 100 тыс. человек), госпитализации с алкогольными психозами - на 58,3% (с 99,3 до 41,4 случая на 100 тыс. человек). Смертность от причин, непосредственно обусловленных алкоголем, снизилась с 2011 по 2021 год на 23,9% (с 42,7 до 32,5 случая на 100 тыс. человек). Смертность от случайных отравлений алкоголем снизилась с 2008 по 2021 год на 62% (с 16,9 до 6,4 случая на 100 тыс. человек).

На повышение человеческого потенциала и качества жизни граждан направлены и антитабачные меры, активно реализуемые в современном мире. Курение является одним из ведущих предотвратимых факторов риска развития неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, респираторные, онкологические заболевания и сахарный диабет – основных причин преждевременной смертности населения. Когортные исследования, проведенные в 12 странах Европы, включая Россию, выявили, что риск возникновения смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет значительно выше у курильщиков, даже если в настоящее время человек чувствует себя здоровым (Graham I.M. et al., 2021).

В Российской Федерации принят Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции», разработанный в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака. Закон направлен на предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения и предусматривает информирование населения о вреде потребления табака или никотинсодержащей продукции, о вредном воздействии табачного дыма и веществ, выделяемых при потреблении никотинсодержащей продукции.

В настоящее время в нашей стране и во всем мире регистрируется устойчивая тенденция по снижению потребления никотинсодержащей продукции. Во Всемирном докладе ВОЗ утверждается, что с 2000 по 2024 г. количество потребителей табака сократилось с 1,38 млрд до 1,2 млрд человек. В Р Ф , по данным Росстата, значение показателя

«распространенность курения табака в возрасте от 15 лет и более» в октябре 2025 года составило 18,21% и достигло минимального значения за последнее десятилетие. Однако по-прежнему значительное число людей подвергается воздействию табачного дыма, в том числе как пассивные курильщики, и отмечается рост популярности электронных средств доставки никотина. Это связано с недостаточным уровнем санитарно-гигиенических знаний среди населения, ошибочным восприятием безопасности курения электронных сигарет и пассивного курения.

В современных условиях особую обеспокоенность вызывает проблема поведенческих расстройств, связанных с патологическим влечением к азартным играм. Ухудшение здоровья, материальные и финансовые потери, разрушение семьи и профессиональная дезадаптация человека в результате зависимости от азартных игр являются серьезными факторами дестабилизации и угрозы национальной безопасности. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2025 № 666н, вступивший в силу с 1 сентября 2026 года, рассматривает патологическое влечение к азартным играм наряду с наркологическими расстройствами как состояние, требующее специализированного наркологического вмешательства.

Правовое регулирование по организации и проведению азартных игр на территории Российской Федерации и установлению ограничений осуществления данной деятельности в целях защиты нравственности, прав и законных интересов граждан установлено Федеральным законом от 29.12.2006 № 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации». Федеральным законом от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» внесены ограничения на рекламу азартных игр. В нем содержится запрет на обращение рекламы к несовершеннолетним, запрет на утверждения, что азартные игры являются заработком, а также запрет на информирование о гарантиях получения выигрышей и преуменьшение степени финансовых рисков. Также в рекламе азартных игр запрещено использовать образы людей и животных, использовать утверждения о том, что участие в азартных играх имеют важное значение в общественном признании, профессиональных, спортивных и личных успехах.

Важное значение в контексте национальной безопасности имеет безопасность информационной среды, обеспечение которой предусматривает предотвращение распространения в онлайн- и офлайн-

пространстве материалов, которые пропагандируют употребление наркотиков, содержат инструкции по их получению или изготовлению, а также сведений, которые формируют толерантное отношение к потреблению ПАВ, в том числе среди детей и подростков. Несовершеннолетние находятся в зоне повышенного риска вовлечения в наркопотребление, так как недостаточные знания и жизненный опыт не позволяют им адекватно и критично оценивать информацию, а также последствия и риски, связанные с употреблением и/или распространением ПАВ. Обеспечение информационной безопасности связано с мониторингом социальных сетей, форумов, мессенджеров и других каналов, где может распространяться подобная информация. На наличие признаков пропаганды употребления ПАВ исследуются и материалы, созданные с целью профилактики наркологических расстройств. Для оценки соответствия видеоконтента, текста и визуальных образов, информационно-рекламных товаров и других материалов принципам информационной безопасности и научной достоверности привлекаются специалисты в сфере наркологии (врачи-психиатры-наркологи, медицинские психологи) и правоохранительных органов. В результате исследования ими выносятся заключение о наличии или отсутствии признаков пропаганды, склонения к потреблению НС и ПВ, нарушения информационной безопасности детей и несовершеннолетних в отношении употребления ПАВ с учетом требований Федерального закона от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». Важно учитывать, что российское законодательство (ст. 6.13 КоАП РФ, статья 230 УК РФ) предусматривает административную и уголовную ответственность за пропаганду либо незаконную рекламу наркотиков и других запрещённых веществ в зависимости от характера и масштаба нарушения. Применение сети «Интернет» в этих целях усиливает меру ответственности.

Особенную угрозу национальной безопасности представляют наркологические расстройства среди военнослужащих. В условиях растущих внешних угроз актуальность данной проблематики обусловлена спецификой военной службы, повышенной ответственностью личного состава за применение оружия и техники, а также уязвимостью военнослужащих к факторам риска формирования аддиктивно-го поведения в условиях стресса, изоляции и высоких психоэмоциональных нагрузок. Наркологические расстройства военнослужащих приводят к росту правонарушений и дестабилизации вооруженных сил. Снижение рисков, связанных с употреблением ПАВ и наркологических заболеваний

у военнослужащих, требует системной работы на всех уровнях. Понимание важности данной работы отражено в приказе Министра обороны Российской Федерации от 14.10.2022 № 624 «Об организации работы по противодействию незаконному потреблению и обороту наркотических средств и психотропных веществ в Вооруженных Силах Российской Федерации», в котором определена система профилактических мероприятий на основе дифференцированного подхода к различным категориям военнослужащих.

Выводы

Наркологические расстройства рассматриваются не только как медицинская проблема, но и оказывают существенное влияние на демографическую, экономическую, социальную и политическую сферы национальной безопасности. Выступая одной из ключевых причин инвалидности и преждевременной смертности населения, аддиктивное поведение требует последовательной реализации государственной антинаркотической, антиалкогольной и антитабачной политики. Принятые в РФ законодательные меры создают единую систему регулирования в сфере охраны здоровья. Профилактика наркологических расстройств и формирование культуры здоровья закреплены в качестве базовых элементов Стратегии национальной безопасности РФ, выступает главным инструментом сбережения народа, устойчивого социально-экономического развития страны.

Вопросы



1. Каким образом государство осуществляет меры по противодействию незаконному потреблению и обороту наркотиков?
2. Какие две ключевые цели определены Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года?
3. Почему дети и молодежь составляют группу риска вовлечения в наркопотребление?
4. Перечислите основные направления государственной антитабачной политики Российской Федерации.
5. Обоснуйте тезис о том, что аддикции представляют собой комплексную угрозу устойчивому развитию государства, а не являются исключительно медицинской проблемой.

1.3. Профилактика наркологических заболеваний в системе общественного здоровья и здравоохранения

В настоящее время на фоне глобальных вызовов происходит трансформация парадигмы общественного здравоохранения, которая свидетельствует о переходе от «реактивного» лечения болезней к проактивному сохранению здоровья. Становление новой парадигмы происходило начиная с середины XX века, когда на международном уровне последовательно утвердился приоритет превентивной и персонализированной медицины и была определена ведущая роль поведенческих факторов в сохранении и укреплении здоровья.

На международном уровне в 2024–2026 годах были приняты фундаментальные документы, в том числе Глобальная стратегия ВОЗ в области цифрового здравоохранения 2020–2027 гг.; Экспертные рекомендации по предиктивным и генеративным технологиям ВОЗ (2026); Обновленное «Соглашение 2026» в рамках инициативы «Единое здоровье» (2026); «Точная медицина: путь к целенаправленной, персонализированной и справедливой медицинской помощи» (2024); Международный стандарт по управлению системами искусственного интеллекта ИСО/МЭК 42001 (2023). Эти документы завершили формирование правовой базы, утвердили глобальный переход от концепции охраны здоровья населения как «лечения болезней» к предиктивной профилактике, ориентированной на справедливость, инклюзивность и личную ответственность граждан за сохранение и укрепление здоровья.

История становления современных научных представлений о здоровье неразрывно связана с деятельностью ВОЗ. С момента основания 7 апреля 1948 года ВОЗ является ключевой международной организацией, которая координирует международные усилия в области здравоохранения. Именно в материалах ВОЗ было впервые сформулировано научно обоснованное определение здоровья.

Здоровье — это не просто отсутствие заболеваний, а активное состояние физического, психического и социального благополучия. Здоровье рассматривается как одно из основных прав каждого человека, независимо от расы, религии, политических убеждений или социального положения.

В современной науке и практике государственного управления активно используются два взаимосвязанных понятия: «общественное здоровье» и «общественное здравоохранение». Объединенные общей стратегической целью, они находят свое отражение в системе демографических показателей (таких как рождаемость, смертность, заболеваемость и инвалидизация), выступающих ключевыми индикаторами благополучия населения. При этом термин «общественное здоровье» чаще применяется в контексте реализации государственных программ, ориентированных на проведение мониторинга состояния популяции, а также на разработку, внедрение и оценку эффективности мер по снижению заболеваемости и предотвратимой смертности от хронических неинфекционных заболеваний. Конечной целью данного направления является увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет систематического роста доли граждан, придерживающихся принципов ЗОЖ.

В России ключевым документом стратегического планирования в сфере охраны здоровья граждан РФ является Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная Указом Президента РФ от 08.05.2024 № 314. Стратегией определены основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения в Российской Федерации по повышению качества и доступности медицинской помощи, борьбе с предотвратимыми факторами риска неинфекционных заболеваний, включая наркологические патологии, приводящие к преждевременной инвалидности и смертности населения, увеличению доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактика заболеваний, которая закреплена на правовом уровне.

Профилактика заболеваний, в том числе наркологических, составляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, а также выявление причин и условий их возникновения и развития, направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (п.6 ст.2. ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ)

В этой логике определяющее значение имеют Концепция сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года и на дальнейшую перспективу, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 № 3547-р, и Концепция противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции на период до 2035 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 18.11.2019 № 2732-р. Данные концепции определяют цели, задачи и принципы государственной политики, направленной на снижение потребления алкоголя и никотинсодержащей продукции, профилактику алкоголизма и никотиновой зависимости, укрепление общественного, в том числе психического, здоровья населения и обеспечение общественной безопасности.

На увеличение продолжительности жизни, сохранение населения, укрепление здоровья направлен национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Ключевой его задачей является предупреждение и максимально раннее выявление ХНИЗ посредством проведения диспансеризации и ПМО. Существенную роль играет цифровизация, в том числе внедрение платформы «Здоровье», обеспечивающей дистанционный мониторинг состояния пациентов и расширение доступа к медицинским услугам. Данные меры позволяют своевременно выявлять факторы риска, предупреждать развитие заболевания и способствуют увеличению доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. В логике развития данных направлений профилактической деятельности особое значение приобретают федеральные проекты, формирующие стратегию укрепления общественного здоровья. В рамках данного национального проекта следует отметить Федеральный проект «Здоровье для каждого», который направлен на снижение распространённости факторов риска и предупреждение ХНИЗ путем системного развития профилактики как ключевого направления укрепления общественного здоровья и повышения качества жизни населения.

К ХНИЗ, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, относят: сердечно-сосудистые, хронические респираторные заболевания, рак, диабет, ожирение, психические заболевания и остеоартрит. По имеющимся данным, 60% обусловленных смертей от ХНИЗ, которых можно было бы избежать, связаны с предотвратимыми причинами, тогда как оставшаяся часть обусловлена заболеваниями, поддающимся лечению и профилактике. Распространение ХНИЗ обусловлено прежде всего пятью основными факторами риска, где употребление табака и вредное употребление

алкоголя выступают самыми значимыми факторами риска, наряду с недостаточной физической активностью и нездоровым питанием. Употребление алкоголя приводит к более 200 алкоголь-ассоциированным заболеваниям, в том числе жировой дистрофии печени, алкогольному гепатиту, алкогольному фиброзу, печеночной энцефалопатии; поражению желудочно-кишечного тракта: алкогольному гастриту, язвенной болезни, острому и хроническому панкреатиту, а также злокачественным новообразованиям (раку пищевода, желудка и поджелудочной железы). От токсического действия ПАВ страдает сердечно-сосудистая система: развиваются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия. Злоупотребление алкоголем нарушает работу практически всех желез внутренней секреции, что ведет к развитию эндокринных патологий. Нарушения работы поджелудочной железы и углеводного обмена может привести к развитию сахарного диабета, алкогольной гипогликемии. Существенные нарушения отмечаются и со стороны репродуктивной системы. У мужчин хроническое употребление алкоголя связано с снижением уровня тестостерона, а также с развитием гинекомастии (увеличение грудных желез) и эректильной дисфункции. У женщин наблюдается снижение фертильности. ПАВ оказывает непосредственное влияние на репродуктивную функцию, снижая способность организма к участию в процессе оплодотворения, что приводит к снижению вероятности зачатия, а в отдельных случаях — к её полной утрате. Токсическое воздействие алкоголя приводит к внутриутробному повреждению развития будущего ребенка, вызывая фетальный алкогольный синдром плода.

Существенное место занимают психические расстройства и синдромы, возникающие на фоне злоупотребления ПАВ. К ним относится стойкое нарушение деятельности центральной нервной системы, приводящее к инвалидизации потребителей ПАВ.

Таким образом, главным объектом профилактики ХНИЗ является поведение человека и образ его жизни, включая отказ от вредных привычек. Повышение качества и доступности наркологической помощи населению лежат в основе медицинской профилактики наркологических заболеваний.

Также важно оказание помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. С 1 января 2021 года вступил в силу Федеральный закон от 29.12.2020 № 465-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части оказания помощи лицам, находящимся в

состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения», который восстановил систему вытрезвителей. Изменения вошли в Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», где сотрудникам полиции вернули право доставлять нетрезвых граждан в специализированные учреждения (вытрезвители), задача которых не наказать пьяного, обеспечить безопасность его и окружающих. Таким образом, вытрезвители выполняют социально-контролирующую функцию на принципах справедливости и гуманизма.

Регионы вправе устанавливать свой порядок оказания помощи лицам, находящимся в состоянии опьянения. Так, в городе Москве принято Постановление Правительства Москвы от 06.12.2022 № 2715-ПП «Об оказании помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения и доставленным бригадами скорой помощи в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, у которых по итогам проведенных обследований не выявлены медицинские показания для их госпитализации». Указанным нормативно-правовым актом определен порядок предоставления временного размещения в специально выделенных зонах медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в стационарах, лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, доставленным бригадами скорой помощи в указанные медицинские организации, у которых по итогам проведенных обследований не выявлены медицинские показания для их госпитализации.

Важную роль в обеспечении общественного здоровья выполняют региональные проекты, направленные на улучшение качества жизни людей, в том числе разработанные в рамках выполнения национальных проектов «Продолжительная и активная жизнь», федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» и другие проекты. Например, в городе Москве реализуется с 04.10.2011 года по настоящее время Государственная программа «Развитие здравоохранения города Москвы (столичное здравоохранение)», утвержденная Постановлением Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП. Основной целью программы является улучшение здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и улучшения доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки. Для достижения поставленной цели

определены следующие задачи: снижение смертности, развитие медицинской реабилитации, обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья населения, формирование здорового образа жизни, включая отказ от вредных привычек.

Выводы

В современных условиях возрастает потребность населения в получении доступных и качественных профилактических услуг, в том числе по предупреждению аддикций. Профилактика наркологических заболеваний является востребованной во всех социальных группах, особенно среди молодежи, проживающей в различных социокультурных условиях. Данные обстоятельства обуславливают необходимость четкого межведомственного взаимодействия, направленного на достижение стратегической цели — формирование здорового и трезвого образа жизни населения. Для этого разрабатываются и реализуются национальные программы и федеральные проекты, в которых задача сбережения народа решается посредством сочетания государственных мер по созданию инфраструктуры ЗОЖ и формирования у граждан культуры ответственного отношения к собственному здоровью.

Вопросы



1. В чём заключается современная трансформация парадигмы общественного здравоохранения в РФ и мире?
2. В контексте каких мероприятий чаще всего применяется термин «общественное здоровье»?
3. За счёт какого процесса планируется обеспечить увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения?
4. Какие задачи и направления развития здравоохранения признаны основными в Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2030 г?
5. В чем выражается угроза национальной безопасности со стороны аддикций для социально-экономического развития общества?

1.4. Роль профилактики в укреплении института семьи



Институт семьи является фундаментальной социальной структурой, обеспечивающей воспроизводство населения, первичную социализацию и психологическое благополучие индивида. Обеспечение права ребёнка жить и воспитываться в семье - ключевой приоритет государственной семейной политики.

Одним из наиболее разрушительных факторов, дестабилизирующих семейные системы и провоцирующих их функциональный распад, являются наркологические заболевания и патологическое влечение к азартным играм.

Правовую основу, обеспечивающую приоритет семейного воспитания и защиту прав и здоровья детей, составляют Конституция РФ (ст. 7, ст.38, ст. 66.1 ч.4), Семейный кодекс РФ (ст.1, ст. 54, ст. 69), Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»; Федеральный закон от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»; Федеральный закон от 28.12.2013; 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»; Указ Президента РФ от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства».

Стратегически значимым инструментом государственной политики, направленным на преодоление демографических вызовов, является национальный проект «Семья», состоящий из федеральных проектов «Поддержка семьи», «Много-детная семья», «Охрана материнства и детства», «Старшее поколение», «Семейные ценности и инфраструктура куль-туры»

Меры, запланированные в рамках данных проектов, позволяют обеспечить комплексную поддержку семьи на всех этапах жизненного цикла – от планирования беременности до активного долголетия старшего поколения. Например, одной из задач проекта «Охрана материнства и детства» является формирование положительных репродуктивных установок у населения. К 2030 году охват граждан репродуктивного возраста (18-49 лет) диспансеризацией для оценки репродуктивного

здоровья должен достигать 50% (32% в 2023-2024 г); доля беременных, получивших правовую, психологическую и медико-социальную помощь и вставших на учет, должна составить 26% (22% в 2023-2024 г.). Федеральный проект «Семейные ценности и инфраструктура культуры» нацелен на формирование семейно-ориентированной инфраструктуры, продвижение в обществе семейных ценностей путем создания комфортной и доступной культурной среды для семей с детьми, модернизации учреждений культуры в малых населенных пунктах. Одним из целевых показателей проекта является доля граждан, считающих семью главной ценностью. По состоянию на 2024 год данную позицию разделяли 65 % населения, к 2030 году этот показатель должен достигнуть целевого ориентира в 80 %. В рамках проекта планируется разработка и реализация культурно-просветительских программ для детей и молодежи, направленных на патриотическое и духовно-нравственное воспитание, создание и обновление мемориальных комплексов, памятных мест, связанных с историей страны и др.

Внимание государства к здоровью и благополучию подрастающего поколения отражено в национальном проекте «Молодежь и дети», содержащем девять федеральных проектов. Так, федеральный проект «Все лучшее детям» направлен на создание комфортной и безопасной образовательной среды, организацию психолого-педагогического сопровождения в школах и обеспечение доступа к дополнительным образовательным программам, кружкам и секциям, где дети получают поддержку и возможность проводить время в социально здоровой среде. Целью федерального проекта «Россия – страна возможностей» является развитие социальных лифтов, поддержка инициатив и талантов молодых людей. В конкурсных и развивающих программах дети и юношество получают шанс проявить себя, получить признание и поверить в свои силы; участие в сменах детских лагерей и образовательных центрах предоставляют возможность получения позитивных впечатлений и нового опыта. На формирование духовно-нравственных ценностей и гармоничное развитие личности направлен федеральный проект «Мы вместе». Участие в добровольческом движении – это мощный инструмент личностного роста, профессионального развития и укрепления общества.

Актуальность реализации данных проектов обусловлена рядом социальных и ценностных вызовов. Суммарный коэффициент рождаемости снизился до критического уровня, усиливая процесс старения населения; на 10 заключенных браков приходится 8 разводов, что выводит Россию на 3е место в мире по уровню разводов; растет социальная разобщенность молодежи и более старших поколений в условиях недостатка

качественной инфраструктуры и дефицита квалифицированных специалистов (педагогов, медиков, психологов и др.). Ориентировочно от 10 до 15 миллионов человек относятся к категориям, имеющим право на социальную поддержку из-за низких доходов, неполного состава семьи, инвалидности или иных сложных обстоятельств.

В контексте семейной системы аддиктивное поведение одного из членов семьи запускает каскад дезадаптивных процессов: нарушение коммуникативных паттернов, эмоциональную отчужденность, финансовую нестабильность, изменение распределения ролей и, как следствие, повышение риска внутрисемейного насилия и распада семьи. Дети, воспитывающиеся в подобных условиях, испытывают хронический стресс, дефицит эмоциональной поддержки и нередко подвергаются насилию. Специалисты относят их к «группе множественного риска», отмечая повышенную частоту психоневрологических и соматических патологий, а также склонность к асоциальному и аутоагрессивному поведению. Особую значимость приобретает феномен межпоколенческой трансляции риска: дети, воспитывающиеся в семьях, где злоупотребляют алкоголем или употребляют наркотические средства, демонстрируют статистически значимое повышение вероятности формирования аддиктивных стратегий совладания в подростковом и взрослом возрасте.

Деструктивное воздействие наркологических заболеваний родителей на физическое, психическое и социальное развитие их детей может быть классифицировано по нескольким взаимосвязанным направлениям:

1. Биомедицинские последствия: алкогольная и наркотическая интоксикация родителей, особенно в период зачатия и беременности, создает предпосылки для формирования врожденных патологий у ребенка. Наиболее тяжелым проявлением тератогенного воздействия этанола является фетальный алкогольный синдром плода (ФАСП).

2. Психологические и эмоциональные нарушения: дети, воспитывающиеся родителями с наркологическими заболеваниями, подвержены высокому риску развития психопатологических состояний. К наиболее распространенным последствиям относятся:

- невротические и неврозоподобные расстройства: хроническая тревожность, депрессивные эпизоды, нарушения сна, ночные кошмары, эмоциональная лабильность;
- снижение самооценки и чувство неполноценности: формирование устойчивого внутреннего убеждения «я плохой», что ведет к развитию синдрома самозванца и трудностям в самопринятии;

- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): проживание в условиях непредсказуемости и эмоциональной нестабильности может спровоцировать травматизацию, сопоставимую с последствиями тяжелых жизненных событий; амбивалентность привязанности: у ребенка формируется противоречивое отношение к родителю (одновременное сочетание любви, страха и ненависти и желания заботы), что дезорганизует систему межличностных отношений в целом.

3. Когнитивные дефициты: наркологические заболевания родителей негативно влияют на познавательное развитие ребенка. Отмечаются нарушения внимания, памяти, снижение способности к концентрации и абстрактному мышлению. Как следствие, дети из таких семей демонстрируют устойчивые трудности в обучении, низкую академическую мотивацию и повышенный риск школьной дезадаптации.

4. Социальные последствия: дисфункциональная семейная среда ограничивает возможности формирования здоровых социальных компетенций. В семьях, где есть злоупотребляющий ПАВ родитель, преобладают деструктивные взаимоотношения, основанные на формализме или доминировании кого-либо из супругов, что сопровождается конфликтами и насилием. Дети, взрослеющие в таких семьях, испытывают сложности в установлении доверительных отношений, склонны к изоляции или, напротив, к конфликтному поведению. Отсутствие адекватного родительского контроля и позитивных ролевых моделей повышает вероятность вовлечения в девиантные группы, раннего начала половой жизни и экспериментов с ПАВ. В семье дети усваивают деструктивные копинг-стратегии и нормативные представления об употреблении ПАВ, что увеличивает вероятность формирования зависимости у них в будущем.

5. Феномен созависимости и синдром «взрослых детей алкоголиков» (ВДА): длительное проживание в дисфункциональной семье способствует формированию созависимых паттернов поведения, которые сохраняются и во взрослом возрасте. Исследования показывают, что родственники, взаимодействующие с зависимым человеком, обычно испытывают сильную тревогу и депрессию. Они могут чувствовать беспомощность, гнев, вину или постоянно беспокоиться о физическом и психическом здоровье своего близкого человека. У родственников зависимых часто наблюдается значительное снижение качества социальной жизни, нарушение близких семейных связей и развитие соматических заболеваний, вызванных стрессом в связи с болезнью

близкого человека. Дети, воспитывающиеся в семьях, где один или оба родителя имеют наркологические заболевания, во взрослой жизни отличаются гиперответственностью, склонностью к спасательству, страхом отвержения, трудностями в распознавании и выражении собственных эмоций, а также склонны воспроизводить деструктивные отношения в собственной семье. Данные особенности существенно снижают качество жизни и адаптационный потенциал личности.

6. Дестабилизация семейной системы: наркологические заболевания у одного или обоих родителей нарушают базовые функции семьи: эмоциональную поддержку, воспитательную роль, экономическую стабильность. Частые конфликты, насилие, финансовая нестабильность и пренебрежение потребностями ребенка создают хроническую стрессогенную среду, в которой ни один из членов семьи не способен реализовать свой потенциал. В крайних случаях это ведет к распаду семьи, помещению детей в учреждения интернатного типа или передаче под опеку.

Таким образом, наркологические заболевания трансформируются из индивидуального клинического случая в системный институциональный вызов семье и обществу. В частности, увеличивая риск лишения родительских прав и роста уровня социального сиротства.

Социальное сиротство представляет собой одну из наиболее острых социальных проблем современной России. Согласно данным Высшей школы экономики, доля детей, относящихся к категории социальных сирот, достигает приблизительно 80% от общего числа несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей.

Ключевым фактором распространения социального сиротства на протяжении длительного периода остается употребление родителями ПАВ (включая развитие алкоголизма и наркомании), а также наличие поведенческих аддикций (игромании). Развитие зависимостей приводит к прогрессирующей деградации личности, пренебрежению родительскими обязанностями и отнесению таких семей к категории находящихся в социально опасном положении (СОП) в соответствии со ст. 1 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Законодательство предусматривает механизмы защиты прав ребёнка:

- лишение родительских прав (п. Д ст. 69 Семейного кодекса РФ) при подтверждённом хроническом алкоголизме или наркомании;

- экстренное изъятие из семьи во внесудебном порядке (ст. 77 Семейного кодекса РФ), если жизни или здоровью ребёнка угрожает опасность.

При этом приоритет отдается восстановлению воспитательного потенциала семьи, поскольку изъятие ребенка может усугубить его социальную дезадаптацию. Однако реализация данной стратегии затруднена из-за низкой комплаентности родителей и их слабой мотивации к лечению. В результате длительного употребления ПАВ у них формируются эмоциональные и когнитивные нарушения: депрессивные состояния, эмоциональная лабильность, апатия и неспособность к долгосрочному планированию. В этих условиях эффективная профилактика наркологических заболеваний способна выступать не только инструментом снижения заболеваемости, но и механизмом укрепления семейной устойчивости.

В соответствии с общепринятой классификацией превентивных мер, система профилактического воздействия на институт семьи по предотвращению социального сиротства (в его наркологическом аспекте) реализуется на трех уровнях:

1. Первичная профилактика направлена на формирование здоровых семейных ценностей, развитие компетенций ответственного родительства и создание социальных условий, снижающих риск раннего знакомства детей с ПАВ. На данном этапе ключевую роль играет психообразовательная работа с родителями, направленная на повышение осведомленности о механизмах формирования зависимости и навыках конструктивного детско-родительского взаимодействия и поддержки.

2. Вторичная профилактика ориентирована на раннее выявление групп риска и оказание адресной поддержки семьям, столкнувшимся с начальными проявлениями аддиктивного поведения членов семьи. Внедрение семейно-ориентированного скрининга, консультирования и кратких интервенций позволяет предотвратить переход субклинических форм употребления в стойкую зависимость, сохраняя при этом целостность семейной структуры.

3. Третичная профилактика (реабилитация и постреабилитационное сопровождение) нацелена на восстановление семейных ролей, ресоциализацию лиц с зависимостью и снижение вероятности рецидивов. Интеграция семейной психотерапии, программ восстановления

доверия и навыков совместного преодоления стресса существенно повышает устойчивость семьи к повторным кризисам.

Системный подход к профилактике демонстрирует, что сохранение института семьи достигается не посредством изоляции родителя с наркологическим расстройством, а через включение всей семьи в терапевтический и реабилитационный контур, что способствует восстановлению ее регуляторных и ресурсных функций.

Эффективность профилактики наркологических заболеваний в контексте укрепления семьи обусловлена межведомственной координацией и научно обоснованным программным обеспечением. Практика свидетельствует о целесообразности интеграции усилий учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты и негосударственного сектора. К числу наиболее эффективных направлений семейной профилактикой наркологических заболеваний относятся:

- разработка и внедрение семейно-центрированных профилактических программ, учитывающих возрастные и психологические особенности членов семьи;
- подготовка специалистов, владеющих компетенциями в области семейной аддиктологии и кризисной интервенции;
- создание доступных служб раннего реагирования, обеспечивающих конфиденциальность и снижение стигматизации;
- реализация государственных и муниципальных инициатив, направленных на поддержку семей в ситуации наркологического риска (социально-психологическое сопровождение, материальная помощь, юридическое консультирование).

Важным условием является смещение фокуса с карательно-запретительных мер на профилактику, основанную на доказательных практиках, уважении автономии семьи и укреплении ее внутренних ресурсов. Так, на Всероссийском семинаре-совещании «Стратегии семейсбережения: современные подходы к реабилитации родителей с алкогольной и наркотической зависимостью» (Калуга, 14-15 мая 2025 г.), был сформулирован ряд предложений. Среди них следует отметить признание необходимости разработки региональных программ профилактики алкогольной и наркотической зависимости, развития системы центров дневного пребывания, кризисных центров, реабилитационных центров для лиц с зависимостью, без разлучения с детьми, а также реализации мероприятий по повышению компетенций специалистов в целях дестигматизации и совершенствования

механизмов работы с лицами с алкогольной и наркотической зависимостью.

Выводы

Своевременная профилактика наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм имеет фундаментальное значение в сохранении и укреплении института семьи как основы демографической безопасности государства. Задачи сбережения традиционных семейных отношений и предотвращения социального сиротства, обусловленного аддиктивным поведением родителей, решается в ходе реализации национальных и федеральных проектов, основанных на принципах поддержки семьи, сохранения её целостности и системного укрепления её внутренних ресурсов.

Вопросы



1. Какие риски для физического, психического и социального благополучия детей связаны с аддикциями родителей?

2. Назовите основные причины социального сиротства в современном обществе.

3. Охарактеризуйте созависимость как проявление дисфункциональности семьи.

4. Какие базовые функции семьи нарушаются при наркологических заболеваниях родителей и к каким последствиям для ребенка это может привести?

5. Почему приоритетным направлением работы считается сохранение семьи, а не изъятие ребенка?

1.5.Безопасность дорожного движения: наркологический аспект

Профилактика наркологических расстройств вносит значимый вклад в обеспечение безопасности дорожного движения, являясь одним из фундаментальных элементов комплексной системы предупреждения дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Обеспечение безопасности дорожного движения, затрагивающего интересы широкого круга участников (включая водителей, пассажиров, пешеходов, велосипедистов и пользователей средств индивидуальной мобильности – СИМ), требует

особого внимания к состоянию соматического и психического здоровья водителей транспортных средств.

Возрастающая интенсивность дорожного движения и повышение скоростных режимов обуславливают ужесточение требований к состоянию здоровья водителей. Актуальность рассматриваемой проблемы закреплена на государственном уровне и отражена в ключевых программных документах, включая Национальный проект «Инфраструктура для жизни» на период 2025–2030 гг. (в части дорожной деятельности) и федеральный проект «Безопасность дорожного движения». Цель последнего – снизить смертность в результате ДТП в 1,5 раза к 2030 году по сравнению с показателем 2023 года (до уровня не более 1,58 погибшего на 10 тыс. транспортных средств).

1.5.1. Медицинская профилактика в транспортной сфере

Управление транспортным средством в состоянии опьянения – негативное явление, связанное с общей первичной заболеваемостью наркологическими расстройствами. Данное правонарушение характеризуется сезонной динамикой, суточными колебаниями и специфическими половозрастными особенностями. При этом достоверная оценка распространённости управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения затруднена, так как не все случаи управления ТС в состоянии опьянения выявляются сотрудниками Госавтоинспекции (ГАИ МВД), что создаёт существенный разрыв между реальной распространённостью явления и официальной статистикой.

По официальным данным ГАИ МВД, в 2024 г. автопарк составляет 63,1 млн технических средств. В 132037 дорожно-транспортных происшествиях было ранено 164754 человека, погибло 14403 человека (9,86 чел. на 100 тыс. населения). Число погибших увеличилось более чем в трети регионов, в частности по сравнению с 2023 в г. Москве рост составил 12,7%, в Санкт-Петербурге – 13,8%, в Тамбовской обл. – 23,8%, в Кабардино-Балкарской республике – 46,2% г. Почти половину (46,7%) погибших в ДТП составили люди в возрасте 30-53 лет. Число погибших мужчин в 3 раза выше, чем женщин (75% и 25%, соответственно). С 2018 по 2024 год потенциальное снижение числа рождений детей из-за гибели в ДТП женщин репродуктивного и более молодого возраста составляет 21 700.

Наибольшими значениями тяжести последствий и коэффициента виновности характеризуются ДТП с участием водителей, находившихся в

состоянии алкогольного опьянения. Почти четверть всех погибших в ДТП (24,4%) получили смертельные ранения в происшествиях с участием водителей с признаками опьянения. По данным ГАИ МВД, в 2024 г. в состоянии алкогольного опьянения было совершено 10436 ДТП, наркотическое опьянение было выявлено в 1062 ДТП, отказались от медицинского освидетельствования 2480 человек. Употребление алкоголя и других ПАВ напрямую ухудшает навыки вождения: замедляется реакция и снижается скорость принятия решений; нарушается координация движений и восприятие ситуации на дороге; появляется сонливость, заторможенность, агрессивность.

Система профилактики управления ТС в состоянии опьянения включает:

- обязательные медицинские освидетельствования водителей и кандидатов в водители для выявления наркологических расстройств;
- предрейсовые (предсменные), послерейсовые (послесменные) и межсменные медицинские осмотры, направленные на обнаружение признаков опьянения;
- информирование населения о негативном влиянии ПАВ на здоровье и безопасность вождения.

Различные государственные органы и структуры выполняют определённые функции по организации профилактики ДТП, и связанных с ними травматизма и смертности. Среди ключевых ведомств:

- Главное управление по обеспечению безопасности дорожного движения МВД России (ГУОБДД МВД России), которое решает задачи по разработке предложений по формированию и реализации государственной политики в области безопасности дорожного движения, совершенствование нормативно-правового регулирования и др.

- Государственная автоинспекция (ГАИ) осуществляет контроль за соблюдением законодательства в области безопасности дорожного движения, регулирует дорожное движение, занимается пропагандой безопасности, и другими функциями.

- Ространснадзор (Федеральная служба по надзору в сфере транспорта) контролирует соблюдение требований в области транспортной безопасности, включая вопросы, связанные с перевозками и эксплуатацией транспортных средств.

- Росавтодор (Федеральное дорожное агентство) занимается управлением автомобильными дорогами федерального значения, их эксплуатацией и развитием, что косвенно влияет на безопасность дорожного движения через поддержание качества дорожной

инфраструктуры.

Министерство здравоохранения РФ участвует в медицинском обеспечении безопасности дорожного движения, включая разработку нормативных актов и методических рекомендаций. Например, в 2002 году Минздравом РФ и Минтрансом РФ были утверждены Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств». Хотя документ фокусируется на медицинских осмотрах водителей, он напрямую связан с профилактикой ДТП. Рекомендации устанавливают порядок проведения предрейсовых осмотров, цель которых – выявление у водителей признаков заболеваний, опьянения, утомления и других состояний, которые могут угрожать безопасности дорожного движения. При обнаружении таких признаков водитель отстраняется от работы, а медицинский работник проводит контроль трезвости с клиническим обследованием и лабораторной диагностикой. В документе подробно описаны процедуры осмотра, критерии отстранения от работы и требования к медицинским работникам

Роль медицинских учреждений в обеспечении безопасности дорожного движения заключается в реализации комплекса мероприятий, направленных на профилактику ДТП и оказание помощи при их совершении. Анализ современной отечественной и зарубежной практики повышения безопасности дорожного движения, в частности, предупреждения управления ТС в состоянии опьянения, свидетельствует о необходимости психологических программ профилактики для водителей. Без проработки социально-психологических причин нарушения ДТП (стресс, зависимость, ложные убеждения о личной неуязвимости и другие причины) внешний контроль и санкции дают временный эффект. Штрафы и лишения прав не меняют глубинные установки: например, после возвращения водительского удостоверения до 40% водителей снова садятся за руль в нетрезвом виде. Эксперты отмечают необходимость законодательного закрепления медико-психологического сопровождения как условия повторного допуска к управлению ТС, так как оно является научно обоснованным инструментом снижения аварийности. Медицинская профилактика нарушений ПДД, управления ТС в состоянии опьянения позволяет предотвращать повторные нарушения ПДД, воздействуя на причины, а не симптомы нарушения, формируя устойчивую мотивацию к безопасному вождению.

Своевременное выявление, лечение и реабилитация лиц с наркологическими расстройствами, а также формирование в обществе негативного отношения к вождению в состоянии опьянения, напрямую способствует сохранению жизни и здоровья всех участников дорожного движения. Современные тенденции развития профилактики управления ТС в состоянии опьянения включают: внедрение цифровых систем мониторинга состояния водителей (систем мониторинга поведения водителя, пассивных систем детекции, алкозамков); развитие междисциплинарных подходов в осуществлении профилактики, лечения и реабилитации наркологических расстройств (например, введение автоматизированной системы обмена данными между медицинскими учреждениями и ГАИ МВД с целью оперативного выявления водителей с заболеваниями, несовместимыми с безопасным вождением, и своевременной приостановки действия их водительских прав); интеграцию профилактики аддикций в национальные стратегии безопасности дорожного движения.

1.5.2. Правовые меры как инструмент профилактики ДТП

Законодательство выступает основным инструментом государственного регулирования отношений участников дорожного движения, определяет меры профилактики ДТП, механизмы контроля и ответственности. К основным мерам предупреждения ДТП относятся:

1. Федеральный закон от 10.12.1995 года № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» (статья 23). Закон устанавливает обязательность медицинского обеспечения безопасности дорожного движения.

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 года № 1604. В нём утверждены перечни медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению ТС.

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 года № 1092н «Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации». Этот документ

устанавливает порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей (и кандидатов в водители), а также форму и правила выдачи медицинского заключения (справки) об отсутствии противопоказаний к вождению.

Одним из ключевых документов Минздрава РФ, регулирующих профилактику вождения в состоянии опьянения, является приказ МЗ РФ от 15 июня 2015 года № 343н «Об утверждении порядка организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения». Этот приказ устанавливает правила организации и проведения санитарно-просветительной работы, направленной на формирование у водителей и кандидатов в водители негативного отношения к управлению ТС в состоянии опьянения, а также на профилактику психических расстройств и правонарушений, связанных с этим. Согласно приказу, формы санитарно-просветительной работы, включают:

- Профилактические беседы по вопросам управления ТС в состоянии опьянения. Их проводят врачи-психиатры-наркологи в рамках:
 - обязательного медицинского освидетельствования кандидатов в водители;
 - обязательного медицинского освидетельствования водителей при замене водительского удостоверения, возврате прав после лишения или отбытия наказания;
 - внеочередного освидетельствования при выявлении признаков заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями к управлению транспортом;
 - обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров водителей.
- Выступления, лекции, доклады о рисках употребления алкоголя и других ПАВ без назначения врача, а также о последствиях управления транспортом в состоянии опьянения. Их проводят при обучении водителей (кандидатов в водители) в рамках программ профессионального обучения с привлечением врачей-психиатров-наркологов и медицинских психологов.

- Распространение научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, а также размещение социальной рекламы, направленной на профилактику управления транспортом в состоянии опьянения.

Органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья также организуют такую работу в рамках санитарно-гигиенического просвещения населения.

Выводы

Наркологические расстройства являются одной из основных причин предотвратимой смертности и дорожно-транспортного травматизма. В настоящее время в Российской Федерации разработана и функционирует комплексная система правовых и медицинских мер, направленных на повышение безопасности дорожного движения. Регистрация высокой доли рецидивной преступности среди водителей, ранее лишенных права управления за вождение в нетрезвом виде, наглядно демонстрирует, что традиционные запретительные и административные меры обладают ограниченным превентивным потенциалом, если они не сопряжены с медико-психологической коррекцией. Необходимы совершенствование межведомственного взаимодействия в сфере обеспечения безопасности дорожного движения, усиление санитарно-гигиенической просветительской работы и внедрение программ селективной медико-психологической профилактики среди водителей.

Вопросы



1. Какие основные цели и задачи определены федеральным проектом «Безопасность дорожного движения» к 2030 году?
2. Почему к психическому и соматическому здоровью водителей предъявляются особенные требования?
3. В чем заключается медицинское обеспечение безопасности дорожного движения?
4. Как психоактивные вещества влияют на управление ТС?
5. Какие современные цифровые системы и межведомственные меры внедряются для профилактики дорожно-транспортного травматизма и смертности?

1.6. Научно-теоретические подходы к профилактике наркологических расстройств и патологического влечения



Проблемы, вызванные употреблением ПАВ и заболевания, с ними связанные, остаются значимой задачей общественного здоровья и здравоохранения в России и за рубежом. Доказано, что традиционные, преимущественно информационные и запретительные модели профилактики, демонстрируют низкую эффективность. Поэтому

научное сообщество переходит от поиска «универсального рецепта» к разработке дифференцированных многокомпонентных и теоретически обоснованных стратегий, учитывающих множественную природу формирования аддикций.

В мировой практике профилактики наркологических расстройств сформирован широкий спектр теоретических подходов, которые сместили акцент от запугивания и жесткого контроля к развитию личностных ресурсов и изменению социальной среды

Все многообразие моделей антиаддиктивной профилактики базируется на интеграции медицины, психологии, педагогики и социологии, объясняющих закономерности развития наркологических расстройств, механизмы вовлечения в употребление ПАВ, факторы риска и защиты, а также пути конструирования целевых вмешательств и создания профилактических экосистем.

Рассмотрим основные теоретические подходы к профилактике наркологических расстройств, признанные ведущими российскими и международными экспертами. Эти концепции ориентированы на укрепление индивидуальной и общественной устойчивости к аддиктивным рискам.

Современные теоретические подходы принято разделять на несколько базовых концептуальных блоков: информационные, психологические и социальные подходы; средовые, системные и интегративные подходы; компетентностные подходы и

поведенческие модели; социально-экономические и управленческие подходы.

Информационный подход

Исторически первым направлением в антиаддиктивной профилактике стал информационный подход. В его основе лежит гипотеза о том, что употребление ПАВ - это результат дефицита объективной информации или дисфункционального мышления человека, и люди употребляют наркотики или алкоголь просто потому, что не знают, насколько это смертельно опасно. Главная идея этого подхода состоит в том, что деструктивное поведение можно предотвратить или скорректировать, если изменить ментальную сферу личности: её убеждения, установки, оценки рисков и уровень информированности. Предполагается, что предоставление объективной информации позволяет человеку сделать рациональный, осознанный выбор в пользу сохранения здоровья. Это направление прошло три стадии развития от стратегии запугивания и предоставления объективных знаний до позитивной профилактики, пропагандирующей ценности и преимущества здорового и трезвого образа жизни. Несмотря на то, что информационный подход активно применяется в рамках первичной профилактики для формирования конструктивного информационного поля, он не позволяет достичь долгосрочных результатов. В современной профилактической практике информирование обязательно интегрируют с компетентностным подходом, так как человеку мало дать информацию о вреде, его нужно обучить поведенческим навыкам применения полученной информации в ситуациях реального жизненного выбора.

Психологические подходы

Психологические подходы базируются на поведенческой (бихевиоральной) теории классического и оперантного обусловливания Б.Ф. Скиннера, в рамках которой потребление ПАВ рассматривается как выученное деструктивное поведение. Цель профилактики –разрушение старых условных рефлексов и формирование новых, здоровых паттернов поведения. Методы профилактического воздействия здесь строятся на моделировании правильного поведения, тренингах поощрения здорового образа жизни, системе «жетонного» вознаграждения за отказ от употребления ПАВ.

Когнитивно-поведенческий подход в профилактике зависимого

поведения опирается, прежде всего, на классические модели когнитивной психотерапии А. Бека и А. Эллиса, а также на концепцию копинг-поведения Р. Лазаруса, сформулированную в рамках транзакционной теории стресса и совладания. На сегодня когнитивно-поведенческое направление признано одним из наиболее эффективных и научно доказанных подходов в современной превентологии. В рамках данной парадигмы постулируется, что формирование аддикции обусловлено наличием у индивида дисфункциональных убеждений (например, «Без алкоголя я не смогу расслабиться», «Наркотики делают меня уверенным») и когнитивных искажений. В связи с этим ключевая цель профилактического воздействия заключается в трансформации паттернов мышления, детерминирующих деструктивные поведенческие реакции. Основными методами являются когнитивное переструктурирование (выявление и замена иррациональных установок), обучение распознаванию триггеров, развитие навыков самоанализа и совладания со стрессом (копинг-стратегий). Программы профилактики учат человека осознанно менять когнитивную оценку трудностей и использовать здоровые поведенческие стратегии вместо «бегства» в потребление ПАВ.

Теория когнитивно-поведенческой превенции Г.А. Марлатта относится к психологическому (когнитивно-поведенческому) подходу, а в рамках комплексной уровневой классификации она реализуется на этапе третичной профилактики (профилактики рецидивов) в сочетании с концепцией снижения вреда (Larimer M.E. et al., 1999). Данная теория основывается на представлении о зависимом поведении как о приобретенном (выученном) дезадаптивном поведенческом паттерне, а не как о неизлечимом заболевании. Центральным ее аспектом является классификация факторов (ситуаций), которые могут провоцировать рецидив. В целом эти факторы делятся на две категории: а) непосредственные детерминанты (например, ситуации с высоким риском, навыки совладания, ожидаемые результаты, последствия употребления ПАВ); б) скрытые предшественники (например, дисбалансы образа жизни, влечение к ПАВ). Данный подход фокусируется на обучении человека навыкам совладания со стрессом, распознавания ситуаций высокого риска и триггеров срыва, а также коррекции когнитивных искажений (например, об «уникальной пользе» вещества или действия). Профилактика заключается в распознавании ситуаций высокого

риска, управлении влечением к ПАВ и изменении мыслей об «уникальной пользе» ПАВ или действия.

Гуманистический (феноменологический) подход в превентологии базируется на концепции экзистенциально-гуманистической психологии, в частности, на теории фрустрации базовых потребностей А. Маслоу. Представители данного направления приходят к выводу, что употребление ПАВ выступает следствием глубокого экзистенциального кризиса. Этот кризис блокирует потребность индивида в самоактуализации, приводит к утрате жизненных смыслов и деструктивному неприятию собственного «Я». В данном контексте ПАВ используется субъектом как суррогатный способ достижения удовлетворенности или компенсации внутренней опустошенности. Соответственно, профилактическое воздействие ориентировано на оказание помощи человеку в раскрытии его внутреннего потенциала, формировании чувства самооценности и поиске подлинных ценностно-смысловых ориентиров. В рамках гуманистического подхода активно применяются личностно-ориентированные тренинги, группы встреч, ценностно-смысловое (экзистенциальное) консультирование, а также методы, направленные на развитие безусловного самопринятия.

Психодинамический (психоаналитический) подход восходит к теории психоанализа З. Фрейда и современных психоаналитиков (Ф.Флорес, С.Даулинг, Э. Ханзян). В этом подходе зависимость рассматривается как симптом глубокого внутриличностного конфликта, зафиксированного в бессознательном (часто из-за детских травм). Употребление ПАВ представляют как деструктивный механизм психологической защиты (самолечения) от невыносимой душевной боли, тревоги или депрессии. Одним из главных открытий Э.Ханзяна стал тезис о том, что выбор конкретного вещества никогда не бывает случайным. Пациент интуитивно выбирает то ПАВ, фармакологическое действие которого максимально точно компенсирует его специфический внутренний конфликт и облегчает конкретное страдание (Khantzian E. J., 1997). В профилактическом вмешательстве происходит осознание скрытых внутренних конфликтов и травм, укрепление защитных механизмов Эго. В этом подходе применяются методы психоаналитически ориентированной превентивной терапии, глубинной арт-терапии, а также работа с детскими травмами и эмоциональной депривацией.

Транстеоретическая модель изменения поведения Дж. Прохазки,

К. ДиКлементе, Дж. Норкрасса – наиболее известная модель преодоления привычек и формирования новых моделей поведения (Prochaska J.O., Velicer W.F., 1997, Рассказова Е.И., 2014), где изменение поведения в сфере здоровья и здорового образа жизни является динамическим нелинейным многоэтапным процессом. Центральный постулат транстеоретической модели состоит в том, что эффективность вмешательств детерминирована их соответствием конкретной стадии готовности человека к изменениям. Помимо коррекции деструктивных форм поведения, данная модель активно используется в лечении и реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами для поддержки новых адаптивных паттернов поведения.

В качестве инструмента, обеспечивающего психотерапевтическое сопровождение пациента по стадиям готовности к изменениям, выступает метод мотивационного интервью (МИ) У. Миллера и С. Рольника. МИ базируется на принципах гуманистической психологии К. Роджерса и когнитивно-поведенческого подхода. МИ позволяет клиницисту преодолевать амбивалентность и сопротивление пациента, гибко варьируя техники в зависимости от стадии, на которой он находится. Например, на этапе предразмышления МИ сфокусировано на эмпатии и преодолении сопротивления, а на этапе подготовки – на укреплении автономии и планировании. При этом доказано, что МИ эффективно даже без строгой верификации текущей стадии готовности к изменению поведения (Wilson G.T., Schlam T.R., 2024).

В рамках теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана (2000, 2017) постулируется, что превентивные меры не приносят долгосрочного эффекта при отсутствии у человека внутренней мотивации к изменениям. Внешнее давление (например, в формате декларативных запретов) зачастую лишь провоцирует защитное сопротивление личности. Поэтому целью профилактики является проведение человека по цепочке от стадии «отрицания проблемы» к стадии «готовности к действию» через актуализацию его собственных ценностей. Основными методами профилактического вмешательства являются МИ, экспресс-интервенции, создание условий для осознания несоответствия между текущим деструктивным поведением и долгосрочными жизненными целями.

Социальные подходы

Социальные подходы определяют концептуальный базис профилактики наркологических расстройств через применение модели социальной поддержки Ш. Коэна и Т. Уиллса (1985). В рамках данной парадигмы качественные социальные связи (стабильная семейная среда, просоциальное окружение) рассматриваются в качестве протективного буфера. В основе концепции лежит тезис о том, что приобщение к ПАВ происходит в условиях, когда уровень психосоциального стресса превышает внутренние адаптационные ресурсы индивида, а психоактивное вещество начинает выполнять функцию суррогатного механизма совладания или «самолечения» с целью редукции эмоциональной боли, тревожности и деструктивного чувства одиночества. Наличие эффективной социальной поддержки существенно нивелирует патогенное воздействие стрессогенных факторов. В связи с этим ключевой целью профилактического воздействия выступает формирование вокруг индивида устойчивой и надежной микросоциальной опоры. Создание подобной поддерживающей среды позволяет минимизировать риски развития аддиктивного поведения даже в условиях переживания личностью трудной жизненной ситуации. Модель выделяет эмоциональную, информационную, инструментальную (материальную) и оценочную поддержку (обратную связь), каждая из которых реализуется через развитие социальных сетей поддержки вокруг уязвимого человека и обучению его и близких копинг-стратегиям поиска помощи. К таким стратегиям, например, относятся: обучение подростка, особенно в кризисе, умению просить и принимать помощь; создание безопасных терапевтических пространств для людей со сходными проблемами, закрепление за подростком из группы риска значимого взрослого, обучение членов семьи навыкам активного слушания и эмпатии и др.

Семейно-центрированный подход опирается на теорию семейного взаимодействия Дж. Брук с коллегами. Дж. Брук – одна из ведущих мировых исследователей влияния семьи на формирование аддикции у подростков. Её лонгитюдные исследования доказали, что взаимная привязанность между родителем и ребенком, а также неагрессивный родительский контроль выступают мощнейшими протективными факторами. Профилактические программы на базе этой теории направлены на трансформацию детско-родительских отношений (Brook J.S. et al., 2013; Brook J. S., 2021).

Компетентностные подходы

Теория жизнестойкости (Hardiness) С.Р. Мадди в антиаддиктивной превентологии используется как самостоятельный инструмент развития личностного потенциала. Человек с высоким уровнем жизнестойкости воспринимает стресс не как повод для срыва, а как задачу, которую необходимо решить (Maddi S.R., 2002, 2004).

Модель «Санитарное просвещение на основе навыков» (Skills-Based Health Education / SBHE) признана наиболее экономически и социально эффективным методом первичной профилактики среди детей и молодежи. Модель основывается на клинических исследованиях Г. Ботвина, доказавшего эффективность обучения жизненным навыкам как барьера против аддикций (Botvin G.J., Griffin K.W., 2004, 2015), а также интеграции теории самоэффективности А. Бандуры, теории проблемного поведения Р. Джессора, модели когнитивно-поведенческой превенции.

Санитарное просвещение на основе навыков содержит три компонента: знания (предоставление релевантной научно обоснованной информации); установки (осознание ценности собственного здоровья, развенчание мифов); практические навыки (формирование навыков ассертивного отказа, критического анализа информации, управления эмоциями) (Faggiano F. et al., 2014; MacArthur G. et al., 2018). Современные исследования доказывают высокую эффективность рассматриваемого подхода при профилактике употребления ПАВ, рискованного сексуального поведения, буллинга и др. Данный метод обеспечивает стойкие поведенческие изменения там, где информационно-просветительская модель показала свою неэффективность.

Санитарное просвещение на основе навыков – это подход к созданию или поддержанию здорового образа жизни посредством развития знаний, установок и навыков с использованием активных методов обучения и освоения практических навыков

Модель «Санитарное просвещение на основе навыков» опирается на классификацию психосоциальных навыков, закреплённую в глобальном руководстве ВОЗ «Навыки для здоровья» («Skills for Health»). Данный

документ зафиксировал переход от пассивного информирования о медицинских фактах к формированию психосоциальных компетенций (жизненных навыков) посредством использования интерактивных методов обучения (ролевых игр, групповых дискуссий), позволяющих участникам осваивать адаптивные стратегии поведения. В данной концепции применяется универсальный подход к развитию навыков, способных предотвращать множественные риски одновременно: употребление ПАВ, ранняя сексуальная активность, гэмблинг, насилие, суицидальное поведение и другие девиантные формы поведения. Модель «Навыки для здоровья» систематизирует жизненные навыки в три кластера, каждый из которых связан с конкретными задачами укрепления здоровья (табл.1.12).

Таблица 1.12. Структура навыков здоровья

Кластер навыков	Содержание
Коммуникативные и межличностные	Вербальная и невербальная коммуникация, активное слушание, навыки переговоров и отказа, разрешение конфликтов
Когнитивные навыки принятия решений	Критическое мышление, анализ информации, оценка рисков и последствий, решение проблем, творческое решение
Навыки саморегуляции и совладания	Управление эмоциями и стрессом, постановка целей, мотивация, развитие устойчивости

Теория социального научения А.Бандуры – один из основных подходов, используемых при разработке профилактических программ. Согласно этой теории, поведенческие паттерны формируются через наблюдение, моделирование и подкрепление. Центральное место в теории занимает концепция самоэффективности – субъективной уверенности человека в собственной способности успешно выполнять определенные задачи, достигать поставленных целей и справляться с трудностями в конкретных ситуациях (Bandura A., 1977, 1991). В контексте антиаддиктивной профилактики формирование устойчивости перед внешним негативным влиянием основывается на:

- опыте индивидуальных достижений;
- опыте наблюдения за референтными моделями, демонстрирующими адаптивные копинг-стратегии без употребления ПАВ;

- конструктивной обратной связи, повышающей уверенность человека в способности контролировать жизненные события и справляться с психоэмоциональным напряжением;

- обучении навыкам асертивного поведения, резистентности, саморегуляции и адаптивным копинг-стратегиям.

Теория проблемного поведения Р. Джессора (1991) объясняет взаимосвязь различных девиантных форм поведения (употребление ПАВ, ранняя сексуальная активность, насилие), детерминированных взаимодействием личностных, социальных и ситуативных факторов, а также обосновывает универсальный подход к развитию навыков, позволяющих предотвращать множественные риски одновременно (развитие просоциальных ценностей, укрепление семейного функционирования, школьная вовлеченность).

Системный подход

Дж. Хокинс и Р. Каталано (1992) – авторы модели социального развития – утверждают, что вероятность развития расстройств зависит от баланса факторов рисков (биологических, психологических, средовых) и защитных факторов (семейная стабильность, высокий интеллект или сформированные компетенции трезвости и здоровья и др.). Данная концепция базируется на экологической системной теории У. Бронфенбреннера, которая рассматривает личность внутри иерархической структуры взаимосвязанных сред: индивидуальной (биологическая предрасположенность, особенности темперамента, психологические дефициты), микросоциальной (внутрисемейные отношения, стили воспитания, влияние сверстников, школьная атмосфера), а также макросоциальной, объединяющей мезо-, экзо- и макросистемы (социально-экономический статус района, доступность ПАВ на рынке, культурные нормы и государственное законодательство). Профилактическое вмешательство в рамках этой модели строится на принципах мультипликативности (кумулятивного эффекта сложения и умножения различных рисков) и динамического равновесия, и направлено на преобразование всей социальной экосистемы и усиление защитных факторов для компенсации неизменяемых деструктивных воздействий.

Системный и экосистемный подходы объединяют воздействие на личность, семью и социум в единый превентивный комплекс (например, в рамках многомерной модели М. Даймонда). Данная деятельность реализуется на трех уровнях профилактических

вмешательств (Diamond M. et al., 2006). Первичная профилактика носит популяционный характер и ориентирована на все население (включая превентивное информирование о рисках аддикций и законодательный запрет на доступ к ним несовершеннолетних). Вторичная профилактика имеет селективную направленность и реализуется в форме целевой работы с лицами, демонстрирующими ранние (субклинические) признаки зависимости, а также с их микросоциальным окружением. Третичная профилактика носит индикативный характер и сфокусирована на противорецидивной поддержке и медицинской реабилитации пациентов, успешно завершивших основной курс лечения.

Концепция устойчивости и защитных факторов Н. Гармези и Э. Мастен переносит фокус с изучения девиаций на развитие психологического иммунитета личности (Garnezy N., 1991; Федунина Н. Ю., 2006). В российскую практику профилактики наркологических расстройств этот фокус перенесен в трудах В.В. Аршиновой (2012, 2023). Автор обосновывает стратегии, направленные, преимущественно, на формирование защитных (протективных) факторов в повседневной жизни индивида, семьи и социума, позволяющих противостоять факторам риска, а не только на снижение вероятности вовлечения в употребление ПАВ. Внутренние ресурсы психологического иммунитета (самооценка, критическое мышление, эмоциональный интеллект) и внешние ресурсы (поддержка семьи, безопасная среда) помогают человеку не прибегать к суррогатным способам регуляции состояния.

Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни Дж. Энгеля основан на идее о том, что состояние здоровья определяется динамическим взаимодействием параметров биологического, психологического и социального уровня (Engel G.L., 1977). Все параметры находятся в состоянии непрерывного реципрокного влияния – изменение на любом одном уровне неизбежно влечет за собой изменение всей системы. Позже биопсихосоциальная модель была дополнена четвертым уровнем – духовным (Сидоров П. И., 2013; Холмогорова А. Б., Рычкова О. В., 2017; Sulmasy D. P., 2002). Духовность постулируется как высший регулятор человеческой психики. Сформированное ценностно-смысловое ядро выступает главным фактором резистентности, «психологическим иммунитетом», позволяющим личности выдерживать воздействие неблагоприятных условий и давление социума. Зависимость в рамках биопсихосоциодуховной парадигмы постулируется не просто как

биологический дефект или дефицит копинг-навыков, а как «болезнь потерянного смысла», где ПАВ выступает суррогатным заполнителем экзистенциального вакуума.

На основе биопсихосоциодуховной модели здоровья создаются комплексные практики, сочетающие медицинское сопровождение, психотерапию и развитие самоэффективности, социальную реинтеграцию и ценностно-ориентированную терапию, а также поиск экзистенциальных опор для здорового и трезвого образа жизни

Системные и интегративные подходы наиболее полно представлены в теориях трезвости. ВОЗ в контексте анализа моделей потребления алкоголя определяет трезвость как «достижение и поддержание индивидом общего контроля и равновесия в жизни» (1996).

В трудах отечественных исследователей данная категория получила глубокое обоснование. Ряд российских ученых рассматривают сознательную трезвость и трезвый образ жизни как фундаментальное биопсихосоциальное состояние личности. При этом в рамках психо-лого-педагогических и социокультурных подходов дефиниция «трезвости» традиционно дополняется понятием «трезвения» – осознанного духовного бодрствования и ментального самоконтроля. Академик РАМН Ф.Г. Углов утверждал, что единственным научно обоснованным направлением противоалкогольного воспитания детей и молодёжи является воспитание в духе трезвости: «Духовное воспитание молодежи невозможно без трезвости. Но сама трезвость возможна прежде всего при ее высоком духовном уровне. Вот почему нравственное воспитание благородства и патриотизма должно обязательно сочетаться с воспитанием трезвости и полным отказом от любых видов наркотиков» (2015). В борьбе за трезвость народа интеллигенция должна быть в авангарде, прежде всего личным примером. Врач, учитель, писатель, актер, любой руководитель учреждения должны быть образцом, примером для других прежде всего в вопросах морали, нравственности и, следовательно, в вопросах потребления алкоголя (Углов Ф.Г., 1995, 2015).

К.Г. Башарин определил трезвость как «закон жизни человека в состоянии полной свободы от алкоголя, табака, наркотиков запрограммированности и фактических отравлений». Исследователь

впервые рассмотрел процесс «развития природной трезвости» и ввел в научный оборот ряд дефиниций, раскрывающих сущность трезвого образа жизни: «трезвость – это ясное четкое отражение головным мозгом окружающей действительности»; «трезвый образ жизни – это единственно разумное состояние человека, семьи, народов, государств, человечества» (Башарин К.Г., 2011). Протоирей Игорь Бачинин (2018, 2021) определяет трезвость как нравственную ценность и христианскую добродетель, позволяющую человеку различать добро и зло, сохранять себя в свободе и радости, проявляющуюся через воздержание, здравомыслие и трезвение. В.В. Аршинова в своих работах пришла к заключению, что «трезвость – это устойчивые внутренние и внешние состояния человека, собранные в единую систему реагирования для преодоления трудностей и личностных кризисов, как индивидуально, так и в семье, группе и обществе. Внешне трезвость выражается в состояниях спокойствия и уверенности, внутренне трезвость проявляется в умиротворении и готовности познавать мир и действовать осознанно» (2020).

Трезвость определяется как структурированная система личностного реагирования, обеспечивающая преодоление кризисов на индивидуальном и социальном уровнях через внешнюю уверенность и внутреннюю осознанность (Larimer M.E. et al., 1999). Данное определение соответствует принципам ресурсного подхода в психологии, где трезвость выступает активным механизмом адаптации.

Г.А. Шичко считал, что: «Трезвость – это нормальная, не отравляемая «алкогольными напитками» жизнь отдельного человека, группы людей, общества или народа» (1984). Автор рассматривает зависимость как социально-психологическую запрограммированность (Шичко Г.А., 1984; Дроздов И. В., 2012). По его мнению, аддикция начинается задолго до первого приема вещества. Зависимость рождается в сознании под влиянием социума, и лишь затем переходит на уровень физиологии: Программа → Установка → Привычка → Потребность → Влечение. Разрыв этой цепи осуществляется через поведенческие практики, центральной из которых является ведение дневника самоанализа строго перед сном. Написание текста задействует моторную память, зрение и мышление (вторую сигнальную систему), что позволяет перепрограммировать подсознательные поведенческие автоматизмы на новые установки: сознательную трезвость. Метод Шичко наиболее эффективно реализуется на уровне вторичной (селективной и индикативной) и третичной профилактики. Данный

подход позволяет лицам со сформированной психической зависимостью полностью деструктурировать аддиктивные паттерны поведения без применения методов суггестивной психотерапии, а также без использования медикаментозных способов пролонгированной сенсibiliзирующей или аверсивной терапии алкогольной зависимости. Методологические принципы Г. А. Шичко (в частности, акцент на деконструкции навязанных средой ложных проалкогольных и протабачных иллюзий) применимы в программах первичной профилактики. Данный подход позволяет заложить прочный фундамент антиаддиктивных убеждений до того, как в структуре личности подростка закрепятся деструктивные социальные установки и устойчивые поведенческие стереотипы.

Концепция капитала трезвости Р. Гранфилда, В. Клауда – это современный социологический подход к реабилитации, в котором сохранение трезвости зависит от объема и качества ресурсов (капитала выздоровления) человека (Granfield R., Cloud W., 1999; Bunasiu A., Bliuc A.M., 2024). Авторы определили этот капитал как совокупность всех внутренних и внешних ресурсов, которые человек может задействовать, чтобы прекратить зависимость и поддерживать трезвый образ жизни. Профилактическое вмешательство, направленное на увеличение капитала трезвости, включает развитие внутренних психологических ресурсов человека, его навыков преодоления стресса, самосознания, а также укрепление физического здоровья. Социальный капитал строится на трезвых взаимоотношениях с семьей, друзьями и окружением, а также доступе к неформальным группам взаимопомощи или официальным центрам лечения. Физический капитал состоит из материальных и финансовых активов (например, наличие жилья, работы, средств к существованию). Культурный капитал объединяет ценности, верования и нормы поведения, одобряющие трезвость.

Теория устойчивого развития личности В.В. Аршиновой – современный системный интегративный подход к развитию и формированию «природной трезвости», а также влиянию факторов риска на «уязвимую трезвость», и дальнейшей поддержки «восстановленной трезвости» после опыта зависимости в системе социальной реинтеграции (В.В. Аршинова, 2020). Теория рассматривает профилактику не просто как отказ от ПАВ, а как создание безопасной образовательной и социальной микросреды (экосистемы). Она объединяет в единую систему ценности трезвого

образа жизни человека и группы: саморегуляцию эмоциональных состояний, психологическую устойчивость, социальную безопасность и духовно-нравственное развитие.

Профилактические вмешательства направлены на повышение защитных ресурсов здоровья и трезвости, создание системы медико-социальной поддержки, направленной на формирование устойчивости личности к внутренним и внешним факторам риска, трудностям и жизненным кризисам

Социально-экономические и управленческие подходы

В международной практике социально-экономические и управленческие подходы традиционно объединяются дефиницией «средовая профилактика» (*environmental prevention*). Данное макросоциальное направление антиаддиктивной превентологии смещает фокус с индивидуально-психологических особенностей личности на трансформацию внешних условий жизнедеятельности, правового поля и макроэкономической среды.

Базовая концепция средового подхода постулирует, что наиболее эффективным способом защиты социума от наркологических и поведенческих расстройств является создание условий, при которых употребление ПАВ или вовлечение в гемблинг становится экономически невыгодным, физически труднодоступным и социально неодобряемым на общегосударственном или региональном уровнях. Теоретический фундамент модели базируется на принципах системного управления, макросоциологии и поведенческой экономики аддиктивных благ (алкогольной, табачной и никотинсодержащей продукции, контролируемых наркотических анальгетиков, а также сферы азартных игр).

Структура средовой профилактики включает несколько ключевых векторов, стержневым из которых выступает поведенческая макроэкономика. Она консолидирует:

- агрессивную акцизную и налоговую политику государства;
- механизмы установления жесткой минимальной розничной цены (МРЦ);
- экономическое субсидирование и стимулирование здоровых альтернатив.

Инвестиционная выгода (экономическая эффективность) в профилактике употребления ПАВ является важным аргументом для государственного планирования, ведения бизнеса и создания страховых фондов. Международные финансовые исследования ВОЗ доказывают, что профилактика экономически выгоднее, чем лечение, реабилитация и ликвидация последствий зависимости. В сфере поведенческой экономики этот показатель рассчитывается через коэффициенты ROI, где рассматривается соотношение сокращения прямых расходов государства (на медицинскую помощь, МВД, пенитенциарную систему ФСИН, социальные выплаты, связанные с последствиями употребления аддиктивных благ) и экономическому приросту (сохранение человеческого капитала, рост производительности труда). Крупные мировые компании активно инвестируют в программы профилактики ПАВ на рабочем месте. Это приводит к снижению производственного травматизма и экономии на текучести кадров. Главная сложность инвестиций в профилактику – это отложенный экономический эффект, который возникает через 5-10 лет.

Управленческие и регуляторные подходы направлены на создание административных, пространственных и временных ограничений и барьеров для приобретения ПАВ по месту, времени розничной продажи и возрасту приобретателя аддиктивных благ. Концепция снижения вреда, как управленческая стратегия, признает, что полностью искоренить употребление ПАВ в обществе за короткий срок невозможно, но можно минимизировать экономический и социальный ущерб от него.

Профилактика патологического влечения (лудомании)

Медицинский подход к профилактике и лечению патологического влечения к азартным играм рассматривает игровую зависимость (лудоманию) как хроническое расстройство поведения, относящееся к категории расстройств привычек и влечений (код по МКБ-10: F63). При сформированной лудомании контроль игрового поведения затруднен или невозможен, поэтому необходим полный отказ от азартных игр. Профилактическая работа проводится с ближайшим окружением пациента для восстановления доверия, изменения деструктивных паттернов общения и выработки семейных мер контроля. Программы самоисключения позволяют игрокам добровольно подать заявление казино или букмекерским конторам на

запрет посещения игорных заведений или блокировку онлайн-аккаунта на определенный срок.

Когнитивно-поведенческий подход в профилактике лудомании – золотой стандарт профилактического вмешательства, который основан на идее, что лудомания поддерживается ошибочными убеждениями о шансах на выигрыш, нехваткой навыков решения жизненных проблем и неправильным реагированием на стресс (Э. Берн, Р. Ка-стер, Р. Ладусёр, В.В. Козлов). Азартные игры и психологические механизмы проигрыша Э. Берн подробно описал через концепцию «игр на всю жизнь», где базовой является игра «Должник» (в некоторых переводах — «Банкрот»). Лудомания, по Э. Берну (2025), заключается не в поиске выигрыша, а в бессознательном стремлении к проигрышу, чтобы запустить сценарий самобичевания или ухода от взрослой ответственности. Американский психиатр Р. Кастер первым добился официального признания лудомании психическим расстройством и включения её в классификатор DSM-III (1980 г.). Он выделил классические три стадии развития игровой зависимости (стадия выигрышей, стадия проигрышей, стадия отчаяния) (Custer R.L., 1984). Когнитивно-поведенческая модель канадского профессора Р. Ладусёра (R. Ladouceur) базируется на деконструкции когнитивных искажений («ошибок мышления») игрока, ключевыми из которых выступают «иллюзия контроля» и «ошибка игрока» (феномен «догона» или ложная вера в неизбежность выигрыша после серии проигрышей) (Ladouceur, R. 1998; Ladouceur R. et al., 2003). В свою очередь, в отечественной науке В.В. Козлов рассматривает лудоманию как комплексную биопсихосоциальную аддикцию. Особое внимание автор уделяет адаптации и валидации международных диагностических опросников для верификации скрытых фаз патологического гемблинга, особенно в подростковой среде (Козлов В. В., Карпов А. А., 2014).

В системе профилактики игровой зависимости приоритетное значение имеет обучение участников навыкам самоконтроля, распознавания триггерных ситуаций, а также развитию деструктивных когнитивных и поведенческих паттернов. Комплексный превентивный подход предполагает формирование у индивида навыков стресс-менеджмента и эффективного управления личными финансами, наряду с деконструкцией «иллюзии контроля» над генерацией случайных чисел. Профилактическое вмешательство направлено на осознание и коррекцию иррациональных установок личности, связанных с финансовыми рисками, а также на развитие устойчивых

адаптивных стратегий контроля над деструктивными поведенческими импульсами.

Социально-педагогический и средовой подходы к профилактике лудомании сфокусированы на анализе влияния социума, микросреды семьи и степени доступности игорного бизнеса. Методологическую основу данной превентивной модели составляют отечественные теории девиантного поведения и социализации (Ю.А. Клейберг, Я.И. Гишинский, М.В. Бредихина). Практическая работа с социальной средой предполагает законодательное ограничение рекламы азартных игр и жесткое регулирование доступа к ним. Превентивное просвещение в образовательных организациях включает информирование обучающихся и их законных представителей о реальных математических шансах на выигрыш, а также о системных деструктивных последствиях лудомании (финансовом крахе, разрушении интерперсональных связей). В рамках индивидуально-психологического вектора у подростков развивают копинг-стратегии для преодоления стресса, навыки разрешения проблемных ситуаций и эмоциональной само-регуляции без использования деструктивного ухода от реальности. Важнейшим условием эффективности превенции выступает организация досуговой альтернативы (вовлечение в спорт, творчество и волонтерство), вытесняющей азартные игры как источник ярких эмоций и адреналина.

1.6.1. Отечественные теоретические подходы к возникновению зависимости: профилактический аспект

Ученые из России и СССР внесли огромный вклад в понимание природы алкоголизма, наркомании и токсикомании. В отличие от западных моделей, которые долгое время балансировали между «моральной слабостью» и чисто биологической болезнью, отечественная наука традиционно рассматривала зависимость комплексно - как патологическую систему, разрушающую и тело, и личность. Эти подходы и теории также использовались в профилактике зависимости.

Отечественная наркологическая и психологическая школа рассматривает зависимость как системное биопсихосоциальное расстройство. Применение классических теорий И.Н. Пятницкой, Б.С. Братуся, И.П. Анохиной и В.Б. Альтшулера позволяет выстроить многоуровневую систему профилактики, направленную не просто на запрет ПАВ, а на устранение коренных причин болезни.

Концепция синдрома патологического влечения И.Н. Пятницкой. И.Н. Пятницкая – основоположник советской клинической наркологии – систематизировала стадии развития химических зависимостей. Ключевым стержнем любой зависимости является синдром патологического влечения. И.Н. Пятницкая доказала, что влечение к веществу проходит путь от психического (желание изменить состояние) до физического (когда вещество встраивается в обмен веществ). Она детально описала три стадии наркомании и алкоголизма, которые до сих пор используются в клинической практике. Разделение наркологических заболеваний по стадиям течения болезненного процесса позволило сформулировать дифференцированный подход к профилактике.

Теория патогенетического влечения В.Б. Альтшулера. В рамках теории патогенетического влечения В.Б. Альтшулер обосновал, что ведущим синдромом наркологических заболеваний выступает патологическое влечение к ПАВ, имеющее эндогенную природу. Данный синдром способен обостряться спонтанно, вне зависимости от наличия внешних триггеров и провоцирующих факторов, выступая ключевым предиктором психической декомпенсации пациента.

Интеграция концепции патогенетических механизмов патологического влечения В.Б. Альтшулера в программы вторичной и третичной профилактики ориентирована прежде всего на реализацию психообразовательного компонента. Проведение профильного обучения на ранних этапах формирования зависимости позволяет пациентам своевременно распознавать скрытые, маскированные проявления влечения (такие как идеаторные расстройства, дисфория, нарушения сна, беспричинная тревога). Кроме того, данный теоретический подход способствует развитию навыков контроля над триггерами, формированию у пациентов паттернов самоконтроля и когнитивных «стоп-сигналов» при первых признаках актуализации влечения к веществу. Важным результатом внедрения указанной модели является дестигматизация заболевания: актуализация влечения начинает интерпретироваться индивидом не как проявление «слабости воли», а как клинический симптом хронического процесса, требующий немедленного профилактического вмешательства.

Психологическая концепция личностной деструкции Б.С.Братуся. Выдающийся советский и российский психолог Б.С.Братусь исследовал, как алкоголь разрушает саму структуру человеческой личности. При этом он считал, что алкоголизм – это болезнь смысловой сферы личности. Б.С. Братусь описал, как, по мере

развития зависимости, происходит «сужение смыслов». Сначала алкоголь помогает человеку общаться или снимать стресс. Со временем высшие личностные ценности (семья, творчество, карьера) обесцениваются, а единственным смыслом существования становится само вещество. Происходит деградация личности до примитивного, биологического состояния.

Реализация принципов смыслоцентрированной педагогики позволяет ориентировать первичную профилактику не на запугивание несовершеннолетних опасными последствиями употребления ПАВ, а на формирование зрелой ценностно-смысловой сферы личности (просоциальных целей, ответственности, альтруизма). Данный подход способствует развитию критического мышления посредством оказания помощи представителям групп риска в осознании индивидуальных жизненных ориентиров, что препятствует замещению подлинных ценностей иллюзорными суррогатами в виде опьянения. В процессах реабилитации и третичной профилактики (предотвращения рецидивов) смыслоцентрированный подход выступает базисом для экзистенциальной реструктуризации и полного перепроектирования жизненного пути индивида. Этот этап предполагает самостоятельный поиск человеком новых ответов на фундаментальные вопро-сы: «Зачем я живу?» и «Ради чего мне сохранять трезвость?»

Нейрохимическая концепция «дефицита дофамина» И.П. Анохиной. Академик РАН И.П.Анохина дала фундаментальное биологическое объяснение зависимости на уровне мозга. Она пришла к пониманию, что в основе любой зависимости лежит нарушение работы катехоламиновой (в первую очередь, дофаминовой) системы мозга. И.П. Анохина доказала, что регулярный прием алкоголя или наркотиков истощает естественные запасы дофамина. В результате мозг перестает вырабатывать его в нужных количествах самостоятельно. Без вещества человек испытывает тяжелейший психофизический дефицит (ангедонию, тревогу), что и заставляет его непрерывно искать дозу. Она также обосновала генетическую предрасположенность к этому дефициту.

Во вторичной профилактической работе скрининг целевых групп риска позволяет своевременно идентифицировать пациентов с латентным дефицитом дофаминергической передачи (проявляющимся в виде синдрома дефицита удовлетворения, СДВГ или врожденной ангедонии). Механизм естественной стимуляции ориентирован на обучение лиц из группы риска альтернативным,

безопасным способам выработки дофамина. К числу таких видов активности относятся регулярные занятия спортом, научное и художественное творчество, практика краткосрочных целей, а также иные формы конструктивной альтернативной деятельности. Соответствующая фармакологическая поддержка позволяет проводить своевременное медицинское лечение депрессивных и астенических состояний для предотвращения обращения к деструктивным способам «самолечения» при помощи алкоголя, иных ПАВ или азартных игр.

Концепция патологической системы Г.Н.Крыжановского. Академик Г.Н.Крыжановский (1997, 2002) создал общую патофизиологическую концепцию, которую активно применяют в наркологии. Зависимость рассматривается как генератор патологически усиленного возбуждения в мозге. Под воздействием ПАВ в центральной нервной системе формируется устойчивая группа нейронов – патологическая система (ПС), которая подчиняет себе все остальное поведение человека. Мозг начинает работать против самого себя: эта система «требуется» наркотик, блокируя логику, инстинкт самосохранения и социальные нормы.

Включение концепции патологической системы Г.Н.Крыжановского кардинально меняет подход к профилактике. Если другие авторы описывают компоненты зависимости (биохимию, влечение, деградацию смыслов), то академик Г.Н.Крыжановский объясняет динамику болезни как саморегулирующийся процесс.

Интеграция патофизиологической теории Г.Н. Крыжановского в контекст антиаддиктивной профилактики позволяет описать механизмы формирования зависимостей через призму концепции патологических систем (ПС) и определить дифференцированные векторы профилактического вмешательства на разных стадиях аддиктивного процесса:

- первично-вторичная профилактика (этап до формирования ПС). На данной стадии ключевой задачей является предотвращение детерминации и манифестации самого генератора патологически усиленного возбуждения. Принцип «раннего гашения» генератора предписывает рассматривать любое эпизодическое употребление ПАВ, особенно в подростковом возрасте, как потенциальное ядро будущей ПС. Превентивное воздействие здесь базируется на механизме немедленного переключения внимания (когнитивного перенаправления). Одновременно с этим блокирование триггеров

позволяет исключить деструктивное информационное поле (рекламу, девиантные микро-социальные группы), подпитывающее потенциальный доминантный очаг в коре головного мозга;

- вторичная профилактика и предотвращение срывов (этап стабилизации ПС). На стадии, когда аддиктивная система уже сформирована, она приобретает свойство автономности и начинает активировать гомеостатические механизмы самозащиты. Клинически это проявляется через запуск деструктивных психологических защит: анозогнозии (тотального отрицания болезни), рационализации употребления и когнитивного искажения фактов. Профилактика рецидивов в рамках данной модели направлена на деструктуризацию внутренних связей ПС и разрыв патологических ассоциаций. Если в структуре ПС жестко детерминирована цепь «Стресс → Воспоминание о ПАВ → Употребление», то профилактическое вмешательство должно искусственно разорвать этот рефлекторный контур, внедрив адаптивное звено: «Стресс → Релаксация → Спорт».

Дестабилизация и разрушение ПС достигаются путем изменения макро- и микросреды индивида. Смена круга общения и минимизация контакта с триггерами лишают ПС внешнего информационного и социального подкрепления, что неизбежно ведет к ее постепенному угасанию и регрессу.

В итоге, обобщая теории отечественных ученых, можно констатировать, что система лечения и профилактики наркологических расстройств представляет собой завершенный многоуровневый контур – от молекулярного уровня до системной динамики (табл. 1.13).

Таблица 1.13. Основные отечественные подходы к профилактике

Автор теории	Подход	Как применяется в профилактике
И. П. Анохина	Биохимический (Дофамин)	Первичная, Вторичная, Третичная Биологический скрининг, восполнение дефицита удовлетворения здоровыми способами.
В. Б. Альшuler	Симптоматический (Влечение)	Вторичная Мониторинг предвестников обострения патологического влечения, техники самоконтроля.

И. Н. Пятницкая	Клинический (Стадии)	Первично-вторичная, Вторичная Дифференциация программ (информирование → интервенция → лечение) по этапам развития аддикции.
Г. Н. Крыжанов- ский	Системно- динамический (Патологическая система)	Вторичная, Третичная Разрыв деструктивных нейронных и поведенческих связей. Прину- дительное формирование мощной «Антисистемы» (трезвой доми- нанты).
Г. А. Шичко	Социально- психологический (Информационный)	Первичная, Вторичная, Третичная Искажение сознания ложными социальными программами («за- программированность») еще до первого употребления. Декон- струкция мифов СМИ, ведение дневников перед сном для пере- программирования подсознания на трезвость.
Б. С. Братусь	Личностно- смысловой (Ценности)	Первичная, Вторичная, Третичная Смыслотерапия, духовное разви- тие, замещение ценностей ПАВ высшими человеческими смысла- ми.

1.6.2. Распределение моделей и видов профилактики

В настоящее время ВОЗ официально принимает и использует классификацию превентивных мероприятий, выделяя первичную, вторичную и третичную профилактику наркологических расстройств (табл. 1.14). Более того, именно ВОЗ в XX веке сделала эту классификацию базовым стандартом для всей мировой системы общественного здравоохранения, включая антиаддиктивную превентологию.

Таблица 1.14. Классификация превентивных мероприятий

Критерий	Первичная	Вторичная	Третичная
Статус Человека	Здоров (нет опыта употребления ПАВ)	Экспериментирует / Группа риска	Болен (есть зависи- мость)

Главный вектор	Развитие ресурсов и иммунитета	Раннее выявление и стоп-сигнал	Лечение, реабилитация и удержание трезвости
Инвестиционная выгода (ROI)	Самая высокая (в среднем 1:7) по популяции	Высокая (около 1:10 для точечных групп)	Направлена на снижение текущих потерь бюджета

Однако в отношении этой терминологии в современной практике ВОЗ есть важное разделение на традиционный (клинический) и современный (популяционный) подходы. В официальных медицинских классификациях, руководствах для врачей-наркологов и системах учета ВОЗ концепция разделения профилактики на первичную, вторичную, третичную сохраняет статус фундаментального стандарта. Данная классификация признана незаменимой, когда превентивные мероприятия дифференцируются в зависимости от клинического статуса человека: здоров → эпизодически употребляет ПАВ → имеет хроническую зависимость.

Концепция универсальной, селективной и индикативной профилактики – это современная международная классификация уровней превентивной работы, принятая ВОЗ и Управлением ООН по наркотикам и преступности (УПН ООН). Необходимость пересмотра классической триады («первичная-вторичная-третичная профилактика») возникла при проектировании и финансировании масштабных социальных программ. Разработчики превентивных стратегий в сфере антиаддиктивной профилактики столкнулись с методологической неопределенностью традиционного подхода при распределении ресурсов. Например, «первичная профилактика» в традиционном понимании должна охватывать и благополучного школьника, и беспризорного подростка, так как оба они еще не имеют диагноза «наркомания». Но методы работы с ними требуют абсолютно разных ресурсов. В связи с этим в современных Международных стандартах профилактики ВОЗ / ООН фокус смещен на модель «универсальная – селективная – индикативная» (табл. 1.14).

Таблица 1.14. Сводная таблица уровней профилактической работы

Уровни	Охват	Фокус
Универсальная	Все группы населения	Развитие психологического иммунитета и трезвости
Селективная	Уязвимые группы	Компенсация внешних рисков
Индикативная	Конкретный потребитель / нарушитель	Экстренное торможение девиации

Эта модель, первоначально предложенная Р. Гордоном в 1980-х годах для медицины, пришла на смену классической триаде «первичная–вторичная–третичная». Данный подход позволяет более точно выбирать формы и методы работы в зависимости от степени риска для конкретной целевой группы (Gordon R.S., Jr, 1983, 1987; Flora K. A, 2022). В современной методологии ВОЗ первичный уровень профилактики разделен на универсальный (ориентированный на все население) и селективный (направленный на уязвимые группы). Вторичный уровень, наряду с селективным подходом, стал включать в себя индикативную профилактику, ориентированную на лиц с первыми симптомами девиации. Меры, ранее относившиеся к третичной профилактике (такие как работа с лицами, восстановившими трезвость, и предотвращение рецидивов), в современных стратегических документах ВОЗ вынесены в самостоятельные разделы: «реабилитация» и «снижение вреда» (harm reduction) (рис. 1.7).



Рисунок 1.7. Три уровня профилактики наркологических расстройств

Данное разграничение обусловлено тем, что медицинские и социальные интервенции на этом этапе направлены не на предотвращение развития заболевания, а на предупреждение его осложнений и минимизацию негативных последствий.

В России традиционно выделяют три вида профилактики

наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм: первичную, вторичную, третичную (Медицинская профилактика..., 2015; Сирота Н. А., Ялтонский В.М., 2004; Полякова О. Б., 2023). Первичная профилактика, направленная на предотвращение начала употребления ПАВ лицами, ранее их не употреблявшими. Она включает в себя образовательные программы, санитарно-гигиеническое просвещение, направленное на предупреждение распространения употребления ПАВ, поддержку ЗОЖ среди различных групп населения, а также медико-генетическое консультирование, семейное и профилактическое консультирование. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление и вмешательство для лиц с высоким риском развития зависимости или уже употребляющих ПАВ. Ее содержание составляют скрининги и раннее выявление пагубного употребления ПАВ, дифференцированные профилактические программы, ориентированные на формирование психологической устойчивости и навыков здоровья среди различных групп риска развития наркологических расстройств, краткосрочные интервенции, формирование мотивации на обращение за помощью, направление на лечение. Третичная профилактика реализуется среди лиц со сформированной зависимостью от ПАВ или патологическим влечением к азартным играм с целью предупреждения дальнейшего развития заболевания, уменьшения вредных последствий зависимости, предотвращения рецидивов и срывов. В процессе медико-социальной реабилитации и ресоциализации пациента мерами третичной профилактики являются послелечебное сопровождение, поддерживающие группы, социальная реабилитация.

В таблице 1.15 представлено соотношение теоретических подходов и моделей профилактических вмешательств и уровнем профилактики: первичным, вторичным и третичным.

Таблица 1.15. Распределение теории и инструментов по уровням профилактики наркологических расстройств

Первичная профилактика	
Теории и профилактические модели	Инструменты
Когнитивная теория стресса А. Бека и А. Эллиса Концепция копинг-поведения Р. Лазаруса Концепция фрустрации базовых потребностей А. Маслоу Теория конгруэнтности и развития Я-концепции К. Роджерса Теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана Модель социальной поддержки Ш. Козна и Т. Уиллса Теория семейного взаимодействия Дж. С. Брук Теория жизнестойкости (Hardiness) С. Мадди Модель санитарного просвещения на основе навыков Модель «Навыки для здоровья» Теория социального научения А. Бандуры Теория проблемного поведения Р. Джессора Концепция риска и протективных факторов Экологическая системная теория У. Бронфенбреннера Концепция устойчивости и защитных факторов Н. Гармези и Э. Мастен Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни Дж. Ангеля Теория трезвости Г.А. Шичко Теория устойчивого развития личности В.В. Аршиновой Модель информирования Концепциях системного управления	Школьные программы (развитие жизненных навыков, формирование анти-аддиктивных компетенций) Формирование навыков совладания Просветительская работа Социально-экономические меры (запрет рекламы, ограничение продажи ПАВ по времени и месту) Информационные кампании (продвижение ценностей здорового образа жизни).

Модели средовой профилактики Инвестиционная выгода (экономическая эффективность) Социально-педагогический и средовой подход к лудомании	
Вторичная профилактика	
Теории и профилактические модели	Инструменты
Концепция копинг-поведения Р. Лазаруса Теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана Теория жизнестойкости (Hardiness) С. Мадди Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни Дж. Энгеля Теория трезвости Г.А. Шичко Концепциях системного управления Модели средовой профилактики Теория классического и оперантного обусловливания Б. Ф. Скиннера Теория когнитивно-поведенческой превенции Г. Алана Марлатта Теория психоанализа З. Фрейда Гипотеза самолечения Э. Ханзян Транстеоретическая модель изменения поведения Дж. Прохазки, К. Ди-Клементе, Дж. Норкрасса Модель мотивационного интервью У. Миллера и С. Рольника. Модель когнитивного реструктурирования Концепция снижения вреда Когнитивно-поведенческий подход к лудомании Социально-педагогический и средовой подход к лудомании	Скрининги и тестирование (социально-психологическое тестирование в школах/вузах, медицинские экспресс-тесты). Краткосрочные интервенции (мотивационное интервьюирование). Мотивационное консультирование Психокоррекция (работа в группах с психологом, разрушение ложных «программ» употребления). Организация досуговой альтернативы (спортивные секции, творчество). Программы самоисключения

Третичная профилактика	
Теории и профилактические модели	Инструменты
Концепция копинг-поведения Р. Лазаруса Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни Джорджа Энгеля Теория трезвости Г.А. Шичко Концепциях системного управления Теория классического и оперантного обусловливания Б. Ф. Скиннера Теория когнитивно-поведенческой превенции Г. Алана Марлатта Теория психоанализа З. Фрейда Гипотеза самолечения Э. Ханзяна Транстеоретическая модель изменения поведения Дж. Прохазки, К. Дикленте, Дж. Норкресси Модель когнитивного реструктурирования Концепция снижения вреда Концепция капитала трезвости Р. Гранфилда, В. Клауда Биопсихосоциальный подход к профилактике лудомании Когнитивно-поведенческий подход к лудомании	Психотерапия рецидивов (когнитивно-поведенческая превенция срывов). Социальная реинтеграция (клубы трезвости, посещение групп «Анонимные Наркоманы / Алкоголики / Игроманы», программы трудоустройства). Стратегии снижения вреда (медицинское сопровождение для снижения риска заражения ВИЧ и гепатитами). Обучение контролю над импульсами. Организация досуговой альтернативы (спортивные секции, творчество). Программы самоисключения

Выводы

Теоретико-методологическая основа современной антиаддиктивной профилактики имеет комплексный, мультидисциплинарный характер, объединяя достижения медицины, психологии, педагогики и социологии. В отечественной и зарубежной практике применяются многочисленные модели профилактики употребления ПАВ и лудомании, адаптированных для различных групп населения. Эффективная профилактика сегодня – это всегда синтез разных научных концепций и лучших практик для решения конкретных профилактических задач на основе интеграции фундаментальных научных теорий в единую систему защиты личности. Объединяет их ориентация на позитивное развитие и обучение навыкам, укрепляющим устойчивость личности перед негативными факторами. При этом многоаспектность теоретических подходов требуют от создателей и исполнителей антиаддиктивных профилактических программ и мероприятий строго дифференцированного выбора моделей с учетом специфики целевых групп и конкретных социокультурных условий.

Вопросы



1. В чем заключается принципиальное различие целей профилактического воздействия в рамках теории оператного обучения Б.Ф. Скиннера и когнитивно-поведенческого подхода А. Бека и А. Эллиса?
2. Каковы принципиальные отличия первичной, вторичной и третичной профилактики аддиктивного поведения?
3. Почему внешнее давление в профилактике неэффективно, и на чем должны строиться методы профилактического вмешательства для успешного изменения поведения человека?
4. Благодаря чему модель «Навыки для здоровья» способна одновременно предотвращать множество деструктивных рисков (от употребления ПАВ до суицидального поведения)?
5. На каких элементах, согласно теории социального научения А. Бандуры, основывается формирование устойчивости человека перед внешним негативным влиянием?

1.7. Стандартизация профилактики аддикций

В международной и российской практике профилактики употребления ПАВ и участия в азартных играх по-прежнему остается актуальной проблема стандартизации этой деятельности.

ВОЗ совместно с УНП ООН разработали научно обоснованный свод рекомендаций «Международные стандарты профилактики употребления наркотиков» (второе издание, 2018 г.) (далее – Стандарты). В Стандартах отражен глобальный консенсус относительно эффективных стратегий предупреждения употребления ПАВ среди различных групп населения.

Стандарты базируются на шести фундаментальных принципах:

1. Личностно-ориентированный подход. Стратегии профилактики должны учитывать сложное взаимодействие индивидуальных и средовых факторов риска вовлечения в потребление ПАВ и создаваться в соответствии с особенностями целевой аудитории, в частности, в соответствии с возрастными этапами развития (от перинатального периода до зрелого возраста), а также с учетом готовности к изменениям.

2. Укрепление защитных факторов. Работа, направленная на снижение рисков, должна быть дополнена мерами по повышению устойчивости за счет развития психологической устойчивости (резильентности), укрепления позитивных семейных отношений, поддерживающих социальных сетей и развития жизненных навыков.

3. Научно обоснованные вмешательства. Все рекомендуемые стратегии подкреплены строгими научными оценками, полученными в ходе рандомизированных контролируемых испытаний.

4. Отказ от неэффективных методов. Стандарты ясно предупреждают о недопустимости применения подходов, не имеющих эмпирического подтверждения, таких как обучение, основанное на запугивании и морализаторстве, или ориентированное только на информирование. Неэффективны также однократные мероприятия, а также унифицированные программы, не адаптированные к социокультурным особенностям аудитории.

5. Экономическая эффективность. Научно обоснованная профилактика демонстрирует высокую окупаемость затрат: каждый доллар, вложенный в профилактику, может сэкономить до десяти долларов в будущем за счет снижения затрат на здравоохранение, социальную поддержку и систему уголовного правосудия.

6. Многоуровневая реализация. Профилактическое вмешательство должно осуществляться на нескольких уровнях: индивидуальном, семейном, школьном, общественном и политическом с вовлечением всех заинтересованных сторон на основе межведомственного взаимодействия.

Виды профилактики зависимостей

ВОЗ использует классификацию уровней профилактики, релевантную для расстройств поведения:

- универсальная профилактика направлена на генеральную совокупность (население в целом или крупные социальные группы), где каждый индивид рассматривается как субъект со среднестатистическим риском вовлечения в употребление ПАВ. Основная цель – предотвращение или отсрочка начала употребления ПАВ путем формирования и укрепления у всех профилактируемых лиц ресурсов, необходимых для сохранения здоровья и противостояния негативным влияниям внешней среды;

- селективная профилактика направлена на подгруппы населения с повышенным риском формирования наркологических расстройств (дети родителей, злоупотребляющих ПАВ, подростки, пережившие тяжелую травму или насилие, взрослые, столкнувшиеся с негативными последствиями в результате употребления ПАВ и др.). Для снижения влияния факторов риска и усиления защитных факторов у уязвимых групп применяются тренинги стрессоустойчивости, родительской компетентности, семейная психотерапия, метод наставничества, программы просоциальной альтернативной занятости и др.;

- индикативная профилактика реализуется среди лиц с признаками проблемного употребления ПАВ, но клинический диагноз «зависимость» еще не сформирован. Доказательным методом индикативной превенции является мотивационное интервью (МИ) в сочетании с краткосрочными интервенциями. Основной формат работы – индивидуальные сессии или малые гомогенные группы.

Американская модель антиаддиктивной профилактики характеризуется централизованным методологическим контролем при децентрализованной грантовой системе финансирования. В её основе лежит строго верифицированный научный подход, базирующийся на единых государственных превентивных

стандартах. Разработка и экспертиза профилактических программ координируются профильными правительственными ведомствами. Ведущую роль в научно-методическом обеспечении играют Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками (NIDA) и Управление по лечению алкоголизма и наркомании (SAMHSA), выступающие главными операторами распределения федеральных грантов. Особое место в системе занимает Управление по борьбе с наркотиками (Drug Enforcement Administration), подведомственное Министерству юстиции США. Помимо выполнения прямых силовых функций по пресечению незаконного оборота ПАВ, данное ведомство реализует масштабные информационно-образовательные кампании правовой и антинаркотической направленности для подростков. Все превентивные стандарты и индикаторы эффективности формируются на основе долгосрочных эмпирических исследований причин развития аддикций. Масштабные профилактические и реабилитационные стратегии реализуются при активном участии крупных общественных коалиций и всемирного сообщества взаимопомощи «Анонимные алкоголики» (АА), объединяющего людей, которые делятся своим опытом для преодоления алкогольной, наркотической, игровой и других видов зависимости.

Европейский подход сфокусирован на концепциях «снижения вреда», экологической профилактике (изменении среды обитания) и защите прав человека. Системой профилактики наркологических заболеваний управляют наднациональные и государственные структуры. Центральный орган ЕС собирает данные среди НКО, осуществляет раннее оповещение о новых ПАВ и внедряет Европейский учебный план по профилактике, а национальные министерства здравоохранения адаптируют общеевропейские директивы под местное законодательство. Также привлекаются многочисленные укрупненные НКО, которые финансируются государством.

В Англии после реформ государственного управления ключевую роль в профилактике наркологических расстройств играет местное самоуправление при жестком надзоре центральных ведомств Министерства здравоохранения и социального обеспечения, которое определяет общую стратегию снижения спроса на ПАВ. Государственная структура координирует программы общественного здоровья, включая борьбу с алкоголизмом и наркоманией на муниципальном уровне. Министерство внутренних дел координирует

правоохранительный блок и национальную антинаркотическую стратегию. Некоммерческий сектор, участвующий в профилактической работе, финансируется государством.

Китайская модель отличается строгой централизацией с акцентом на административный контроль, жесткое наказание и принудительную реабилитацию в сочетании с массовой идеологической работой. Национальная комиссия по контролю над наркотиками является высшим государственным органом под управлением Министерства общественной безопасности КНР, полностью координирующим борьбу с ПАВ и профилактические кампании. Министерство юстиции КНР управляет системой принудительной изоляции и центрами реабилитации для наркозависимых. Министерство образования КНР реализует обязательную цифровую платформу антинаркотического просвещения для школьников (проект «6.27»). Самостоятельных, независимых от государства НКО в Китае практически нет. Функцию общественной профилактики выполняют государственные общественные организации.

Япония исторически удерживает один из самых низких уровней наркотизации в мире благодаря культуре жесткого общественного порицания (стигматизации) девиантного поведения и политике «нулевой толерантности». При этом страна активно борется с патологической зависимостью от азартных и компьютерных игр. К государственным структурам, регулирующим профилактическую деятельность, в первую очередь относят Министерство здравоохранения, труда и благосостояния, которое регулирует оборот медицинских препаратов, организует психологическую помощь и утверждает национальные планы по борьбе с ПАВ и игроманией. Национальное полицейское агентство реализует правоохранительные функции, направленные на пресечение незаконного хранения, транспортировки и распространения ПАВ. Штаб-квартира по продвижению мер против наркомании – специализированный межведомственный координационный орган, функционирующий непосредственно при Кабинете министров Японии для синхронизации усилий всех министерств и ведомств. Некоммерческий сектор представлен Японским советом по проблемам игровой зависимости, помогающий «комбатантам гэмблинга» и их семьям, а также Центрами реабилитации зависимых – важнейшей сети негосударственных реабилитационных центров, созданной самими бывшими зависимыми по модели «12 шагов».

В России Стандарты ВОЗ, которые носят рекомендательный характер, адаптируются отечественными исследователями и организаторами антиаддиктивной профилактики с учетом социокультурных особенностей российской аудитории. Отличительной чертой отечественной профилактики употребления ПАВ и патологического влечения к азартным играм является выраженная ее межведомственная и правовая направленность. Профилактика употребления ПАВ и патологических зависимостей реализуется в рамках комплексной межведомственной работы. Она координируется государственными структурами и проводится при поддержке образовательных, медицинских, спортивных учреждений, а также профильных НКО, правоохранительных органов.

Министерство здравоохранения РФ отвечает за медицинскую профилактику, мониторинг, раннюю диагностику, лечение и реабилитацию болезней зависимости. На федеральном и региональных уровнях действуют профильные медучреждения. Министерство просвещения РФ и Минобрнауки РФ осуществляют первичную и вторичную педагогическую профилактику. Проводят обязательное ежегодное социально-психологическое тестирование (СПТ) в школах, колледжах и вузах, а также в рамках воспитательной работы организуют и проводят антиалкогольные, антитабачные и антинаркотические мероприятия. Комиссии по делам несовершеннолетних (КДНиЗП) занимаются профилактикой безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, выявлением неблагополучных семей и организацией индивидуальной профилактической работы с подростками из «группы риска». Минспорт и Росмолодежь реализуют программы первичной профилактики через вовлечение молодежи в спорт, творчество и волонтерские движения. Правоохранительные органы пресекают незаконную деятельность в сфере оборота аддиктивных благ, проводят профилактику правонарушений в указанной сфере, организуют и проводят профилактические мероприятия по повышению правовой грамотности среди населения.

В межведомственной профилактической работе приоритет отдается раннему выявлению незаконного потребления НС и ПВ, дифференциации профилактического вмешательства и интеграции усилий специалистов в сфере медицины, психологии, социальной помощи и правоприменительной практики.

Общественные и благотворительные организации в России

дополняют государственные меры за счет более гибких подходов, адресной помощи и развития института равного консультирования. В структуре данного сектора выделяются: реабилитационные центры и терапевтические сообщества, предоставляющие комплексные услуги по психологической и социальной адаптации лиц с зависимостями; благотворительные фонды, реализующие программы минимизации медико-социальных последствий наркомании (например, проекты по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков); добровольческие (волонтерские) движения, ориентированные на первичную превенцию и популяризацию здорового образа жизни; религиозные организации традиционных конфессий, обеспечивающие функционирование социальных приютов, а также оказывающие духовно-нравственную и психологическую поддержку нуждающимся.

В России стандартизация профилактической деятельности строится на строгой межведомственной регламентации, единых научно обоснованных подходах и сквозном мониторинге. Процесс направлен на то, чтобы исключить субъективный подход на основе единых критериев защиты граждан (особенно молодежи) от химических видов зависимости и поведенческих аддикций.

В настоящее время в Российской Федерации разработан и утвержден «Межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности» (утвержден Решением ГАК от 19.12.2024 г.). Стандарт разработан в целях научно-методического сопровождения реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года. В частности, он интегрирует оценку состояния и эффективности превентивной работы в общую систему показателей мониторинга наркоситуации. Основная научно-практическая цель данного Стандарта заключается в преодолении ведомственной разобщенности, минимизации субъективных подходов и формировании единого профилактического пространства на территории Российской Федерации. Согласно Стандарту ГАК, вся целевая аудитория сегментирована по возрастным и социальным признакам на восемь категорий объектов (целевых групп): обучающиеся младшего школьного и подросткового возраста; молодежь (студенты); трудовые коллективы родители/опекуны несовершеннолетних; военнослужащие по призыву и по контракту; лица, находящиеся в местах ограничения или лишения свободы. Параллельно каждая целевая группа соотносится с трехуровневой

шкалой риска, которая определяет глубину потенциального или реального деструктивного поведения: уровень А (универсальный) - нормативный уровень социализации без признаков аддиктивного поведения; уровень Б (селективный) – наличие поведенческих паттернов девиации, психо-логической уязвимости, пребывание в неблагоприятной социальной среде (по результатам СПТ); уровень В (индикативный) – наличие начальных клинических/поведенческих симптомов аддикции (эпизодическое употребление ПАВ, участие в гемблинге), либо реабилитация после лечения. Для каждой целевой группы Стандарт ГАК регламентирует четыре компонента: диагностический блок; целеполагание и задачи; общие превентивные рекомендации и ожидаемые результаты. Важной инновацией нормативного документа является введение жестких ограничений на содержательный контент профилактических мероприятий. Стандарт ГАК накладывает прямой запрет на использование следующих деструктивных приёмов в антинаркотической работе:

- использование эмоционально-негативного содержания, элементов запугивания (например, страшные картины последствий, к кото-рым приводит употребление НС и ПВ);
- демонстрация атрибутов, связанных с зависимым поведением и угрозой для жизни (иглы, кровь и т. д.);
- демонстрация атрибутики криминальных субкультур;
- использование нецензурной лексики, слов и фраз, унижающих человеческое достоинство, нравоучительных и менторских призывов с частицей «не»;
- преувеличение негативных последствий тех или иных действий, связанных с отклоняющимся поведением, предоставление ложной информации;
- изображение или описание жестокости, физического или психического насилия;
- изображение и детальное описание различных видов НС и ПВ;
- изображение и детальное описание преступлений, а также действий, связанных с преступной деятельностью (приготовление к преступлению, сокрытие следов, орудий и средств преступления, сокрытие и реализация предметов, добытых преступным путем, и т. п.);
- демонстрация работы распространителей НС и ПВ;
- имитация потребления НС и ПВ, принятие обучающимися ролей правонарушителей в упражнениях;
- изложение в безапелляционной форме, необоснованные

обобщения;

- использование неуточненной статистики;
- использование провокационной риторики.

Недопустимой мерой профилактики является привлечение к участию в антинаркотических программах бывших потребителей НС и ПВ для рассказов о своем личном опыте. Профилактическое вмешательство, согласно Стандарту, реализуется через интеграцию общего (средового), дифференцированного (демографического) и персонализированного (личностно-ориентированного) подходов.

В основе Стандарта ГАК лежит методология универсальной профилактики, предполагающая создание единого превентивного пространства. Интегрированные в него мероприятия охватывают всю совокупность профилактируемых лиц и реализуются по двум направлениям: а) снижение факторов риска вовлечения в наркотизацию; б) развитие защитных факторов, способствующих сохранению и укреплению психического, физического и социального благополучия широких слоев населения. Разработка и осуществление мероприятий по медицинской профилактике наркомании проводятся в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере оборота НС и ПВ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

В образовательной среде координацию превентивной деятельности осуществляют Минпросвещения России и Минобрнауки России. Единую архитектуру превентивной работы определяет Концепция профилактики употребления ПАВ в образовательной среде (2021). В нее включены модули не только по наркомании и алкоголизму, но и по нехимическим зависимостям, включая компьютерную игроманию и увлечение азартными играми. В образовательных организациях проводится СПТ в формате обязательного ежегодного единого инструмента раннего выявления рисков незаконного потребления наркотиков обучающимися школ, колледжей и вузов. Единая стандартизированная методика СПТ позволяет выявить у учащегося склонность к девиантному поведению и уровень риска вовлечения в наркотизацию. По результатам СПТ принимаются меры по оптимизации антинаркотической работы в учебных классах/группах или образовательной организации.

В соответствии со Стандартом ВОЗ профилактическое вмешательство реализуется в соответствии с возрастными и

социокультурными особенностями целевых групп, характерных для них факторов риска и факторов защиты, классифицируемых в рамках общего, дифференцированного и персонализированного подходов.

По классификации общего подхода факторы риска и защиты различают по области их возникновения и распространения:

- медико-биологические (биофизиологические, биохимические, генетические);
- индивидуально-психологические;
- микросоциальные (семейные, близкое окружение, родственники, друзья, коллеги).
- макросоциальные (семейный социальный статус, доход семьи, доступность образования и медицинской помощи, непосредственный район проживания, профилактическая ситуация и ситуация наркотизации в учреждении, районе, городе, стране и т.д.).

Классификация дифференцированного подхода позволяет определить группы факторов риска и защиты по возрасту и полу (табл. 1.16):

- Группа профилактируемых лиц «женщины и плод»;
- Группа профилактируемых лиц «семья с детьми ясельного возраста 0-3 лет»;
- Группа профилактируемых лиц «семья с детьми дошкольного (детсадовского) возраста 4-6 лет»;
- Группа профилактируемых лиц «семья с детьми-младшими школьниками 7-11 лет»;
- Группа профилактируемых лиц «семья с детьми средней и старшей школы в возрасте 12-17 лет» и группа «подростки 12-17 лет», подгруппы: «мальчики-подростки 12-17 лет» и «девочки-подростки 12-17 лет»;
- Группа профилактируемых лиц «совершеннолетние 18-19 лет»: подгруппы «юноши 18-19 лет» и «девушки 18-19 лет»;
- Группа профилактируемых лиц «молодежь 20-34 года», подгруппы: «молодые мужчины 20-34 лет», «молодые женщины 20-34 лет».
- Группа профилактируемых лиц «взрослые 35-64 лет», подгруппы: «взрослые мужчины 35-64 лет», «взрослые женщины 35-59 лет».
- Группа профилактируемых лиц «пожилые люди 60 лет и более (60 плюс)», подгруппы: «пожилые мужчины 65 лет и более», «пожилые женщины 60 лет и более».

Таблица 1.16. Стандартизация профилактических вмешательств в зависимости от возраста и пола профилактируемых лиц по периодам жизни человека

Возрастной период	Ведущие факторы вреда здоровью и жизни населения	Стратегические цели профилактического вмешательства	Основные целевые группы профилактируемых
Беременные женщины и плод	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты) во время беременности, ВИЧ, СПИД, разводы, проституция, ранняя и нежелательная беременность,	Полный отказ от потребления ПАВ в период беременности и за год до зачатия	Семья Семейные пары Брачующиеся Родители Воспитанники детских домов малютки Воспитатели
Семья с детьми новорожденными, младенцами, дети в первые три года жизни	Родители: употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты); грудное вскармливание; ВИЧ, СПИД, разводы. Ребенок: беспризорность, безнадзорность.	Полный отказ от потребления ПАВ родителями, особенно матерью в период кормления грудью. Привитие ребенку гигиенических правил как нормы поведения. Формирование устойчивой семьи. Воспитание чувства радости и благодарности.	Семья Родители Воспитанники детских домов малютки Воспитатели

Семья с детьми и дети 4-11 лет	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты), игромания, интернет-зависимость, переедание, рискованное поведение.	Формирование активного отрицания первой пробы ПАВ, формирование гигиенических навыков. Развитие установок на ценность здоровья и правильного питания.	Обучающиеся и воспитанники образовательных организаций (ОО) Учителя и специалисты ОО Родители Семья
Семья с подростками Подростки 12-14 лет	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты), игромания, интернет-зависимость. Возрастная конфликтность, агрессия, травматизм (в том числе на дорогах), терроризм.	Привитие социальных норм. Формирование антинаркотической установки. Формирование конструктивных взаимно полезных социальных коммуникаций	Обучающиеся и воспитанники ОО Учителя и специалисты ОО Родители Семья
Семья с подростками Подростки 15-17 лет	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты), игромания, интернет-зависимость. Апатии, депрессии, фрустрации в возрастных и социогенных психологических кризисах, суициды, беспризорность, травматизм (в том числе на дорогах). Терроризм.	Привитие социальных норм. Формирование духовности и развитие направлений смыслообразования. Увеличение возраста первой пробы ПАВ.	Обучающиеся и воспитанники ОУ Учителя и специалисты ОО Родители Семья

Совершеннолетние 18-19 лет	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты). Переедание - ожирение ВИЧ, проституция, нежелательная беременность, травматизм (в том числе на дорогах). Конфликтность, агрессия. Терроризм	Привитие социальных норм. Формирование устойчивой социальной позиции. Конструктивное взаимодействие со взрослыми. Конструктивная жизнедеятельность. Контроль над потреблением ПАВ.	Лица, достигшие совершеннолетия, вступившие в права взрослого человека Разрешение на потребления ПАВ Лица призывного возраста Студенты колледжей и вузов
Молодежь 20-35 лет	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты). Переедание - ожирение ВИЧ, проституция, нежелательная беременность, травматизм (в том числе на дорогах). Конфликтность, агрессия. Терроризм	Привитие норм сексуального здоровья. Формирование устойчивой семьи. Конструктивное взаимодействие в образовательном коллективе, на рабочем месте. Конструктивная жизнедеятельность. Контроль над потреблением ПАВ. Эффективное взаимодействие. Эффективная жизнедеятельность.	Студенты, Преподаватели, Специалисты учреждений профессионального образования Лица, занятые трудом (работающие)

Взрослые 34-59	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты), Переедание – ожирение; Низкая физическая активность. ВИЧ, СПИД, травматизм (в том числе на дорогах), терроризм. Профессиональное выгорание, агрессия. Тюремные заключения.	Сохранение семьи. Конструктивное взаимодействие в коллективе, на рабочем месте. Эффективная жизнедеятельность, взаимодействие. Контроль над потреблением ПАВ.	Лица, занятые трудом (работающие)
Пожилые люди 60 и старше	Употребление ПАВ (табак, алкоголь, наркотики, токсиканты). Переедание – ожирение, Низкая физическая активность. Угасание когнитивных функций. Травматизм (в том числе на дорогах).	Поддержка здорового долголетия. Социально ориентированная деятельность. Востребованность среди близкого окружения. Контроль над потреблением ПАВ.	Лица, вышедшие на пенсию по возрасту

Классификация персонифицированного подхода позволяет выявить факторы риска и защиты, которые определяют их влияние на индивида или на конкретную возрастную группу профилактируемых лиц:

- генетические факторы (признаки предрасположенности к наркологическим заболеваниям, передающиеся от других поколений родственников);
- психологические факторы (личностные и поведенческие паттерны, ориентированные на возникновение либо противостояние зависимости);
- социальные факторы (семья, близкое окружение, друзья, одноклассники, коллеги), ориентированные на возникновение либо противостояние зависимости);
- культурологические факторы (праздники, традиции взаимодействия, традиции в труде и отдыхе, религиозные обряды, образование, среда обитания), ориентированные на возникновение либо противостояние зависимости.

Выводы

Анализ положений отечественных и международных стандартов показывает, что современная профилактика употребления ПАВ и патологического влечения к азартным играм требует полного отказа от устаревших, неэффективных методов (запугивания, морализаторства и разовых акций) в пользу строго научно обоснованных подходов. Ключевым условием успешной стандартизации этой деятельности как в международной, так и в российской практике является переход к личностно-ориентированным стратегиям. Российская система стандартизации профилактики аддикций структурирована на основе интеграции классических трехуровневых моделей профилактики с классификацией факторов риска, использованием общего, дифференцированного и персонифицированного подходов. Профилактическая работа основывается на принципах системности, комплексности, преемственности и легитимности превентивных мер, реализуемых на всех возрастных этапах жизни человека.

Вопросы



1. Какие профилактические методы являются эффективными и почему?
2. Какие субъекты профилактики осуществляют системную антиалкогольную, антитабачную и антинаркотическую деятельность среди несовершеннолетних?
3. Что является отличительной чертой отечественной модели профилактики употребления наркотических средств?
4. Какие ограничения вносит Межведомственный стандарт антинаркотической профилактической деятельности при осуществлении профилактической работы?
5. На основании каких нормативных правовых актов осуществляется медицинская профилактика потребления ПАВ?

1.8. Управление поведенческими факторами риска для здоровья, связанными с потреблением ПАВ и участием в азартных играх

Стратегии профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм ориентированы на преодоление проблем, связанных с факторами риска для здоровья и трезвости. В их числе принятие мер по ограничению доступности аддиктивных благ (товаров и услуг, вызывающих патологическую зависимость). К ним относятся синтезирование, производство и изготовление НС и ПВ, алкогольсодержащей продукции, электронных сигарет; а также создание цифровых сервисов и платформ, способствующих развитию гемблинга и интернет-зависимости (Скоков Р.Ю. 2020). Экономика аддиктивных благ характеризуется развитием локальных рынков, способностью адаптироваться к кризисным условиям и активным расширением каналов распространения деструктивной продукции с использованием современных цифровых технологий.

Рост оборота аддиктивных благ происходит за счет так называемых институциональных ловушек, где производство и продажа опираются на устойчивые паттерны поведения, выгодные отдельным участникам рынка, но разрушительные для экономики в целом. Современный масштаб аддиктивного сектора усиливает социальные угрозы, порождая негативные проблемы, которые перекладываются с производителя и потребителя на все общество. Это наглядно иллюстрирует устоявшийся спрос, при котором

зависимый человек продолжает покупать товар даже при очевидных негативных последствиях, кратном росте цены, жертвуя своими базовыми потребностями.

Потребление алкоголя, курение, использование электронных систем доставки никотина и тем более незаконное использование НС и ПВ неизбежно влекут за собой экономические потери как для самого индивида, так и для здравоохранения и общества в целом.

ВОЗ заявляет, что масштабы человеческих трагедий и экономического ущерба, связанных с потреблением табака, поражают воображение, особенно с учетом того, что эти последствия можно предупредить. От последствий употребления табака ежегодно умирает более 7 миллионов человек, включая, по оценкам ВОЗ, 1,6 миллиона некурящих, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма. В конечном итоге табак становится причиной смерти почти половины курильщиков, которые не отказываются от этой привычки. Российские компании ежегодно теряют миллиарды рублей из-за перекуров и снижения продуктивности работы курильщиков. Лечение болезней, ассоциированных с табачной зависимостью, ежегодно обходится государству в триллион рублей, что составляет до 13% всего бюджета системы здравоохранения. Данные расходы полностью перекрывают доходы государства от табачных акцизов.

По данным ВОЗ и профильных исследователей, из-за пагубного потребления алкоголя российская экономика теряет до 5% валового внутреннего продукта (ВОЗ, 2024; Столь А.В., 2023; Степаненко Д. А., 2023). Этот ущерб обусловлен как повышенной смертностью и сокращением продолжительности здоровой жизни, так и утратой трудоспособности, снижением производительности труда, затратами на лечение заболеваний, связанных с алкоголем, социальными выплатами от государства, дорожно-транспортными происшествиями на почве нетрезвого поведения водителей и пешеходов, расходами на содержание заключённых и борьбу с преступностью и еще рядом факторов. Эксперты ВОЗ подсчитали, что почти четверть смертей в России так или иначе связана с употреблением алкоголя. Употребление алкоголя является причиной более чем 200 заболеваний, травм и других нарушений здоровья. Однако количественная оценка глобального бремени болезней и травм, вызванных употреблением алкоголя, возможна только по 31 виду нарушений здоровья на основе имеющихся научных данных о влиянии употребления алкоголя на их развитие, распространенность и исходы. Употребление алкоголя ассоциировано с риском развития

неинфекционных заболеваний, таких как болезни печени, сердца и различных видов рака, а также психических и поведенческих состояний, таких как депрессия, тревожность и расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

1.8.1. Уровни управления факторами риска для здоровья: наркологический аспект

Система управления рисками, связанными с потреблением ПАВ, в настоящее время претерпевает системный переход от спонтанной индивидуальной борьбы с зависимостью к научно обоснованному регулированию, где осознанный самоконтроль человека поддерживается экономическими барьерами со стороны государства, обеспечивая в итоге колоссальную социально-экономическую выгоду для всего общества (рис.1.8).

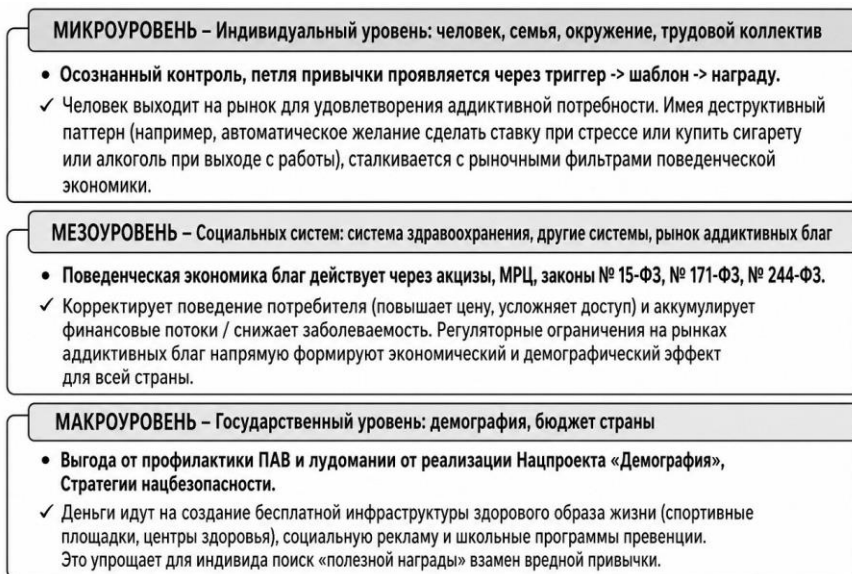


Рисунок 1.8. Уровни управления аддиктивным поведением

Эффективное управление аддиктивным поведением выступает как замкнутая экосистема, которая показывает необходимость одновременного участия человека, системы здравоохранения и государства.

Государственный уровень управления аддиктивным поведением

Правовые отношения, возникающие в сфере оборота алкоголя, табака, наркотических средств, а также регулирования факторов риска лудомании регулируются базовыми стратегическими и нормативно-правовыми актами РФ:

- Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, утверждённая Указом Президента РФ от 23.11.2020 года № 733

- Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»

- Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции»

- Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»

- Федеральный закон от 29.12.2006 № 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр»

- Концепция сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года и дальнейшую перспективу, утв. Распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 г. № 3547-р

- Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 года и дальнейшую перспективу, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.11.2019 № 2732-р.

Данное законодательство направлено на снижение спроса и предложения аддиктивных благ. Государственный контроль за оборотом ПАВ включает ограничение розничной продажи и последовательное повышение акцизов на товары, эффективность которого в снижении спроса научно доказана. Нормативное регулирование в сфере контроля за азартными играми предусматривает жесткое ограничение территориальной и интерактивной доступности азартных игр, запрет их продвижения в медиасреде, а также блокировку нелегального сегмента ставок и

внедрение инструментов самозапрета для минимизации рисков развития лудомании. Действующее законодательство обязывает операторов размещать на сайтах предупреждения об угрозе игровой зависимости, а реклама должна содержать прямое упоминание вреда для здоровья. Дополнительно введен запрет на прием интерактивных ставок с кредитных карт, чтобы исключить лавинообразный рост долгов населения (ФЗ РФ от 29.12.2006 № 244-ФЗ, ФЗ РФ от 29.12.2025 № 575-ФЗ).

Управление аддиктивным поведением на уровне социальных институтов

На мезоуровне регулирования аддиктивного поведения в сфере здравоохранения в последние годы осуществляется переход от преимущественно экстенсивного лечения последствий заболеваний к развитию превентивной медицины и управлению модифицируемыми поведенческими факторами риска. Основные направления данной трансформации отражены в ключевых программных и стратегических документах, таких как Указ Президента Российской Федерации от 08.12.2025 № 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» и национальные проекты: «Продолжительная и активная жизнь» и «Новые технологии сбережения здоровья».

Основными векторами этой трансформации являются:

- переход к предиктивной и превентивной медицине: фокус смещается с терапии на раннее выявление рисков, диагностику и когнитивные технологии;
- развитие технологий активного долголетия, направленных на увеличение периода здоровой и полноценной жизни граждан;
- импортозамещение и биотехнологии открывают возможности для масштабного выпуска отечественных лекарственных препаратов и медицинского оборудования;
- искусственный интеллект в диагностике и автоматизации рутинных процессов;
- развитие телемедицинских технологий.

Управление вредными привычками на уровне оказания медицинской помощи обеспечивает доступ к санитарно-гигиеническим знаниям, скринингу, кратковременным интервенциям и лечению лиц с опасным употреблением ПАВ и расстройствами, связанными с их употреблением, включает:

- лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия наркологической службы, направленные на терапию синдрома зависимости;
- профилактическое консультирование (краткое, а также углубленное индивидуальное и групповое);
- скрининг, осуществляемый в рамках ПМО отдельных категорий граждан и диспансеризации населения;
- санитарно-гигиеническое просвещение, реализуемое на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

Ярким примером модернизации институтов здравоохранения на мезоуровне является официальное включение лечения патологического влечения к азартным играм (лудомании) в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология». Подобная мера переводит проблему игромании из плоскости индивидуальной проблемы в статус социально значимого заболевания, требующего системного профилактического и медико-социального сопровождения.

Управление аддиктивным поведением на индивидуальном уровне

Управление аддиктивным поведением на индивидуальном уровне представляет собой осознанный процесс контроля, изменения или полного устранения автоматических деструктивных паттернов поведения, негативно влияющих на физическое и психическое здоровье, социальную жизнь и продуктивность человека. В отличие от спонтанной и зачастую безуспешной борьбы с зависимостью, данный подход рассматривает привычку как алгоритм (программу действий), которым можно осознанно руководить.

Нейробиологические и психологические механизмы формирования устойчивых моделей поведения подробно описаны в концепции Ч. Дахигга (Duhigg C., 2022). Автор доказывает, что целенаправленная трансформация элементов так называемой «петли привычки» позволяет эффективно корректировать различные сферы деятельности – от личной продуктивности до корпоративной культуры. В рамках этой теории деструктивный поведенческий цикл рассматривается как неврологический процесс, состоящий из трех базовых компонентов: триггера (знака), шаблона (действия) и награды (рис. 1.9).

Триггер (знак) — это внешний или внутренний фактор, который в виде сигнала запускает автоматический режим цикла (например, стресс, скука, определенное время суток, окружение и др.).

Шаблон (привычное действие) выступает как физическая, умственная или эмоциональная реакция. Именно на этом этапе реализуется деструктивный паттерн: курение, употребление алкоголя, наркотиков, азартная игра.

Награда (поощрение) помогает человеку запомнить «петлю» через физиологическое или эмоциональное удовлетворение, результатом которого является расслабление, дофаминовый всплеск или отвлечение от проблем.

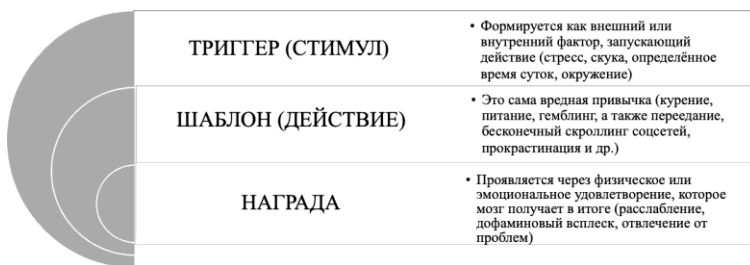


Рисунок 1.9. Три элемента «петли привычки» Ч. Дахигга

Микроуровень управления деструктивными привычками строится на разрушении «петли привычки». Главная стратегия предлагаемого подхода состоит в разрушении петли привычки не борьбой и силой воли, а заменой старых автоматизмов полезными альтернативами и сменой окружающей обстановки. Для этого необходимо овладение эффективными стратегиями самоконтроля:

1) Осознание и фиксация триггеров - предполагает ведение наблюдения для выявления факторов, активирующих автоматическое действие. Важно определить, что именно запускает деструктивную привычку (стресс, скука, определенное время суток или окружение).

2) Модификация шаблона (метод замены). В основе подхода лежит понимание того, что привычку невозможно полностью «стереть» из поведения, но её можно заместить. При сохранении прежнего триггера и награды в цикл внедряется полезное или нейтральное действие, например, выполнение дыхательной гимнастики вместо курения при стрессе.

3) Управление окружающей средой. Метод направлен на усложнение доступа к сигаретам или алкоголю, создание физических

преград для нежелательного поведения. Чтобы исключить соблазны за счет изменения пространства, необходимо убрать из зоны видимости алкоголь и атрибуты курения, а также заблокировать цифровые приложения для азартных игр.

4) Постепенное снижение дозы (декомпозиция цели). Поэтапное уменьшение объемов потребления снижает вероятность срыва, тогда как резкий отказ зачастую приводит к рецидиву. Дробление общей поведенческой цели на небольшие шаги (декомпозиция) позволяет перестроить нейронные связи без жесткого сопротивления психики.

5) Создание новой идентичности. Этот шаг позволяет сместить фокус внимания с ограничительных мер («Мне нельзя этого делать») на новые внутренние ценности («Я человек, который заботится о своем здоровье!»).

Формирование адаптивных поведенческих стратегий входит в задачи профильного медицинского специалиста. Его участие становится критически важным, если самостоятельные попытки пациента не увенчались успехом и клиническая ситуация требует специализированной медицинской помощи для преодоления табачной, алкогольной, наркотической или игровой зависимости.

Эффективное противодействие аддиктивному поведению возможно исключительно при переходе от разрозненных терапевтических практик к системному междисциплинарному регулированию. Совокупный эффект достигается за счет одновременного включения всех трех уровней управления, где жесткие ограничительные макроэкономические барьеры государства поддерживают внутреннюю мотивацию конкретного человека и культуру трезвого поведения на микроуровне, что в совокупности минимизирует макроэкономический ущерб и снижает нагрузку на национальную систему здравоохранения.

1.8.2. Социально-экономический аспект профилактики аддикций

Низкая эффективность самостоятельного отказа от деструктивных паттернов поведения определяет необходимость профессионального медико-социального сопровождения. Экономические аспекты профилактики аддиктивного поведения складываются из прямых и косвенных издержек государства, а также оценки предотвращенного экономического ущерба за счет своевременного внедрения ранних превентивных мер (в стоимостном выражении показателей DALY/

QALY). Экономическую выгоду от профилактики зависимостей ВОЗ определяет через методологию «возврата на инвестиции» (Return on Investment, ROI) (Tordrup D., 2022; Augustovski F, 2018). Ее главная задача - продемонстрировать правительствам стран, что расходы на превентивную медицину являются долгосрочной высокодоходной инвестицией, снижающей глобальное экономическое бремя государств.

Оценка экономического ущерба от аддикций носит комплексный характер и включает следующие показатели:

- прямые медицинские затраты - расходы системы здравоохранения на госпитализацию, реанимацию, терапию зависимостей и лечение сопутствующих заболеваний (онкологических заболеваний, цирроза печени, травм, психических расстройств и др.);
- прямые немедицинские затраты – расходы государственного бюджета на правоохранительные органы, судебную систему, ликвидацию последствий ДТП и содержание пенитенциарной системы;
- косвенные потери (упущенная выгода) – экономический ущерб от снижения производительности труда, прогулов и пропусков работы (абсентеизма), а также преждевременной смертности и инвалидизации трудоспособного населения.

Для измерения инвестиционной пользы превентивных мер ВОЗ конвертирует сохраненное здоровье граждан в две международные универсальные метрики:

1. Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY (Disability-Adjusted Life Years)). Данная модель рассчитывает объем полноценной, здоровой и продуктивной жизни, который общество приобретает благодаря внедрению превентивных ограничений. При расчете коэффициента возврата на инвестиции (ROI) ВОЗ переводит предотвращенные DALY в денежный эквивалент (исходя из их влияния на производительность труда и экономический рост) и сопоставляет полученный результат с затратами.

2. Годы жизни, скорректированные по её качеству (QALY - Quality-Adjusted Life Years). Этот инструмент широко применяется в развитых странах при оценке медицинских технологий, где показатель монетизируется через прирост производительности труда (Blauwet C., 2020). Каждый сохраненный или приобретенный год качественной жизни (QALY) напрямую конвертируется в экономическую активность: от повышения уровня образования детей и успешного

трудоустройства взрослых до снижения затрат на уход со стороны родственников.

В отличие от профилактики зависимости от табака и алкоголя, оценка эффективности профилактики наркомании строится преимущественно на принципах снижения социального бремени. В данном случае основную роль играет расчет минимизации нагрузки на уголовно-исполнительную систему за счет сокращения затрат на содержание лиц, осужденных по статье 228 УК РФ.

Расчет экономической выгоды от профилактики патологического влечения к азартным играм (лудомании) носит более сложный характер, чем в случае с химическими зависимостями. Если алкоголь, табак и НС разрушают организм напрямую, вызывая цирроз, рак, токсическую кардиомиопатию, некрозы, а также гемоконтактные и иные социально значимые инфекционные заболевания, что поддается прямой стоимостной оценке через призму расходов системы здравоохранения, то лудомания воздействует на индивида опосредованно, через социально-экономические потери. Соматические патологии при лудомании развиваются на более поздних этапах и формируются преимущественно на фоне хронического стресса и сопутствующих поведенческих аддикций. Тем не менее, игровая зависимость резко снижает качество жизни человека (показатель QALY) и приводит к преждевременной потере трудоспособности на фоне сопутствующих психосоматических и психических расстройств (показатель DALY). Учитывая, что лудомания сопряжена с высоким риском суицидального поведения и разрушения семей, инвестиции в инструменты цифрового самоограничения обладают сверхвысоким коэффициентом окупаемости (ROI). Они защищают личные финансы граждан без привлечения дорогостоящих стационарных медицинских ресурсов.

При расчёте экономического коэффициента аддиктивного поведения государство учитывает расходы не только на лечение самой зависимости в специализированных наркологических учреждениях. Значительная часть медицинских затрат приходится на лечение и профилактику сопутствующих заболеваний и осложнений. К ним относятся расходы на антиретровирусную терапию для лиц, живущих с ВИЧ, обеспечение лекарственными препаратами пациентов с вирусным гепатитом С, оказание медицинской помощи при инфарктах миокарда, а также проведение хирургических вмешательств, включая ампутации. Существенный косвенный ущерб

экономике и рынку труда наносят снижение качества жизни населения, оцениваемое показателем QALY (Quality-Adjusted Life Years), а также преждевременная инвалидизация и утрата трудоспособности, отражаемые показателем DALY (Disability-Adjusted Life Years).

Главная цифра экономической выгоды профилактики вредных привычек: каждый рубль, вложенный в доказательную антиаддиктивную профилактику, обеспечивает государству десятикратную экономию бюджетных средств в долгосрочной перспективе

Таким образом, антиаддиктивная профилактика – это не только вопрос морали или здоровья, но и строгое математическое уравнение. Выгода здесь рассчитывается как разница между стоимостью внедрения регуляторной меры (например, затрат на маркировку сигарет) и суммой сохраненного ВВП благодаря снижению смертности и заболеваемости населения.

Выводы

С позиции экономики здравоохранения и методологии оценки возврата на инвестиции (ROI), опережающее финансирование концепции «здоровой среды» и превентивное внедрение инструментов цифрового самоограничения признаются стратегически более обоснованными, нежели компенсация колоссальных макроэкономических издержек от потери человеческого капитала на этапе клинического лечения патологических зависимостей.

Управление поведенческими факторами риска, связанными с употреблением алкогольной, табачной продукции и ПАВ, а также с участием в азартных играх, строится на балансе фискального регулирования, строгих законодательных ограничений, социальных и медицинских программ. Данная комплексная превентивная модель уже демонстрирует свою эффективность, выражающуюся в устойчивом снижении объемов продаж алкоголя и табака.

В целом российская система профилактики наркологических расстройств ориентирована как на создание нормативно-правовых и экономических барьеров, так и на развитие инфраструктуры ЗОЖ,

а также на повышение качества и доступности наркологической и иной медико-социальной помощи, которые эффективно защищают жизнь и здоровье населения от деструктивных агентов, обеспечивая максимальный экономический возврат на единицу инвестированных государственных средств.

Вопросы



1. Какие основные нормативно-правовые акты Российской Федерации регулируют отношения, связанные с оборотом наркотиков, алкоголя или табака?
2. Какие элементы включает «петля привычки» Ч. Дахигга?
3. На основании каких показателей оценивается экономический ущерб от аддикций?
4. В чем особенность оценки экономических потерь от наркомании?
5. В чем особенность расчёта экономических потерь от азартных игр?

Список литературы

Абасова А. К., Подлевских Т. С., Петров С. Б. [и др.] Диагностическое значение отдельных признаков фетального алкогольного синдрома плода // Вятский медицинский вестник. – 2020. – №. 2 (66). – С. 47-50.

Агличева И.В., Аршинова В.В. Смыслоразнонаправленные ориентации обучающихся спортивных образовательных учреждений / Научный журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта». 2023 – № 11 (225) – С. 3-7.

Айламазян Э. К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Ж. акуш. жен. болезн. – 1997. –Т. XLVI, Вып. 1. – С. 6–10.

Аршинова В.В. Системная профилактика зависимого поведения // Российский научный журнал. – 2012. – № 6. С. 165-173.

Бачинин И.В., протоиерей. Приходская Школа трезвости: как организовать Общество трезвости и курсы по избавлению от алкогольной зависимости / Консультант В.К. Доронкин. – М., 2018

Башарин К. Г. «Народный университет трезвого здорового образа жизни» на основе работ Николаева М. Е. «Доктрина здорового образа жизни (ЗОЖ), принятая в 2000 году» и «Северная доктрина: к итогам

первой пятилетки якутской доктрины ЗОЖ» // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – Якутск, 2011

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – Москва, 2025. Будовская И. В. Проблемы игровой зависимости в современном обществе // Актуальные проблемы здоровьесбережения в современном обществе. – 2022. – С. 48-51.

Василенко Г.Н. Содержание типовых элементов матрицы межведомственных стандартов антинаркотической профилактической деятельности // Вестник экономической безопасности. – 2024. – №. 1. – С. 34-39.

Головки А. И. Эпидемиологические аспекты в наркологии (обзор литературы) // Medline. ru. Российский биомедицинский журнал. – 2006. – Т. 7. – С. 550-559.

Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В. Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса. часть 2. Критериальная валидность шкал и анализ профилей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – №. 4. – С. 26-34

Дроздов И. В. Геннадий Шичко и его метод: социально-психологическое программирование и депрограммирование. – Санкт-Петербург, 2012

Каскулова Д. З. Изменения состояния зубов при курении // Актуальные вопросы современной науки и практики. – 2020. – С. 322-327 Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор. – М.:

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022 Козлов В. В., Карпов А.А. Психология игровой зависимости. – Саратов. 2014

Колесникова Л. И. Профилактика азартно-игровой аддикции среди российских подростков: педагогическая практика: учебно-практическое пособие. – Владимир, 2024

Комплексная программа лечения и медицинской реабилитации лиц с патологическим влечением к азартным играм в амбулаторных условиях. Методические рекомендации / составители: Масякин А.В., Сазонова А.С., Бузик О.Ж. [и др.] // М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024.

Концевая А. В., Калинина А. М. Затраты системы здравоохранения России, ассоциированные с курением // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 306–312.

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017–2022 годы и дальнейшую перспективу: проект / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, Минздрав России, 2017

Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде на период до 2025 года: утв. Минпросвещения России 15.06.2021 // Официальный сайт Министерства просвещения Российской Федерации. – 2021

Культура здорового образа жизни и практики ЗОЖ Российской Федерации / Авторы-составители И.А. Винер, И.В. Агличева, В.В. Аршинова / Комиссия по физической культуре, спорту и здорового образа жизни; Координационный совет по поддержанию и развитию норм здорового образа жизни у российских граждан при Общественной палате Российской Федерации. – М., 2023

Левицкая Н. Л. Состояние рынка алкогольной продукции России и перспективы его государственного регулирования // Вестник Московского университета имени С.Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. – 2025. – №. 4 (55). – С. 42-52.

Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации / Е. А. Брюн, Т. В. Клименко, Е. А. Кошкина [и др.]; Ассоциация наркологов России. – Москва, 2015

Международный стандарт: ISO/IEC 42001:2023 на официальном сайте ISO. <https://www.iso.org/>

Межведомственный стандарт антinarкотической профилактической деятельности (стандарт ГАК), утверждённый решением Государственного антinarкотического комитета (ГАК) 19 декабря 2024 года (протокол № 55)

Международные стандарты профилактики употребления наркотиков — 2-е изд., обновл. и доп. / Управление ООН по наркотикам и преступности, Всемирная организация здравоохранения. – Вена : УНП ООН, 2018

Мельниченко Г. А. Влияние табакокурения на здоровье и массу тела человека / Г. А. Мельниченко, С. А. Бутрова, А. А. Ларина // Ожирение и метаболизм. – 2010. – Т. 7, № 1. – С. 15–19

Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах : утв. решением Государственного антинаркотического комитета (протокол от 25.06.2021 № 48) (в ред. от 26.12.2022, протокол № 51)

Мониторинг потребления психоактивных веществ в Москве в 2014–2018 годах: аналитический обзор (на основании статистических материалов) / сост.: О. Ж. Бузик, Е. А. Кошкина, В. Ф. Егоров [и др.]; ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». – Москва, 2019

Немцов А. В. Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 2, № 4. – С. 111–135 Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации: аналитический доклад / Экспертно-аналитический центр Федерального проекта «Трезвая Россия». – Москва, 2025

О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. <https://rospotrebnadzor.ru>

Основные тенденции употребления алкоголя в России: экспертно-аналитический доклад / Экспертно-аналитический центр Общественной палаты Российской Федерации, Федеральный проект «Трезвая Россия». – Москва, 2024

Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Здоровье: дайджест [Электронный ресурс – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

Практики субъектов Российской Федерации, направленные на снижение повторных правонарушений на территории региона, за 2021–2022 годы: Отчет по результатам опроса / Общественная палата Российской Федерации ; Координационный совет по поддержанию и развитию норм здорового образа жизни. – М.: ОП РФ, 2024

Презентация к Государственному докладу о состоянии безопасности дорожного движения в Российской Федерации: статистические материалы / Госавтоинспекция МВД России. – Москва: ГАИ, 2025 <https://gosавтоинспекция.рф>

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 / О. М. Драп-кина, А. В. Концевая, А. М. Калинина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 5–118.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в г. Москве в 2012–2021 годах: статистический сборник / сост.: С. Г. Копоров, Е. А. Брюн, О. Ж. Бузик,

Е. А. Кошкина [и др.]. ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». – Москва, 2022

Рассказова Е.И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология – 2014. – № 4. – С. 102-119

Розничные продажи сигарет и папирос на душу населения (тысяч штук): ведомственный показатель / Федеральная служба государственной статистики. – Москва: Росстат, 2025. <https://www.fedstat.ru>

Руководство по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ «Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих»: утв. директором ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России О. М. Драпкиной 28.01.2025: [направлено письмом Минздрава России от 04.02.2025 № 15-6/И/2-1774]

Сидоров П. И. Биопсихосоциодуховная парадигма ментальной медицины // Экология человека. – 2013. – № 7. – С. 40-52

Сирота Н. А., Ялтонский В.М. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. – Москва, 2004

Скоков Р. Ю. Цифровые инструменты государственного регулирования региональных рынков аддитивных товаров // Казанский экономический вестник. – 2020. – №. 1. – С. 94-101

Степаненко Д. А., Гома Т. В., Козлова Н. М. Алкогольная болезнь печени: вопросы этиологии и влияние факторов риска (обзор литературы) // Байкальский медицинский журнал. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 20-29.

Столь А. В. Мотивы трезвого образа жизни и меры по его распространению: итоги социологического исследования // Society and Security Insights. – 2023. –Т. 6. – № 3. – С. 96–116

Современные технологии профилактики зависимого поведения в молодежной среде: коллективная монография. Под ред. В.В. Аршиновой, Е.А. Кошкиной. – М., 2020.

Состояние и деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2021 году: аналитический обзор / В. В. Киржанова, Н. И. Григорова, Е. В. Фадеева [и др.]; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М., 2022

Спица Е. В. Кожные изменения как результат вредной привычки курения. Коррекция состояния кожи : автореф. дис. канд. мед. наук. – Гомель, 2025

Углов Ф.Г. Образ жизни и здоровье. – М., 1995

Углов, Ф. Г. Принципы православия и духовно-нравственное воспитание молодежи / Общественный фонд «Покров». – 2015

Федунина Н. Ю. Понятия устойчивости к травме и посттравматического роста // Консультативная психология и психотерапия. – 2006. – Т. 14. – №. 4. – С.140-154

Халтурина Д. А., Зубкова Т. С. Вклад курения в смертность в России в 2019 году // Демографическое обозрение. – 2021. – Т. 8. – №. 1. – С. 81-105

Холмогорова А. Б., Рычкова О. В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. – 2017. – 8(4). С. 8 – 31

Чадаев В.Е., Козуб Н.И., Мироненко М.В. Мужское бесплодие: современные аспекты // Международный медицинский журнал. – 2007 – 13 (4). С. 79–82

Четырнадцатая общая программа работы, 2025–2028 гг. : резолюция WHA77.1 / Семьдесят седьмая Всемирная ассамблея здравоохранения. –Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2024

Шичко Г. А. Избавление от алкоголизма без лекарств и гипноза (метод гортоновической дезалкоголизации) // Вопросы психологии. 1984. – № 4. – С. 102–109

Шичко Г.А. Маленький словарь трезвенника. – Ленинград 1984 Шпорт С.В., Клименко Т.В., Киржанова В.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2022-2023 годах: Аналитический обзор - М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. – 2025

Augustovski F., Colantonio L.D., Galante J. et al. Measuring the Benefits of Healthcare: DALYs and QALYs - Does the Choice of Measure Matter? A Case Study of Two Preventive Interventions. Int J Health Policy Manag. – 2018 Feb 1;7(2). P.120-136

Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // *Psychological Review*. – 1977. 84(2). – P. 191–215

Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. – 1991. 50(2). – P. 248–287

Blauwet C. et al. The Case for Investing in Assistive Technology: The dramatic economic, health, and social benefits of assisting a billion people to live fulfilling and dignified live (p. 80). ATScale Global Partnership for Assistive Technology // *ATScale Global Partnership for Assistive Technology*. – 2020. – T. 80.

Botvin G.J., & Griffin K.W. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors // *World Journal of Preventive Medicine*. – 2004 – 3(3). P. 48–53

Botvin G.J., Griffin K.W. Life Skills Training: A Competence Enhancement Approach to Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse Prevention. In: *Handbook of Drug Abuse Prevention*. Springer // *Handbook of Adolescent Drug Use Prevention: Research, Intervention Strategies, and Practice*. – 2015

Brook J.S. Risk and protective factors for substance use and abuse / J.S. Brook, D.W. Brook, M. Whiteman // *Handbook of Drug Abuse Prevention*. Cham: Springer. – 2021. – P. 145–162

Brook J.S., Zhang C., Brook D.W. Longitudinal determinants of substance use disorders // *The American Journal on Addictions*. – 2013. – Vol. 22, – No. 6. – P. 570–577

Bunaciu A., Bliuc A.M., Best D., Hennessy E.A. et al. Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: A systematic review // *Addict Res Theory*. – 2024;32(3). P. 225–236

Cai Y, Chen G, Bai P. Global, Regional, and National Burden of Smoking-Related Diseases and Associations with Health Workforce Distribution, 1990–2021: Analysis from the Global Burden of Disease Study 2021 // *Int J Public Health*. – 2025 – Jul 2; –70:1608217

Custer R.L. Profile of the pathological gambler // *The Journal of clinical psychiatry*. – 1984. – V. 45. – No. 12 Pt 2. – P. 35–38

Duhigg C. The Power of Habit: Why we do what we do in life and business. - 2022

Dai X., Gil G.F., Reitsma M.B. et al. Health effects associated with smoking: a Burden of Proof study // *Nat Med*. – 2022. 28. P. 2045–2055

Deci E. L., Ryan R. M. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. – 2000 – 11(4). P. 227–268

Diamond M., Liddle H. A., Hogue C.L., Dakof G.A. Engagement processes in Multidimensional Family Therapy // *Journal of Marital and Family Therapy*. – 2006. – 32(1). – P.117-133

Dutkiewicz K. Poznawczo-behawioralna koncepcja terapii hazardu patologicznego Roberta Ladouceura = Robert Ladouceur's cognitive-behavioural conception of therapy for pathological gamblers // *Psychoterapia*. – 2018. – Vol. 2, No. 185. – P. 47–62

Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*. – 1977. 196(4287). – P. 129-136

Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. Universal school-based prevention for illicit drug use // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2014. – 2014(12):CD003020.

Flora K. A Review of the Prevention of Drug Addiction: Specific Interventions, Effectiveness, and Important Topics // *Addict Health*. – 2022. – Oct;14(4). – P. 288-295

Garmez N. Resilience in children's adaptation to negative life events and deprived environments // *Pediatrics*. – 1991. 88(4). – P. 459-470;

Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 / GBD 2023 Causes of Death Collaborators // *The Lancet*. – 2025. – Vol. 406, No. 10513. – P. 1811–1872 Global Gambling Industry Generates \$536bn in 2023 with 7% Growth Expected in 2024: market report / H2 Gambling Capital. – Dresden: H2GC, 2024. – 5 January

Gordon R.S., Jr.. An operational classification of disease prevention. In J.A. Steinberg, M.M. Silverman (Eds.). *Preventing mental disorders: A research perspective*. – 1987. – P. 20–26.

Gordon R.S., Jr. An operational classification of disease prevention // *Public Health Reports* – 1983. – 98(2). – P. 107–109

Graham I.M., Cooney M.T., Bradley D., et al. European Society of Cardiology Cardiovascular Risk Collaboration. Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE): JACC Focus Seminar 4/8 // *J Am Coll Cardiol*. – 2021;77(24). – P. 3046-57.

Granfield R., Cloud W. *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. – NYU press, 1999

Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*. – 1991. 12(8). P. 597–605

Karaye I.M, Maleki N., Hassan N., Yunusa I. Trends in Alcohol-Related Deaths by Sex in the US, 1999-2020 // JAMA Netw Open. – 2023;6(7). P. e2326346

Khantzian E. J. The self-medication hypothesis of substance uses disorders: A reconsideration and recent applications // Harvard Review of Psychiatry. — 1997. — Vol. 4, No. 5. — P. 231–244.

Kyte S., Song J., Nikolova Y.S., Ruocco A.C. et al. The neural correlates of illness awareness in addiction: a pilot exploratory analysis of preliminary data from the cognitive dysfunction in the addictions (CDiA) research program // Front Neurol. – 2026 Jan 5; 16. P. 1694826.

Ladouceur R. Cognitive treatment of pathological gamblers // Behaviour Research and Therapy. – 1998. – Vol. 36, No. 12. – P. 1111–1119

Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. et al. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach // Behaviour Research and Therapy. – 2003. – Vol. 41, No. 5. – P. 587–596

Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model // Alcohol Res Health. – 1999; 23(2). P. 151-60

Liang S., Kennedy E., Gale N. et.al. Implementation of precision medicine in treating non-communicable diseases: a systematic review // Journal of Translational Medicine. – 2025. 23(1). – Article 1174

MacArthur G., Caldwell D.M., Redmore J. et.al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people // Cochrane Database Syst Rev. – 2018 – Oct 5. – 10(10) – CD009927.

Maddi S.R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice // Consulting Psychology Journal: Practice and Research. – 2002. – Vol. 54, No. 3. – P. 173–185

Maddi S.R. Hardiness: An operationalization of existential courage // Journal of Humanistic Psychology. – 2004. – Vol. 44, No. 3. – P. 279–298

Masten, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development // American Psychologist. – 2001. 56(3). P. 227–238

Pierre-Paul D.A., Rousson V., Locatelli I. On period, cohort and population life expectancy // medRxiv. – 2026. – C. 2026.03. 16.26348495.

Precision health: emerging innovations for children and adolescents. New York: UNICEF; 2024 (accessed 31 January 2026).

Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change // Am J Health Promot. – 1997. Sep-Oct; 12(1). – P. 38-48

Rintoul A., Dwyer J., Millar C., Bugeja L., Nguyen H. Gambling-related

suicide in Victoria, Australia: a population-based cross-sectional study // The Lancet Regional Health – Western Pacific. – 2023 – V.41

Ryan R. M., Deci E. L. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions // Contemporary Educational Psychology. – 2020. – 61, 101860

Safiri S., Nejadghaderi S.A., Abdollahi M. et al. Global, regional, and national burden of cancers attributable to tobacco smoking in 204 countries and territories, 1990-2019 // Cancer Med. – 2022. – Jul;11(13). P. 2662-2678

Strianese O, Rizzo F, Ciccarelli M, Galasso G, D'Agostino Y, Salvati A et al. Precision and personalized medicine: how genomic approach improves the management of cardiovascular and neurodegenerative disease // Genes. – 2020. – July;11(7). – P. 747

Sulmasy, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. The Gerontologist, 2002 – 42 (suppl_3). – P. 24-33

Tordrup D. et al. Global return on investment and cost-effectiveness of WHO's HEAR interventions for hearing loss: a modelling study // The Lancet Global Health. – 2022. – T. 10. – №. 1. – P. e52-e62

Wardle H., Degenhardt L., Ceschia A. et al. The Lancet public health commission on gambling // The Lancet Public Health. – 2024. – T. 9. – №. 11. – P. e950-e994

WHO (2025). World Health Statistics: news report / United Nations Media. – New York: UN. – 2025. – 15 May. <https://media.un.org/>

WHO (2026). Precision medicine: a path towards targeted, personalized and equitable care. (Executive Board Resolution EB158/R2). <https://apps.who.int/>

Wilson G.T., Schlam T.R. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders // Clinical Psychology Review. – 2004. Volume 24. Issue 3. – P.361-378

World Health Organization et al. Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school. – 2003. <https://healtheducationresources.unesco.org/>

World Health Organization. Information Bulletin: Manipulations and marketing strategies of the tobacco and nicotine industry. Geneva: WHO. Funded by the Bill & Melinda Gates Foundation. WHO. – 2025. Licensed under CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://cdn.who.int/>

Zhu S., Gao J., Zhang L., Dong W. et al. Global, regional, and national cardiovascular disease burden attributable to smoking from 1990 to 2021: Findings from the GBD 2021 // Study. Tob Induc Dis. – 2025. – Jan. – P. 31;23

Часть 2

ПРАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Вторая часть учебного пособия посвящена рассмотрению прикладных аспектов превентивной работы в современной наркологии. Здесь представлены технологии санитарно-гигиенического просвещения населения с использованием индивидуальных, групповых и популяционных форм работы, рассмотрены вопросы ранней диагностики наркологических расстройств и патологического влечения. Предложены формы и методы медицинской профилактики с применением мотивационных технологий и семейного консультирования. Описаны механизмы внутриведомственного, межведомственного и межсекторального взаимодействия наркологической службы с медицинскими и немедицинскими организациями, органами исполнительной власти, НКО и др. Раскрываются алгоритмы организации и участия специалистов в ПМО обучающихся, направленных на раннее выявление употребления ПАВ в молодежной среде. Анализируется участие врача-психиатра-нарколога в ПМО и диспансеризации взрослого населения, направленных на профилактику ХНИЗ.

Значительное место во второй части учебного пособия отведено современным технологиям консультирования и инновационным подходам к превентивной работе. Особое внимание уделено методологии индивидуального профилактического консультирования при наркологических заболеваниях и патологическом влечении к азартным играм, а также специфике семейного и мотивационного консультирования, способам повышения комплаентности пациентов. В пособии раскрыт потенциал использования телемедицинских технологий в профилактической практике.

Теоретический материал дополнен уникальными прикладными программами, разработанными ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» и успешно реализуемыми на практике. Среди них — специализированные проекты по профилактике социального сиротства, предотвращению вождения транспортных средств в нетрезвом виде, профилактике табакокурения и употребления алкоголя сотрудниками предприятий, профилактике патологического влечения к азартным играм, а также реабилитации зависимых лиц с применением физической культуры и спорта (на примере регби).

2.1. Санитарно-гигиеническое просвещение

Санитарно-гигиеническое просвещение является неотъемлемым элементом профилактики наркологических расстройств и представляет собой систему мероприятий, направленных на формирование у населения знаний, установок и навыков, способствующих сохранению и укреплению здоровья, предупреждению факторов риска, связанных с потреблением ПАВ, формированию ценностного отношения к здоровью. Его задачи: повышать уровень медицинской грамотности граждан по вопросам трезвости, формировать у них знания и ответственность в сфере наркологической безопасности, а также навыки здоровьесберегающего поведения, отказа от ПАВ. Санитарно-гигиеническое просвещение нормативно закреплено в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» как фундаментальная государственная гарантия и базовая обязанность всей системы здравоохранения, направленная на массовое информирование населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

В соответствии со ст. 14, 16, 17, 33, 54, 79 указанного закона в зону ответственности медицинских организаций входит популяризация ЗОЖ и санитарно-гигиеническое просвещение населения. При этом деятельность в сфере санитарно-гигиенического просвещения должна соответствовать требованиям действующих санитарно-эпидемиологических правил и нормативов (ФЗ от 30.03.1999 № 52), методическим рекомендациям Минздрава РФ и учитывать положения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Так, в рамках второго этапа диспансеризации предусмотрено обязательное консультирование врачом-психиатром-наркологом с разъяснением пациенту выявленных у него в ходе обследования факторов риска

наркологических заболеваний.

В рамках санитарно-гигиенического просвещения наряду с вопросами о правилах здорового питания, вакцинации, основах гигиены труда и отдыха освещаются вопросы отказа от вредных привычек и важности профилактических медицинских осмотров. Научно обоснованная просветительская деятельность позволяет снизить нагрузку на наркологическую службу и другие профильные медицинские организации, сократить количество госпитализаций и случаев хронических болезней, в том числе неинфекционных, а также повысить уровень доверия населения к профилактике наркологических расстройств и системе здравоохранения в целом.

В настоящее время врачи-психиатры-наркологи используют такие традиционные формы санитарной работы с населением как лекции, тренинги, печатные материалы, культурно-массовые просветительские мероприятия (выставки, акции) и другие.

Санитарно-гигиеническое просвещение по вопросам предупреждения наркологических расстройств основывается на принципах системности, легитимности, дифференцированного подхода с учетом поло-возрастных и социально-психологических особенностей целевой аудитории

Эти формы работы дополняются цифровыми технологиями с использованием онлайн-платформ и порталов, мобильных приложений, социальных сетей, онлайн-семинаров и других инструментов. С целью повышения эффективности санитарно-гигиенического просвещения ведется разработка и издание научно-методических материалов для специалистов и информационно-просветительских материалов для населения. В области профилактики наркологических расстройств крайне важно, чтобы все используемые материалы соответствовали достоверным научным данным.

Санитарно-гигиеническое просвещение по вопросам предупреждения наркологических расстройств и патологического влечения осуществляется в рамках первичной, вторичной, третичной профилактики.

Санитарно-гигиеническое просвещение при организации и проведении первичной профилактики ориентировано на условно здоровое население, которое не имеет опыта употребления ПАВ или участия в азартных играх, в первую очередь, на детей, подростков и молодежь, и

направлено на предотвращение вовлечения их в потребление ПАВ и азартные игры, устранение факторов риска наркологических расстройств. Для популяризации научных знаний о здоровье и демонстрации преимуществ трезвого образа жизни врач-психиатр-нарколог применяет индивидуальные, групповые и популяционные формы работы с использованием целевых каналов коммуникации в зависимости от особенностей целевой аудитории. Для детей и молодежи предпочтительны цифровые каналы коммуникации как основной источник информации, для водителей транспортных средств – возможно использование радио, для старшего поколения – телевидение. Санитарно-гигиеническое просвещение на уровне вторичной профилактики проводится среди лиц группы риска, которые уже имеют опыт употребления ПАВ или участия в азартных играх, с целью осуществления своевременного профилактического вмешательства по коррекции модифицируемых поведенческих факторов риска на донологических стадиях формирования патологической зависимости. Важно учитывать, что на данном этапе массовые мероприятия менее эффективны, по сравнению с адресными форматами работы, поэтому врачи-психиатры-наркологи широко используют профилактическое индивидуальное и групповое консультирование, тренинги в малых группах риска, персонализированное предоставление пациентам тематической печатной продукции и рекомендаций цифровых инструментов с целью мотивации к снижению/отказу от употребления ПАВ и азартных игр и/или обращения за специализированной наркологической помощью.

Санитарно-гигиеническое просвещение в рамках третичной профилактики наркологических расстройств интегрировано в лечебно-реабилитационный процесс и направлено на предотвращение срывов, поддержание приверженности лечению, формирование навыков совладающего поведения и самоконтроля, в том числе в отношении сопутствующих патологий (ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С и т.д.) профилактическая работа ведется локально на интерактивных лекциях, в терапевтических группах или на индивидуальных и групповых консультациях, и направлена на обучение новым паттернам поведения в повседневной жизни.

Санитарно-гигиеническое просвещение в контексте профилактики управления ТС в состоянии опьянения является важным направлением медицинского обеспечения безопасности дорожного движения в соответствии с Федеральным законом от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения». Санитарно-гигиеническое

просвещение водителей и кандидатов в водители ТС активно проводит наркологическая служба с целью:

- профилактики управления ТС в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- предупреждения правонарушений, связанных с управлением ТС в состоянии опьянения;
- формирования в обществе негативного отношения к управлению ТС в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- развития приверженности участников дорожного движения к ведению здорового и трезвого образа жизни.

Согласно приказу Минздрава России 15.06.2015 № 343н «Об утверждении порядка организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения», наркологическая служба организует санитарно-просветительскую работу на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях в следующих формах:

1. Профилактические беседы, проводимые врачом-психиатром-наркологом в рамках

- обязательного медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители) в целях определения наличия (отсутствия) у водителей ТС (кандидатов в водители ТС) медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению ТС;
- обязательного медицинского освидетельствования водителей на состояние опьянения;
- периодических медицинских осмотров водителей;
- предрейсовых, послерейсовых и межрейсовых медицинских осмотров;
- предсменных и послесменных медицинских осмотров.

Беседа с врачом-психиатром-наркологом представляет собой структурированное клиническое интервью, направленное на предупреждение управления ТС в состоянии опьянения. Структура беседы содержит несколько этапов: информирование о медико-социальных последствиях злоупотребления ПАВ, способах контроля и отказа от злоупотребления ПАВ, мотивирование на ведение здорового и трезвого образа жизни, обучение навыкам совладающего поведения. На этапе информирования врач сообщает об имеющихся у водителя факторах риска наркологических расстройств, и возможных последствиях,

предоставляет достоверную информацию, основанную на принципах доказательной медицины, дает персонализированный совет. Избегая морализаторства и осуждения, врач акцентирует внимание водителя на влиянии алкоголя и наркотиков на вождение: замедление реакции, сужение поля зрения, ложное чувство уверенности в состоянии даже легкого опьянения. Специалист апеллирует к личным ценностям человека, стимулируя его к осознанному выбору и самостоятельному управлению поведением. Опираясь на данные объективных методов исследования, включающих осмотр, физикальное исследование и данные лабораторных методов исследования, врач-психиатр-нарколог мотивирует на изменение деструктивных форм поведения и ответственное отношения к своему здоровью, предлагая практические альтернативы употреблению алкоголя, других ПАВ. Каждый водитель по итогам беседы делает осознанный выбор трезвого вождения, осознает личную ответственность за безопасность дорожного движения.

2. Образовательные мероприятия санитарно-гигиенической направленности включают:

- тематические выступления, лекции, доклады о рисках употребления алкоголя и наркотических средств;
- разъяснение последствий управления ТС в состоянии опьянения;
- групповые дискуссии с элементами ролевых игр;
- обучение в автошколах с привлечением медицинских специалистов.

3. Информационно-пропагандистская работа санитарно-просветительской направленности реализуется в форме:

- распространения научно-популярной литературы и наглядной агитации (плакатов, листовок, памяток) для участников дорожного движения;
- размещения тематической социальной рекламы в средствах массовой информации;
- проведения оперативно-профилактических мероприятий Госавтоинспекции ГУ МВД с участием специалистов наркологов.

Санитарно-гигиеническое просвещение должно проводиться системно, с максимальным охватом всего населения и интеграцией с другими органами и учреждениями системы профилактики.

Методологические ограничения санитарно-гигиенического просвещения и способы их преодоления

Традиционная модель санитарно-гигиенического просвещения в профилактике наркологических расстройств нередко сталкивается с серьезным кризисом эффективности, обусловленным когнитивными и социальными особенностями восприятия информации. В связи с этим модернизация просветительской работы требует решительного замещения административно-командных лекционных методов научно обоснованными проактивными превентивными стратегиями (Moussaoui L.S., Claxton N. , 2021).

Ключевая ограничительная особенность классического подхода заключается в фундаментальном разрыве между уровнем информированности аудитории и ее реальным поведением (например, люди знают, что курение вредно, но продолжают курить).

Исследования показывают, что до 85% лиц, демонстрирующих аддиктивное поведение, детально осведомлены о негативных медицинских и социальных последствиях своих привычек. Однако наличие знаний не трансформируется автоматически в устойчивый отказ от деструктивных практик.

В таблице 2.1 излагаются основные ограничения санитарно-гигиенического просвещения.

Таблица 2.1. Ограничения санитарно-гигиенического просвещения

Фактор ограничения	Механизм действия	Последствия
Тактика запугивания	Провоцирует психологическое отторжение, агрессию или игнорирование угрозы	Без предоставления четкого алгоритма действий тактика в 70% случаев запускает механизмы психологической защиты (рационализация, вытеснение)

«Эффект бумеранга»	Детальное описание способов употребления ПАВ или демонстрация шокирующих материалов стимулирует нездоровый интерес	Рост уровня экспериментов с ПАВ
Проблема формализма	Проведение лекций «для отчета» из-за дефицита профильных педагогических навыков у медицинского персонала. До 65% врачей первичного звена признают формальный характер ведения просветительской работы (Бакуменко М. А. , 2018)	У аудитории формируется иммунитет к любым будущим профилактическим инициативам, снижается уровень доверия к медицинским специалистам
«Проповедь для верующих»	Добровольные профилактические мероприятия привлекают лиц, уже придерживающихся ЗОЖ	Целевая группа риска полностью игнорирует или целенаправленно избегает подобные мероприятия
Кризис доверия к носителям информации	Падение авторитета бумажной раздаточной продукции в условиях высокого уровня информационного шума	Уровень доверия к печатной продукции, как к самостоятельному источнику информации, критически мал в эпоху доминирования цифровых медиа (ниже 20%) (Chen X., Hay J.L., Waters E.A. et al., 2018)

Для преодоления указанных барьеров и повышения уровня трансформации теоретических знаний в реальные поведенческие изменения разработан комплекс рекомендаций:

1. Внедрение техник мотивационного интервьюирования. Переход от директивных нотаций к партнерскому диалогу позволяет снизить уровень сопротивления аудитории/пациента. Врач-психиатр-нарколог должен полностью исключить критику, фокусируясь на личных ценностях и осознанном выборе пациента. Использование техник мотивационного консультирования вместо стандартных гигиенических лекций повышает приверженность слушателей к модификации образа жизни на 30–40%. Если рекомендации поданы в формате уважительной беседы, лишенной морализаторства, то 78% респондентов заявляют о готовности изменить привычки (Schwenker R., Dietrich C.E. et al., 2023).

2. Использование позитивной профилактики и обучение навыкам. Фокус внимания с описания негативных последствий потребления ПАВ следует переместить на долгосрочные преимущества здорового и трезвого образа жизни. Аудиторию/пациента следует познакомить с конкретными техниками, например, совладания со стрессом, методам контроля качества сна и безопасным способам получения дофамина. Метаанализы подтверждают: развитие самоэффективности пациента и демонстрация четких путей решения проблемы мотивируют к заботе о здоровье сильнее, чем запугивание последствиями потребления ПАВ. Демонстрация рисков и угроз оправдана только в том случае, когда сочетается с повышением личной самоэффективности и предоставлением четкого алгоритма действий (Ruiter R.A. et all., 2014; Witte K., Allen M.A, 2000).

3. Интерактивное вовлечение и адресность. Монолог ведущего следует заменить на интерактивные беседы, кейс-методы, тренинги, симуляционные игры и анонимные квизы. Необходима разработка узкоспециализированных информационных материалов с обязательным учетом специфики целевой группы (например, для подростков, родителей, трудовых коллективов или ветеранов). Для оценки динамики знаний и установок аудитории и эффективности превентивного воздействия рекомендовано проведение двухэтапного анонимного опроса аудитории (до и после проведения мероприятия).

Выводы

Изучение материалов данного раздела позволило освоить фундаментальный практический инструментарий и системно взглянуть на процесс санитарно-гигиенического просвещения, направленного на предотвращение управления транспортными средствами в состоянии опьянения. Освоение теоретических и методических блоков помогло сформировать понимание того, что решение этой острой проблемы невозможно одними лишь карательными мерами, а ключевая роль в снижении рисков на дорогах принадлежит именно научно обоснованной превентивной работе специалистов. Пройденный материал обеспечил системный подход к реализации превентивных мер на всех трех уровнях, включая первичный, для формирования базовой культуры трезвости у широкой популяции, вторичный для целенаправленной работы с группами повышенного риска и третичный для предотвращения рецидивов у лиц, уже имеющих опыт нетрезвого вождения или страдающих зависимостями.

Особое внимание в материале было уделено технологиям взаимодействия с аудиторией. Раздел позволил изучить алгоритмы

эффективного сочетания традиционных форм просвещения с инновационными подходами, такими как интерактивные лекции и таргетные формы коммуникации, тренинги обучения навыкам и мотивационное консультирование, которые обеспечивают адресное воздействие на определенную аудиторию и трансформируют знания в устойчивые внутренние установки на безопасное поведение. Кроме того, были детально проанализированы существующие барьеры этого вида профилактики и предложены конкретные пути их преодоления.

Вопросы



1. В каком Федеральном законе определен приоритет санитарного просвещения как метода профилактики?
2. На формирование каких знаний, установок и навыков у населения направлена система санитарно-гигиенического просвещения в контексте наркологической безопасности?
3. Какие задачи ставятся врачом-психиатром-наркологом при проведении санитарно-гигиенического просвещения населения?
4. Каким нормативным правовым актом органа исполнительной власти в сфере здравоохранения регламентируется проведение санитарно-гигиенического просвещения среди водителей транспортных средств?
5. Каких принципов должен придерживаться врач-психиатр-нарколог, чтобы водитель воспринимал трезвое вождения как осознанный выбор и личную ответственность?

2.2. Внутриведомственное, межведомственное и межсекторальное взаимодействие наркологической службы

Наркологические расстройства и патологическое влечение к азартным играм (лудомания) являются межведомственной проблемой, решение которой требует одновременного участия системы здравоохранения, правоохранительных органов, социальных служб, сферы образования и регуляторов финансового рынка. Эти зависимости разрушают не только здоровье человека, но и его

социальные связи, финансовое положение, личную и общественную безопасность. Поэтому столь необходим комплексный межведомственный подход для своевременного выявления, лечения, медицинской и социальной реабилитации зависимых лиц. Данный феномен невозможно рассматривать исключительно в рамках здравоохранения или правоохранительной практики.

Профилактика употребления ПАВ требует консолидации усилий всех здоровых сил общества, объединения ресурсов здравоохранения, образования, социальной сферы, правоохранительных органов и общественных организаций

Взаимодействие наркологической службы в сфере профилактики наркологических расстройств — это скоординированная комплексная система, направленная на раннее выявление, лечение, реабилитацию и социальную адаптацию лиц с установленным наркологическим диагнозом.

Оно строится на постоянном обмене информацией, совместном планировании и проведении профилактических мероприятий в едином правовом поле по трем векторам: внутриведомственном, межведомственном и межсекторальном, обеспечивая целостный подход к борьбе с наркологическими расстройствами и патологическим влечением.

Внутриведомственное взаимодействие между различными медицинскими организациями внутри системы здравоохранения фокусируется на санитарно-гигиеническом просвещении, раннем выявлении и предупреждении прогрессирования наркологических заболеваний.

Согласно приказу Минздрава России от 13.11.2025 № 666н, наркологическая служба осуществляет внутриведомственное взаимодействие по организации совместной работы наркологов с терапевтами, педиатрами и врачами общей практики и профильными специалистами для раннего выявления факторов рисков и наркологических заболеваний. Специалисты наркологической службы осуществляют взаимодействие с медицинскими работниками отделений (кабинетов) медицинской профилактики, Центров здоровья, медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь при неинфекционных и

инфекционных заболеваниях, ФАПов, медицинских санитарных частей и других медицинских организаций.

Межведомственное взаимодействие в профилактике наркологических расстройств и патологического влечения направлено на системное ограничение спроса и предложения ПАВ, а также на первичную профилактику наркологических расстройств и патологического влечения среди различных групп населения. Межведомственное взаимодействие ставит целью повышение мотивации населения к ведению ЗОЖ и создание соответствующих для этого условий. Это может быть достигнуто с привлечением государственных структур федерального и регионального подчинения, учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также специалистами других организаций, осуществляющих деятельность в области профилактики немедицинского потребления ПАВ, наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм, профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Межсекторальное взаимодействие в сфере профилактики наркологических расстройств осуществляется путем взаимодействия наркологической службы с общественными и волонтерскими движениями, некоммерческими организациями (НКО) и благотворительными фондами, традиционными религиозными конфессиями и бизнес-сектором. Межсекторальное взаимодействие направлено на популяризацию ценности ЗОЖ в обществе и вовлечение гражданских и деловых институтов в профилактическую антиаддиктивную деятельность.

Проводимая работа в рамках внутриведомственного, межведомственного и межсекторального взаимодействия обеспечивает комплексную профилактику наркологических заболеваний в РФ, с ведущей ролью наркологической службы на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

2.2.1. Внутриведомственное взаимодействие

Внутриведомственное взаимодействие происходит между наркологической службой и другими медицинскими организациями с целью профилактики, ранней диагностики и оказания своевременного профилактического вмешательства по сохранению жизни и здоровья граждан.

Внутриведомственное взаимодействие можно представить в виде

схемы (рис.2.1).



Рисунок 2.1. Внутриведомственное взаимодействие наркологической службы (медицинский сектор взаимодействия) в сфере профилактики наркологических расстройств

Наиболее часто обращаемость пациентов, злоупотребляющих ПАВ, регистрируется в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

При подозрении на наркологические расстройства и патологическое влечение, врачи общей практики направляют пациентов на осмотр к врачу-психиатру-наркологу, в том числе в наркологический диспансер

В условиях стационара при аналогичных показаниях назначается консультация врача-психиатра-нарколога. Особое внимание уделяется таким профилируемым группам, как беременные женщины и несовершеннолетние. Основная роль в профилактике наркологических заболеваний среди беременных и женщин фертильного возраста принадлежит врачам акушерам-гинекологам, медсестрам и акушерам женских консультаций и роддомов, а также гинекологическим кабинетам врачебного и доврачебного осмотра поликлиник, в том числе студенческих, подростковых.

Взаимодействие наркологической службы с детскими поликлиниками направлено на выявление несовершеннолетних и их

родителей (законных представителей) группы риска развития наркологических расстройств. Основную роль в профилактической работе в этом случае играют специалисты медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Эта работа направлена на повышение информированности родителей о негативных последствиях злоупотребления алкоголем, немедицинского потребления наркотиков, употребления табака и других ПАВ для детей, а также на формирование личной ответственности родителей за свое поведение, за выполнение родительских обязанностей по воспитанию и содержанию несовершеннолетних детей.

Ранняя диагностика наркологических расстройств при профилактических медицинских осмотрах (ПМО) и диспансеризации различных групп населения является одной из форм профилактики в рамках внутриведомственного взаимодействия

ПМО и диспансеризации проводятся в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ст. 46) и приказа Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Диспансеризация проводится раз в 3 года для лиц в возрасте от 18 до 39 лет включительно; ежегодно – для лиц в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан: инвалидов, лиц, награжденных особыми знаками и статусом, работающих граждан. Диспансеризация, как и ПМО, состоит из двух этапов. Первый этап проводится с целью выявления у граждан признаков ХНИЗ, факторов риска их развития, злоупотребления ПАВ. При подозрении на наличие наркологического расстройства или патологического влечения пациент направляется на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза врачом-психиатром-наркологом.

К другим профилактическим мероприятиям внутриведомственного взаимодействия наркологической службы относятся конгрессно-выставочные мероприятия, направленные на

повышение профессиональной компетенции медицинских работников в области наркологической превентологии, проведение научно-практических и методических конференций и обучающих программ по темам мониторинга наркологической ситуации, диагностики ранних признаков и/или пагубных последствий потребления ПАВ, формирования навыков здорового, трезвого и безопасного образа жизни.

Врачи-психиатры-наркологи совместно с другими медицинскими специалистами проводят санитарно-гигиеническое просвещение населения, обучение медицинских специалистов навыкам раннего выявления факторов риска, связанных с потреблением ПАВ и развитием ХНИЗ, методам краткосрочного профилактического вмешательства в условиях оказания медицинской помощи при соматических заболеваниях.

2.2.2. Межведомственное взаимодействие

Межведомственное взаимодействие наркологической службы предполагает сотрудничество с органами и учреждениями образования, труда и социальной защиты, МВД, ФСИН, миграционной службой и т.п. (рис.2.2):



Рисунок 2.2. Межведомственное взаимодействие наркологической службы (медицинский сектор взаимодействия) в сфере профилактики наркологических расстройств

К субъектам профилактики в рамках системы образования относятся органы управления образованием и образовательные организации: дошкольные, общеобразовательные, среднего и высшего профессионального образования, дополнительного образования и т.д. Система образования играет важнейшую роль в организации и проведении антиаддиктивной профилактической работы с детьми и молодежью; своевременном выявлении

несовершеннолетних и молодежи группы риска. Маркерами семейного неблагополучия могут быть низкая успеваемость, саморазрушительное поведение, дисфункциональная семья, злоупотребление ПАВ членами семьи. Первичную диагностику риска потребления ПАВ проводит психологическая служба образовательного учреждения.

Инструментами раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся являются социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры

Ранняя диагностика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися – важное направление межведомственного взаимодействия наркологической службы и образовательных организаций. Выявление потребителей ПАВ среди обучающихся состоит из двух этапов. Первый этап - социально-психологический, в рамках которого обучающиеся отвечают на вопросы специальной анкеты, - проводится силами органов управления образованием и образовательных организаций. Второй этап - профилактические медицинские осмотры с проведением химико-токсикологических исследований (ХТИ) биологических сред для выявления в организме следов наркотических средств, проводится медицинскими организациями наркологического профиля.

Межведомственное взаимодействие, проводимое специалистами наркологических служб с образовательными учреждениями, может содержать и другие виды взаимодействия:

- проведение информационно-просветительских встреч, бесед, лекций, семинаров, профилактических тренингов с учащимися, выступление на родительских собраниях, организация обучающих семинаров с педагогами и сотрудниками учреждений образования;
- подготовка, издание и распространение в учреждениях образования плакатов, буклетов, бюллетеней, листовок профилактической направленности;
- проведение совместных мероприятий с педагогической и родительской общественностью по вопросам повышения качества,

проводимой педагогами первичной профилактики в образовательных учреждениях (научно-практические конференции, экспертные советы, рабочие группы, конкурсы и премии качества профилактики наркологических заболеваний); развитие волонтерского профилактического движения среди обучающихся образовательных учреждений по принципу «сверстник-сверстнику»;

- помощь в создании системы и инфраструктуры профилактики употребления ПАВ, программ первичной профилактики наркологических заболеваний.

Координирующую роль в профилактике наркологических расстройств и патологического влечения среди несовершеннолетних с девиантным и противоправным поведением играют КДНиЗП

КДНиЗП координируют межведомственную работу по организации и проведению мероприятий по профилактике безнадзорности, правонарушений несовершеннолетних и защите прав детей. Специалисты наркологической службы входят в состав комиссий по делам несовершеннолетних, участвуют в составлении и реализации планов индивидуальной профилактической работы со случаям.

При выявлении семей с детьми, находящихся в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации, КДНиЗП принимает меры по защите законных интересов детей.

С социальными службами наркологическая служба взаимодействует по вопросам социальной реабилитации лиц с наркоманией в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 3 мая 2023 г. № 208н/432н.

Наркологическая служба осуществляет межведомственное взаимодействие с силовыми структурами: МВД, ФСКН, военкоматами, ФСИН, УФСМ по отдельным планам и в соответствии с иными нормативно-правовыми актами, в том числе по вопросам выявления потребителей ПАВ в рамках профилактических осмотров призывников, абитуриентов образовательных организаций силовых ведомств.

Кроме того, наркологическая служба участвует в программах медико-социальной адаптации заключенных с наркологическими расстройствами, что регулируется Федеральным законом от 6 февраля 2023 г. № 10-ФЗ “О пробации в Российской Федерации”.

2.2.3. Межсекторальное взаимодействие

Межсекторальное взаимодействие в первую очередь осуществляется через СМИ и социальные сети путем создания масштабных антинаркотических медиакампаний и развенчания мифов о «безопасных» веществах.

Основная структура межсекторального взаимодействия представлена на рис. 2.3.



Рисунок 2.3. Межсекторальное взаимодействие наркологической службы (медицинский сектор взаимодействия) в сфере профилактики наркологических расстройств

Сотрудничество с наркологической службой позволяет волонтерским организациям освоить современные технологии профилактической работы. Данный формат включает обучение молодежных лидеров, которые впоследствии реализуют превентивные программы среди сверстников по принципу «равный – равному».

Религиозные организации, взаимодействуя с наркологической службой, участвуют в проведении духовно-ориентированных бесед с молодежью о традиционных нравственных ценностях как альтернативе девиантному поведению. По инициативе Русской православной Церкви созданы Общества трезвости — добровольные объединения людей, направленные на борьбу с алкоголизмом, наркоманией и другими зависимостями через просвещение, поддержку и личный обет воздержания. Особого внимания требует анализ взаимодействия наркологической службы с бизнес-сообществом. Конкретным механизмом партнерства с работодателями выступает разработка и

реализация корпоративных программ укрепления здоровья и профилактики ХНИЗ на рабочих местах. В этом случае администрация организаций/предприятий выполняет преимущественно организационные функции: на договорной основе привлекает специалистов наркологической службы к проведению

профилактики поведенческих факторов развития аддикций среди сотрудников, а также обеспечивает условия для участия сотрудников из группы повышенного риска развития наркологических расстройств в профилактических мероприятиях. Однако взаимодействие наркологической службы с производством имеет свои особенности: руководители организаций считают, что работников с наркологическими проблемами легче уволить, чем мотивировать их на профилактику и лечение, поэтому сотрудничество с наркологической службой часто не вызывает интереса у руководителей предприятий. Профилактика на рабочем месте обеспечивает экономические и социальные преимущества для предприятий и их сотрудников:

- сохранение и укрепление здоровья сотрудников;
- снижение прогулов и аварийных затрат;
- повышение производительности труда;
- повышение качества продукции и услуг;
- рост прибыли и заработных плат.

Реализация профилактических программ на рабочих местах включает санитарно-гигиеническое просвещение, обучение навыкам здоровьесберегающего поведения, мотивирование на ведение здорового, трезвого и безопасного образа жизни и профессиональной деятельности

Взаимодействие с НКО, общественными и волонтерскими движениями расширяет возможности реализации превентивных инициатив. Данный вектор взаимодействия включает производство социальной рекламы и просветительских арт-продуктов (фильмов, анимации, печатных материалов), проведение массовых мероприятий, а также поддержку групп само и взаимопомощи: анонимные алкоголики «АА», анонимные наркоманы «АН», группы и клубы трезвости, и т.д. Более того, современные НКО являются одним из институтов гражданского общества, и взаимодействие органов власти с ними должно быть направлено на решение возникающих проблем среди граждан, в том числе профилактики злоупотребления ПАВ и патологического влечения. Сектор

антинаркотических НКО сегодня остается достаточно закрытым и имеющим весьма фрагментарную и малоэффективную систему взаимодействия практически со всеми иными заинтересованными сторонами, действующими в сфере противодействия распространению наркомании.

Практика медицинской профилактики: корпоративные программы укрепления здоровья



Сохранение и укрепление здоровья работников – основа экономической результативности предприятия. Соблюдение здорового и трезвого образа жизни – значимый аспект здоровья нации и социально-экономического развития страны.

Профилактика табакокурения, использования иной никотиносодержащей продукции и злоупотребления алкоголем сотрудниками предприятия, меры, направленные на сокращение курения, потребления алкоголя и на полный отказ от них, а также стимулирование альтернативных видов здоровой активности, являются значимой, оправданной и эффективной инвестицией руководства в «человеческий капитал» предприятия или организации. В ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в 2025 г. были разработаны и внедрены две корпоративные программы: «Программа отказа от курения» и «Программа профилактики злоупотребления алкоголем».

Эффективная профилактика курения и злоупотребления алкоголем в трудовом коллективе направлена на формирование новой компетенции у сотрудников – ответственности за свое здоровье и здоровье других людей (Бездольная Л.А., 2020). Роль руководства предприятия состоит в приобщении сотрудников к ценностям физической культуры и ЗОЖ, внедрении здоровьесберегающих практик и технологий активного оздоровления. Поэтому наиболее актуальным представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с курением и злоупотреблением алкоголем. Он предусматривает применение административных мер, информационно-просветительских и мотивационных мероприятий, а также медицинских услуг, направленных на предупреждение, данных явлений сокращение потребления и отказ от него.

Корпоративные программы профилактики табакокурения и профилактики злоупотребления алкоголем представляют собой отдельные модули, которые могут использоваться как отдельно, так и вместе, в зависимости от запроса работодателей

Варианты реализации модульных корпоративных программ представлены на рис.2.4.



Рисунок 2.4. Пакеты мер корпоративных программ профилактики табакокурения и профилактики злоупотребления алкоголем с различным уровнем финансирования

Целью корпоративных модульных программ является сохранение и укрепление здоровья работников путем:

- 1) профилактики употребления алкоголя и никотинсодержащей продукции сотрудниками трудовых коллективов;
- 2) снижения злоупотребления алкоголем и курения, влияющих на эффективность деятельности предприятия;
- 3) оказания помощи сотрудникам в отказе от курения и злоупотребления алкоголем.

Достижение цели включает выполнение следующих задач:

- формирование руководством антитабачной/антиникотиновой и антиалкогольной политики на предприятии, принятие

соответствующих корпоративных стандартов и процедур, направленных на предотвращение злоупотребления алкоголем и курения на территории предприятия (за исключением специально оборудованных мест для курения);

- раннее выявление проблемного употребления алкоголя, оценка распространенности курения на предприятии;

- контроль выполнения требований антитабачного и антиалкогольного законодательства РФ и локальных нормативных актов о запрете потребления табака и алкоголя, нахождения в нетрезвом состоянии на территории предприятия;

- информирование сотрудников о биопсихосоциальных причинах и пагубных последствиях курения, в том числе последствиях пассивного курения, и злоупотребления алкоголем;

- мотивирование сотрудников на снижение и/или отказ от курения и злоупотребления алкоголем и предложение им здоровых альтернатив;

- создание здоровьесберегающей производственной среды, обучение сотрудников основам здорового и трезвого образа жизни;

- содействие в получении сотрудниками медико-социальной помощи в отказе от потребления никотинсодержащей продукции и злоупотребления алкоголем.

Реализация программ базируется на следующих принципах:

- приоритет охраны здоровья сотрудников предприятия;
- комплексность – объединение усилий всех заинтересованных сторон по повышению санитарно-гигиенических знаний, помощи в отказе от курения, злоупотребления алкоголем сотрудниками предприятия, по созданию здоровьесберегающей бездымной, трезвой производственной среды;

- системность – последовательность и неукоснительность выполнения антитабачной и антиалкогольной политики предприятия всеми структурными подразделениями и заинтересованными лицами для достижения целей программ;

- адресность - информационно-просветительских, диагностических мероприятий и медико-социальной помощи сотрудникам;

- преемственность профилактических вмешательств и информационно-коммуникационных акций на предприятиях с лечебно-реабилитационной помощью, которую оказывают наркологические клиники;

- легитимность – реализация программ в соответствии с действующим законодательством РФ.

Целевая группа программы - все сотрудники предприятий, которые можно разделить на подгруппы в зависимости от степени выраженности проблемного поведения – курения и злоупотребления алкоголем, которые соответствуют целевым группам первичной, вторичной и третичной профилактики.

Ожидаемые результаты реализации программ и оценка их эффективности проводятся по индикаторам процесса и индикатором результата.

Индикаторами процесса являются:

- количество запланированных и реализованных мероприятий Программы;

- число сотрудников, принявших участие в профилактических мероприятиях, направленных на здоровый и трезвый образ жизни;

- число сотрудников, вовлеченных в досуговую и физкультурно-спортивную деятельность на основе культуры здоровья и трезвости;

- доля сотрудников, охваченных диагностическими мероприятиями (скринингом) на употребление алкоголя и никотинсодержащей продукции;

- количество информационно-просветительских антиалкогольных профилактических продуктов, размещенных на основных и дополнительных коммуникационных каналах (адресная доставка, онлайн публикации на корпоративных сайтах, каналах социальных сетей, производственных чатах и ботах и др.).

Также в индикаторах процесса важно учитывать размер финансирования, выделенного на реализацию программ.

Индикаторами результата программ являются:

- уменьшение численности курящих и злоупотребляющих алкоголем сотрудников предприятия;

- снижение количества дней нетрудоспособности работников;

- снижение количества инцидентов и конфликтов;

- увеличение числа сотрудников, поддерживающих корпоративную политику здорового и трезвого образа жизни;

- увеличение числа сотрудников, сделавших осознанный выбор в пользу здорового и трезвого образа жизни;

- увеличение охвата трудового коллектива мероприятиями программ;

- повышение уровня знаний сотрудников о негативных

последствиях употребления алкоголя и курения;

- увеличение доли сотрудников, получивших медико-социальную помощь в рамках программ;
- снижение количества несчастных случаев по причине употребления алкоголя в производственном процессе;
- увеличение числа тематических публикаций на сайте предприятия и в корпоративных социальных сетях.

Оценка индикаторов осуществляется с помощью скрининговых процедур, реализуемых с определенной периодичностью, выраженных в промежуточных и итоговых показателях. На основе анализа динамики показателей принимается решение о продолжении и/или актуализации реализуемых мероприятий программы.

Реализация программ состоит из 3 этапов: организационного, информационно-мотивационного, аналитического. Каждый из этапов включает последовательность шагов внедрения программ. Наполненность каждого этапа определяется количеством реализуемых мероприятий, которые зависят от объема финансирования программ, определяемого руководством предприятия.

Организационный этап включает следующие шаги:

- издание локальных нормативно-правовых актов, вводящих запретные меры, касающиеся курения (за исключением специально выделенных для этого мест), нахождения на территории предприятия в нетрезвом виде, распитие спиртных напитков, и штрафные санкции;
- назначение ответственных лиц, создание рабочей группы;
- определение рабочей группой сроков проведения программы, мероприятий Программы и планирование их реализации;
- определение рабочей группой периодичности оценки промежуточных результатов;
- проведение скрининга сотрудников для выявления стартового уровня проблем, связанных с потреблением алкоголя и курением;
- проведение информационного стартового мероприятия в форме очного или онлайн рабочего собрания коллектива при участии руководства предприятия;
- развитие комплексной инфраструктуры ЗОЖ на предприятии: организация физкультурно-спортивных зон;

предоставление здоровых альтернатив курению и употреблению алкоголя во время обеденных перерывов; создание кабинетов психологической разгрузки, профилактики профессионального выгорания, кабинетов релаксации; а также кабинетов отказа от курения и алкоголя; школы отказа от курения и алкоголя; создание общего тематического информационного пространства - чата поддержки здорового и трезвого образа жизни и отказа от вредных привычек для всех сотрудников, назначение ответственного за его ведение.

Информационно-мотивационный этап включает:

- распространение информационных материалов о ЗОЖ, пагубных последствиях злоупотребления алкоголем, употребления никотинсодержащей продукции в зонах общего посещения сотрудниками предприятия – зоны отдыха, столовые, холлы;
- проведение информационно-мотивационных мероприятий по повышению осведомленности о вреде употребления алкоголя и курения, развитию навыков стрессоустойчивости, эффективной саморегуляции и коммуникации, мотивированию на снижение/отказ от злоупотребления алкоголем и курения;
- информирование о ресурсах, где можно получить специализированную помощь в отказе/сокращении потребления алкоголя и отказе от курения;
- составление индивидуального плана помощи по снижению/отказу от злоупотребления алкоголем, отказа от курения.

Аналитический этап включает:

- оценку промежуточных и итоговых индикаторов программ, результатов скринингов (анкеты, тесты RUS-AUDIT; «Тест оценки никотиновой зависимости» Фагерстрема; тест Прохазка мотивации к отказу от курения);
- составление отчетов по реализации программ;
- проведение промежуточного и итогового информирования сотрудников предприятия о результатах программ;

Для проведения системной антиалкогольной и антиникотиновой работы на предприятии целесообразно заключение договора с медицинской организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по специальности «психиатрия-наркология».

Корпоративные программы, направленные на отказ от курения и поддержание трезвости, являются экономически выгодной инвестицией. Они снижают риски производственного травматизма,

сокращают число дней нетрудоспособности и повышают общую продуктивность персонала.

Выводы

Изучение материалов данного раздела позволило сформировать системное понимание механизмов внутриведомственного, межведомственного и межсекторального взаимодействия наркологической службы, направленного на создание единого профилактического пространства, а также на обеспечение последовательности и преемственности оказания помощи лицам группы риска и лицам с патологической зависимостью в целях сохранения их психического, физического и социального благополучия. Освоение представленных подходов показало, что раннее выявление рисков развития наркологических расстройств и лудомании наиболее эффективно реализуется на стыке первичной медико-санитарной помощи и системы образования с последующим подключением специализированных медицинских структур. Кроме того, в рамках раздела были детально рассмотрены особенности межсекторального взаимодействия с бизнес-сообществом, ориентированного на минимизацию экономических и временных затрат и профилактики ХНИЗ через внедрение гибких корпоративных программ укрепления здоровья на рабочих местах. На примере конкретной трехэтапной программы «Профилактика табакокурения, трезвость на рабочем месте» был представлен алгоритм последовательного развертывания организационного, информационно-мотивационного и аналитического этапов профилактики, содержательное наполнение которых может быть полностью адаптировано под запросы и возможности руководства любого предприятия.

Вопросы



1. Для чего необходимы внутриведомственное, межведомственное и межсекторальное взаимодействия наркологической службы?
2. Как происходит внутриведомственное взаимодействие по профилактике наркологических расстройств, патологического влечения к азартным играм и проблем, связанных с образом жизни?
3. С какими ведомствами взаимодействует наркологическая служба в рамках межведомственного взаимодействия?
4. Охарактеризуйте межсекторальное взаимодействие

наркологической службы.

5. Каковы различия между внутриведомственным, межведомственным и межсекторальным взаимодействием наркологической службы в сфере профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм?

2.3. Организация и участие в профилактических медицинских осмотрах обучающихся

Проведение ПМО обучающихся образовательных организаций регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 апреля 2025 г. № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

ПМО являются формой профилактики наркомании, они проводятся в рамках государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и охватывают обучающихся старше 13 лет в школах, колледжах и ВУЗах государственной и частной видов собственности

Данный порядок сочетает принципы превентивной медицины, соблюдения прав пациентов (включая права на отказ от участия в ПМО и на сохранение врачебной тайны) и осуществляется в рамках межведомственного взаимодействия.

Реализация процедуры ранней диагностики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися образовательных организаций регламентируется многоуровневой системой координации действий исполнительных органов субъектов РФ и медицинских организаций, имеющих лицензии по специальностям «психиатрия-наркология» и «клиническая лабораторная диагностика». Исполнительный орган в сфере здравоохранения субъектов РФ на основе данных социально-психологического тестирования обучающихся, полученного от органа исполнительной власти в сфере образования, формируют

перечень образовательных организаций для участия в ПМО. Список направляется в региональный орган образования не позднее чем за месяц до начала календарного года. Затем руководитель (уполномоченное должностное лицо) образовательной организации, участвующей в ПМО, составляет и утверждает поименные списки обучающихся. Для участия в ПМО необходимо получить информированное добровольное согласие в письменной форме от обучающегося, если ему уже исполнилось 15 лет либо от одного из родителей (законного представителя), если обучающийся не достиг возраста 15 лет. Далее списки обучающихся направляют в медицинскую организацию, которая будет проводить ПМО в соответствии с составленным ею календарным планом. Образовательные организации совместно с медиками проводят собрание с обучающимися и родителями, где разъясняют цели и порядок проведения профилактических мероприятий по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися; разъясняют их права в соответствии со ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Процедура ПМО включает четыре последовательных этапа:

1. Осмотр врачом-психиатром-наркологом, включая сбор анамнеза, профилактическую беседу с обучающимся.

2. Предварительное химико-токсикологические исследование (ХТИ) мочи на наличие наркотических средств и психотропных веществ с использованием иммунохимических методов с количественной оценкой.

3. Подтверждающее ХТИ (при положительном результате предварительного ХТИ или клинических признаках опьянения) с использованием метода хроматомасс-спектрометрии. В случае подтверждения факта потребления наркотических средств и при наличии информированного добровольного согласия обучающийся направляется в специализированную медицинскую организацию для оказания наркологической помощи. Это осуществляется на основании Приказа Минздрава России от 14.07.2015 № 443н «О Порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую помощь, в случае выявления незаконного потребления обучающимся наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра».

4. Разъяснение результатов и рекомендаций обучающемуся и/или его законному представителю.

ПМО считается завершенным, во-первых, если получен отрицательный результат предварительного ХТИ, во-вторых, если получен отрицательный результат подтверждающего ХТИ (независимо от предыдущих данных). Результат осмотра фиксируется в медицинской документации соответствующей организации.

ПМО проводятся в соответствии с требованиями федерального законодательства по охране здоровья граждан и защите персональных данных

Выводы

Изучение материалов данного раздела позволило определить профилактические медицинские осмотры (ПМО) как инструмент ранней диагностики, обусловленный государственной задачей сохранения здоровья подрастающего поколения, своевременного выявления групп риска и оказания им адресной помощи и поддержки. Порядок проведения ПМО базируется на сочетании принципов превентивной медицины, соблюдения прав пациентов, включая право на отказ от участия и сохранение врачебной тайны, и реализуется в рамках скоординированного межведомственного взаимодействия. Алгоритм проведения ПМО в образовательных организациях состоит из четырех последовательных этапов, регламентирующих действия врача-психиатра-нарколога.

Вопросы



1. Каким нормативным документом Минздрава РФ регламентируется проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся, какие возрастные группы они охватывают и в каких образовательных организациях они проводятся?
2. Какие базовые права пациентов соблюдаются при проведении ПМО?
3. Какое совместное мероприятие проводят образовательная и медицинская организации в рамках подготовки к проведению профилактических мероприятий по ранней диагностике незаконного

потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися?

4. Из каких этапов состоит ПМО обучающихся?

5. В каком случае ПМО обучающихся считается завершенным?

2.4. Участие наркологической службы в профилактике ХНИЗ

Наркологические расстройства, включая зависимость от алкоголя, никотина и психоактивных веществ, выступают ключевыми модифицируемыми факторами риска, детерминирующими развитие хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), а также повышению показателей инвалидности и смертности населения. Употребление алкоголя и других ПАВ приводит к повышению артериального давления, развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, наркологические расстройства нередко сопровождаются нерациональным питанием, низкой физической активностью нарушением липидного обмена и ожирением, что дополнительно увеличивает риск развития сахарного диабета. Так, злоупотребление алкоголем связано с развитием рака: пищевода, полости рта, глотки и гортани. Табакокурение, в свою очередь, является одной из основных причин развития хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) и злокачественных новообразований. Необходимо отметить, что наркологические расстройства, особенно наркомания, наряду с ХНИЗ приводят к распространению инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатиты, туберкулёз, ИППП).

Приоритетной задачей общественного здравоохранения является проведение медицинских мероприятий по профилактике и раннему выявлению факторов риска (употребления табака, алкоголя и других психоактивных веществ) как ключевых детерминант развития ХНИЗ.

Ключевую роль в профилактике ХНИЗ играет своевременное выявление наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм как факторов риска здоровью.

Основным инструментом ранней диагностики ХНИЗ являются профилактические осмотры и диспансеризация различных групп населения. Порядок проведения этих мероприятий регламентирован приказами Министерства здравоохранения РФ, определяющими правила и сроки указанных мероприятий. В том числе порядок проведения ПМО и диспансеризации взрослого населения регламентируется Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Наркологическая служба проводит медицинские осмотры отдельных категорий работающего населения, в том числе при трудоустройстве, в соответствии с приказом Минтруда и Минздрава № 988н/1420н. от 31 декабря 2020 года «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры». Профилактические осмотры проводятся в отношении работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, в сфере транспорта, общественного питания, пищевой промышленности, торговли, образования и здравоохранения в соответствии с приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников».

Медицинское освидетельствование является обязательным при получении и продлении водительских удостоверений на основании приказа МЗ РФ от 24.11.2021 № 1092н «Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов министерства здравоохранения Российской Федерации».

Для водителей транспортных средств предусмотрено проведение предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых

медицинских осмотров с целью выявления состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, включая признаки алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также обострения хронического заболевания или состояния, препятствующего выполнению трудовых функций. Основные нормативно-правовые акты, на основании которых проводятся профилактические медицинские осмотры и медицинское освидетельствование врачом-психиатром-наркологом представлены в Приложении А 2.2.

Пагубное потребление алкоголя, никотина и наркотиков официально признано ВОЗ и Минздравом РФ ключевыми модифицируемыми факторами риска развития ХНИЗ.

Значимую роль в профилактике ХНИЗ и наркологических заболеваний играет диспансеризация, направленная на комплексную оценку состояния здоровья населения

Диспансеризация включает ПМО врачами-специалистами и дополнительные методы обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья граждан. Для лиц в возрасте от 18 до 39 лет диспансеризация проводится один раз в три года, а начиная с 40-летнего возраста - ежегодно. Отдельные категории граждан подлежат ежегодному обследованию, а именно участники ВОВ, инвалиды войны и боевых действий, жители блокадного Ленинграда/осаждённых Севастополя и Сталинграда, бывшие несовершеннолетние узники фашизма, признанные инвалидами по общим основаниям (за исключением случаев противоправных действий, повлёкших инвалидность).

Первый этап диспансеризации направлен на скрининг и раннее выявление заболеваний и факторов риска ХНИЗ, в том числе риска развития наркологических расстройств. Второй этап диспансеризации направлен на дополнительное обследование и уточнение диагноза при выявлении факторов риска или признаков заболевания, включая пагубное потребление алкоголя, табакокурение, употребление наркотических и психотропных веществ.

В рамках диспансеризации проводится анкетирование пациентов на выявление факторов риска – таких как пагубное употребление алкоголя, курения, употребления наркотических

средств и психотропных веществ и др., провоцирующих развитие ХНИЗ.

По завершении диспансеризации и ПМО пациенту разъясняют результаты обследования, даются персонализированные советы по снижению выявленных факторов риска для здоровья и проводится индивидуальное профилактическое консультирование, направленное на формирование приверженности к здоровому и трезвому образу жизни (в частности, мотивирование на отказ от употребления ПАВ).

Важную роль в описанных выше медицинских мероприятиях играет деятельность врача-психиатра-нарколога, направленная на своевременное выявление аддиктивного поведения как фактора риска развития ХНИЗ, предупреждение формирования зависимых состояний, снижение риска развития тяжёлых соматических и психических нарушений, а также сохранение общественного здоровья населения. Направление к врачу-психиатру-наркологу осуществляется только при наличии медицинских показаний, в том числе по результатам анкетирования.

Отдельным направлением профилактических медицинских мероприятий является санитарно-гигиеническое просвещение населения, направленное на профилактику ХНИЗ

Формат популяционного просвещения направлен на широкий охват населения для изменения общественного мнения в отношении алкоголя, табака и наркотиков. Например, врач-психиатр-нарколог пишет статьи для газет, выступает на радио и телевидении на темы профилактики ХНИЗ, информируя о негативных медико-социальных последствиях потребления ПАВ, в том числе «Влияние алкоголя на развитие инфаркта миокарда», «Электронные сигареты как причина хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)». Нарколог развенчивает мифы о «безопасных» дозах алкоголя или «безвредности» вейпов, участвует в массовых акциях в рамках всероссийских мероприятий «Всемирный день без табака», «Всероссийский день трезвости». Санитарно-гигиеническое просвещение ориентировано на конкретные целевые аудитории и организованные коллективы. Лекции и интерактивные беседы проводятся на предприятиях (в рамках корпоративных программ

укрепления здоровья), в вузах и школах. Нарколог обучает слушателей методам самоконтроля, механизмам преодоления деструктивных форм поведения.

Выводы

Материалы данного раздела позволили изучить роль наркологической превентологии в структуре медицинских мероприятий, направленных на профилактику хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В рамках раздела было обосновано, что наркологические расстройства и лудомания выступают модифицируемыми факторами риска развития ХНИЗ. Ранняя диагностика деструктивных поведенческих факторов, включая потребление алкоголя, наркотиков, курение и участие в азартных играх, обеспечивает возможность своевременного профилактического вмешательства, направленного на снижение уровня инвалидности и преждевременной смертности населения.

Вопросы



1. Какие хронические неинфекционные заболевания наиболее часто ассоциированы с употреблением алкоголя, табака и других психоактивных веществ?
2. Какова роль врача-психиатра-нарколога в системе профилактики хронических неинфекционных заболеваний?
3. Каковы цели участия врача-психиатра-нарколога в диспансеризации взрослого населения?
4. Какова роль наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм в развитии ХНИЗ?
5. Какие формы санитарно-гигиенического просвещения населения используются врачом-психиатром-наркологом для профилактики наркологических расстройств и ХНИЗ?

2.5. Профилактика наркологических расстройств в диспансерном наблюдении

Диспансерное наблюдение лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными пагубным употреблением ПАВ, осуществляется в соответствии с Клиническими рекомендациями и стандартами оказания наркологической помощи, утвержденными приказами Минздрава

России. Профилактика наркологических расстройств перестала быть изолированным этапом, а стала сквозным, непрерывным компонентом оказания специализированной наркологической помощи. Интеграция профилактических мероприятий в систему диспансерного наблюдения направлена на предупреждение рецидивов, минимизацию рисков обострения хронических расстройств и предотвращение прогрессирования сопутствующих патологий. В рамках диспансерного наблюдения за лицами с наркологическими расстройствами профилактическая работа реализуется посредством непрерывного мониторинга состояния пациента, проведения скрининговых исследований, индивидуального профилактического консультирования, а также коррекции факторов риска, связанных с образом жизни и социальным окружением.

Диспансерное наблюдение проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по психиатрии-наркологии, по месту жительства (месту пребывания) пациента.

Пациенты с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением ПАВ, с установленным диагнозом пагубное употребление (коды по МКБ-10: F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F18.1 и F19.1) включены в группу диспансерного наблюдения ДН-1. Врач-психиатр-нарколог информирует пациента о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения, о необходимых действиях в случае изменения пациентом места жительства (места пребывания).

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом-психиатром-наркологом пациентов из группы ДН-1 проводится в течение первого года воздержания от употребления ПАВ - не реже одного раза в месяц. Достижением ремиссии считается воздержание от употребления ПАВ в период не менее одного года. Решение о прекращении диспансерного наблюдения принимает врачебная комиссия медицинской организации при отсутствии признаков употребления ПАВ, определенных на основе соответствующих клинических рекомендаций, не менее одного года.

Диспансерное наблюдение в отношении лиц с патологическим влечением к азартным играм в настоящее время не предусмотрено.

В соответствии с приказом Минздрава России № 10н, медицинский психолог является обязательным участником

мультидисциплинарной команды, осуществляющей ДН. Если врач-психиатр-нарколог отвечает за выбор тактики ведения пациента, определяет медикаментозное лечение, то медицинский психолог выполняет комплекс патопсихологического исследования когнитивной и личностной сфер пациента и проводит психокоррекционные мероприятия по назначению врача. Психолог проводит экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ), оценивает структуру личности пациента, уровень его мотивации на трезвость, сохранность когнитивных функций (память, внимание, мышление), определяет степень выраженности психологических защит и готовность к изменениям. Целью психологической профилактической работы становится коррекция когнитивных искажений, устранение деструктивных установок, поддерживающих патологические паттерны поведения.

Медицинский психолог помогает пациенту выявить индивидуальные «триггеры» — ситуации, эмоции или окружение, которые запускают непреодолимое влечение к ПАВ или ставкам. Психолог обучает пациента стратегиям совладания (копинг-стратегиям) со стрессом. Психолог также осуществляет коррекцию семейных отношений, в том числе проводит занятия с созависимыми родными и близкими пациента, помогая разрушить деструктивные паттерны поведения, которые могут провоцировать новые срывы.

В рамках диспансерного наблюдения применяются методы с доказанной клинической эффективностью: мотивационное интервьюирование (МИ) и протоколы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)

Эффективная психологическая коррекция направлена на снижение уровня импульсивности пациента и вероятности рецидива патологического влечения к азартным играм.

Проактивное вовлечение пациентов в альтернативную деятельность закрепляют успехи терапии, способствует скорейшему выздоровлению наркологических больных.

Практика медицинской профилактики: альтернативные виды деятельности на примере тег-регби



Реабилитация лиц с наркологическими заболеваниями является одной из наиболее актуальных задач современной системы здравоохранения. Несмотря на развитие методов лечения зависимостей, достижение устойчивой ремиссии и предупреждение рецидивов по-прежнему остаются сложной практической проблемой. Эффективность лечебно-реабилитационного процесса определяется не только прекращением употребления ПАВ, но и формированием у пациента новых жизненных ценностей, устойчивой мотивации к сохранению трезвости, а также приобретением социально приемлемых форм поведения.

В последние годы всё большее внимание специалистов уделяется поиску эффективных подходов к медицинской и социальной реабилитации лиц с наркологическими заболеваниями. Наряду с традиционными методами, включающими групповую психотерапевтическую помощь, семейное консультирование и мероприятия по социальной адаптации, значимую роль начинают играть средства физической культуры и спорта. Включение спортивных и физкультурно-оздоровительных мероприятий в программы реабилитации лиц с зависимостями создаёт дополнительные условия для предупреждения рецидивов и повышения эффективности восстановительного процесса. Участие в командных видах спортивной деятельности, в частности в тег-регби, оказывает положительное влияние не только на психофизическое состояние пациентов, но и способствует развитию многочисленных навыков.

«Программа реабилитации взрослых лиц с наркологическими заболеваниями средствами адаптивной физической культуры и спорта (на примере регби)» была разработана специалистами ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» под руководством главного нарколога Москвы А.В. Масякина. Программа содержит организационные и практические подходы к применению средств адаптивной физкультуры и спорта в комплексной реабилитации и ресоциализации пациентов, может применяться на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Целью программы является повышение эффективности реабилитационного процесса и профилактика срывов у наркологических больных на основе комплексного подхода. Определены задачи программы: развитие альтернативной, физкультурно-спортивной деятельности (занятий регби) в рамках реабилитации и ресоциализации больных наркологическими заболеваниями; мотивация пациентов на занятия адаптивной физической культурой и спортом; формирование у пациентов навыков психологической устойчивости и межличностного взаимодействия, активной досуговой деятельности; укрепление у пациентов приверженности к наркологическому лечению, формирование осознанной потребности в соблюдении трезвости и здорового образа жизни; обучение (повышение квалификации) специалистов, деятельность которых связана с реабилитацией и ресоциализацией больных наркологического профиля.

Результатами реализации программы являются: улучшение психоэмоционального и физического состояния пациентов; увеличение продолжительности ремиссии, снижение частоты повторных госпитализаций; расширение числа специалистов, применяющих средства адаптивной физической культуры и спорта в ходе медико-социальной реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами.

Реализация программы включает три взаимосвязанных этапа, обеспечивающих организационную подготовку, непосредственное вовлечение пациентов в спортивно-реабилитационную деятельность и обучение специалистов, участвующих в её реализации.

На первом организационном этапе реализации программы определяются механизмы сотрудничества и разрабатываются планы совместных мероприятий в рамках межведомственного взаимодействия организаций и специалистов, участвующих в медицинской реабилитации и ресоциализации лиц с наркологическими заболеваниями, а также физкультурно-спортивных организаций, реализующих занятия по тэг-регби.

На втором адаптационном этапе элементы адаптивной физической культуры и спорта постепенно включаются в лечебно-реабилитационную работу с пациентами. Содержание этого этапа предполагает информирование участников о возможностях программы, оценку индивидуальных показаний и

противопоказаний к занятиям тэг-регби, а также формирование мотивации к регулярной физической активности. В рамках данного этапа создаются спортивные группы под наблюдением медицинских специалистов, осуществляющих сопровождение медицинской реабилитации. Существенное значение имеет комплексная медико-социальная поддержка, обеспечиваемая врачом-психиатром-наркологом, медицинским психологом и специалистом по социальной работе.

Третий этап реализации программы – повышение квалификации специалистов, участвующих в реабилитации и ресоциализации лиц с наркологическими заболеваниями, включает освоение специальных приемов в области адаптивной физической культуры и спорта. Наркологическая служба организует мероприятия, направленные на распространение современных научно-практических знаний и обмен профессиональным опытом в рамках адаптивной физкультуры. Также проводит тематические семинары, круглые столы, научно-практические конференции и иные формы профессионального взаимодействия, способствующие совершенствованию междисциплинарного подхода к реабилитации лиц с наркологическими расстройствами. Врачи-психиатры-наркологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе и тренеры-преподаватели и инструкторы по тег-регби, участвующие в реабилитационном процессе, изучают особенности применения физкультурно-спортивных технологий в работе с пациентами наркологического профиля.

В ходе лечебно-реабилитационного процесса выделяют этапы: предреабилитационный, адаптационный, интеграционный и стабилизационный. Программа осуществляется с учетом особенностей каждого этапа лечебно-реабилитационного процесса и соответствующего психофизического состояния пациента.

На предреабилитационном этапе начинается вовлечение пациента в адаптивную физическую активность путем формирования мотивации к спортивным занятиям. При согласии пациента на участие в Программе по тег-регби ему предоставляется информация о положительном влиянии двигательной активности на физическое и психоэмоциональное состояние, а также о возможностях, которые открываются участием в тег-регби для развития таких качеств и навыков, как гибкость, скорость реакции и коммуникативные

способности.

Этап адаптации реализуется в отделениях медицинской реабилитации, где пациент – участник программы – постепенно привлекается к регулярным физкультурно-спортивным занятиям по тег-регби. На данном этапе решаются задачи адаптации и усиления мотивации к выздоровлению, повышения уровня физической активности и подготовки пациента к дальнейшей ресоциализации. В качестве основной меры - включение в режим дня оздоровительных занятий, например, утренней гимнастики.

На этапе интеграции основное внимание уделяется закреплению и сохранению результатов, достигнутых пациентом в ходе реабилитационного процесса, а также созданию условий в отделении для устойчивой ремиссии и успешной социальной адаптации больных. В рамках программы с целью поддержки мотивации к выздоровлению пациента при участии врача-психиатра-нарколога, медицинского психолога, медицинских и социальных работников, а также волонтеров организуются терапевтические сообщества и клубы пациентов по спортивным интересам, в частности тег-регби. В реализации физкультурно-спортивной деятельности участвуют представители среднего медицинского персонала, специалисты по социальной работе и социальные работники, продолжающие заниматься продвижением спортивных занятий тег-регби. Особое значение на данном этапе имеет сохранение регулярной физической активности пациента, участие его в утренней гимнастике (продолжительностью до 15 минут), а также в занятиях адаптивной физической культурой.

На этапе стабилизации пациент готовится к амбулаторной реабилитации и постепенно принимает личную ответственность за поддержание трезвого образа жизни. Под контролем врача-психиатра-нарколога больной разрабатывает индивидуальный план восстановления с учетом участия в программе тег-регби. Наряду с психотерапевтической помощью пациенту предлагается продолжать участие в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, а также предоставляется информация о возможности включения в Программу занятий тег-регби после выписки из стационара в качестве игрока.

Этап амбулаторной реабилитации предусматривает интеграцию пациентов в систематический тренировочный процесс по тэг-регби. Программа занятий рассчитана на один год и направлена на формирование устойчивой приверженности к здоровому и трезвому

образу жизни.

Решение о включении пациента в программу с учетом группы и сроков диспансерного наблюдения согласно Пр. МЗ РФ от 12.01.2026 № 10н, принимается врачом-психиатром-наркологом при наличии добровольного согласия пациента и стабилизации его состояния. Тренировочный процесс организуется в соответствии с индивидуальным планом, а формат занятий и критерии оценки эффективности определяются лечащим врачом.

На третьем этапе программы осуществляется обучение специалистов наркологической службы и тренеров-преподавателей сфере реабилитации и ресоциализации лиц с наркологическими заболеваниями. Особое внимание уделяется пониманию целей и задач программы тег-регби, принципов организации тренировочного процесса, особенностей физической подготовки участников, медицинских показаний и ограничений, а также методических аспектов использования тег-регби в системе медико-социальной реабилитации.

В процессе обучения специалисты узнают, что тег-регби представляет собой адаптированную бесконтактную разновидность регби, характеризующуюся низким уровнем травматизма и возможностью участия лиц различного возраста и уровня физической подготовки. Благодаря доступности, оздоровительной направленности и потенциалу для развития навыков командного взаимодействия данный вид двигательной активности может быть использован в процессах реабилитации и ресоциализации пациентов с зависимым поведением.

Организация занятий тег-регби требует учёта особенностей лиц с наркологическими заболеваниями, включая сниженный уровень физической подготовки и наличие сопутствующих заболеваний. В связи с этим тренировочный процесс строится на принципах индивидуального подхода, постепенного увеличения физических нагрузок и постоянного контроля состояния участников. Структура занятий включает подготовительную, основную и заключительную части. Последовательное выполнение общеразвивающих, обучающих и восстановительных упражнений способствует безопасному развитию физических качеств, формированию двигательных навыков и поддержанию благоприятного психоэмоционального состояния участников. Важная роль в реализации программы принадлежит тренеру, который не только организует тренировочный процесс, но и

способствует формированию дисциплины, ответственности, взаимного уважения и навыков командного взаимодействия.

Неотъемлемым условием проведения занятий является соблюдение требований безопасности, включающих рациональную организацию тренировочного процесса, использование исправного оборудования, соответствие условий проведения санитарно-гигиеническим требованиям и постоянный контроль самочувствия участников.

Повышение квалификации специалистов осуществляется посредством участия в семинарах, конференциях, мастер-классах и других образовательных мероприятиях. В ходе обучения рассматриваются современные подходы к лечению и реабилитации лиц с наркологическими заболеваниями, анализируются практические случаи, а также изучаются возможности применения физкультурно-спортивных технологий в системе комплексной медицинской и социальной реабилитации. В ходе обучения происходит переход тег-регби как игрового вида спорта в сферу адаптивного спорта для пациентов с наркологическими заболеваниями.

Выводы

Изучение материалов данного раздела позволило систематизировать подходы к профилактике наркологических расстройств в рамках диспансерного наблюдения за лицами с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными пагубным употреблением ПАВ. Было обосновано, что ключевая цель превентивного вмешательства заключается в предотвращении прогрессирования заболевания и перехода пагубного потребления в тяжелую хроническую рецидивирующую зависимость. В разделе рассмотрена тактика ведения таких пациентов. Важно отметить, что в отношении лиц с патологическим влечением к азартным играм и никотиновой зависимостью диспансерное наблюдение не предусмотрено.

Вопросы



1. Какие критерии установления диагноза «пагубное потребление ПАВ»?
2. В отношении каких категорий пациентов устанавливается диспансерное наблюдение ДН-1?
3. В чем заключаются особенности ведения пациентов с

патологическим влечением к азартным играм?

4. Каковы порядок и сроки диспансерного наблюдения группы ДН1?

5. Какую работу осуществляет медицинский психолог в рамках диспансерного наблюдения пациентов группы ДН-1?

2.6. Профилактическое консультирование



Профилактическое консультирование (ПК) - один из основных медицинских методов профилактической работы в сфере наркологии. Это комплекс профилактических вмешательств, направленных на коррекцию поведенческих факторов риска наркологических заболеваний, формирование мотивации на здоровый образ жизни, отказ от употребления ПАВ

и предотвращение развития или усугубления наркологических расстройств.

Целью ПК является коррекция поведенческих факторов риска и актуализация факторов защиты физического и психического здоровья у пациентов группы риска на донологической стадии развития синдрома зависимости от ПАВ и патологического влечения к азартным играм

ПК применяется к лицам с проблемами, связанными с образом жизни, подозрением на наркологические расстройства и патологическое влечение к азартным играм, в том числе детского возраста. ПК проводится с пациентами, у которых при профилактическом осмотре, медицинском освидетельствовании или диспансеризации выявлены поведенческие факторы риска наркологических расстройств и/или патологического влечения. Направляют на ПК врачи-психиатры-наркологи, специалисты профилактической медицины, врачи общей практики и врачи-специалисты при подозрении на наркологические расстройства, проблемы, связанные с образом жизни и поведением, по причине злоупотребления алкоголем, табакокурения, немедицинского потребления наркотических средств и патологического влечения к

азартным играм.

ПК актуально при работе с лицами, направленными органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, прежде всего с законными представителями, не выполняющими свои родительские обязанности по содержанию и воспитанию несовершеннолетних детей в связи с потреблением ПАВ.

ПК проводится в отношении детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации (связанной с потреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей), у которых часто проявляются различные девиантные формы поведения, в том числе ранняя алкоголизация, потребление других ПАВ, курение.

Также ПК может проводиться в отношении лиц, самостоятельно обратившихся к специалистам наркологической службы по поводу имеющихся проблем, связанных с образом жизни и с потреблением ПАВ или увлечением азартными играми.

ПК проводят медицинские работники: врачи психиатры-наркологи, медицинские психологи, при необходимости - специалисты по социальной работе и социальные работники.

Задачами ПК являются:

- 1) информирование пациента о выявленных состояниях и факторах риска формирования наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм; и объяснение пациенту важности регулярного лечения и необходимости поддержания ЗОЖ;
- 2) оценка отношения пациента к выявленным факторам риска и его готовности к изменению образа жизни;
- 3) разработка персонализированного совета (плана) по изменению деструктивных форм поведения;
- 4) контроль за состоянием пациента, оценка динамики восстановления трезвости и здоровья и мотивационная поддержка при каждом посещении пациента.

ПК носит персонализированный характер, с учетом индивидуальных факторов риска и имеющихся факторов защиты здоровья и трезвости. ПК включает динамическую оценку состояния пациента, уровня его мотивации к ЗОЖ и дальнейшему прохождению профилактической программы.

Для достижения целей и задач ПК используется принцип единства составляющих: информирования, мотивирования, обучения навыкам и контроля за состоянием здоровья пациента.

В процессе ПК медицинский специалист информирует пациента об имеющихся у него факторах риска возникновения наркологических заболеваний, связанных с образом жизни, в том числе с употреблением алкоголя и других ПАВ, курением, участием в азартных играх. Медицинский работник сообщает пациенту о медико-социальных последствиях потребления ПАВ и участия в азартных играх, о необходимости изменения деструктивных форм поведения с учетом врачебных назначений, участия в профилактических программах по формированию адаптивных стратегий поведения.

ПК включает обсуждение с пациентом ситуаций его рискованного поведения, в процессе которого пациент рефлексировывает и осознает причины и последствия потребления ПАВ, участия в азартных играх и преимущества ЗОЖ и трезвости.

Информация, полученная пациентом в ходе ПК, служит основой мотивационной работы в целях формирования психологического иммунитета к потреблению ПАВ и азартным играм. Использование мотивационных технологий позволяет специалисту преодолевать анозогнозию, амбивалентность и психологическое сопротивление пациента.

ПК помогает пациенту определить цели и принять план изменения своего поведения с учетом ценностных приоритетов. В ходе ПК пациента обучают ключевым навыкам саморегуляции и управления здоровьем, среди которых методы экспресс-психорегуляции в виде дыхательных практик и «техники заземления» для оперативного снижения стресса, а также базовые привычки здорового образа жизни, включающие соблюдение режима труда и отдыха и внедрение принципов рационального питания по системе «гарвардская тарелка». Особое внимание уделяется инструментам ментальной гигиены, например, ведению дневника самонаблюдения и проведению цифрового детокса. Пациенту предлагают применять альтернативные формы активности для снижения влечения к азартным играм, курению или употреблению ПАВ.

При проведении ПК используются преимущественно недирективные методы вмешательства (рекомендации) и активные формы обучения: демонстрации, повторения, обратная связь. Для оценки прогресса изменения поведения и освоения новых навыков назначаются повторные встречи.

Различают **три основных вида профилактического консультирования**: краткое индивидуальное ПК, индивидуальное углубленное ПК, групповое ПК («Школы Здоровья и трезвости») (Драпкина О.М., Дроздова Л. И., 2019).

Краткое ПК — это целенаправленная, ограниченная во времени (не менее 3 мин.) беседа врача с пациентом. Цель краткого ПК: помочь пациенту осознать имеющиеся проблемы аддиктивного поведения, повысить уровень личной ответственности за свое здоровье и мотивацию на изменение деструктивных форм поведения. Врач определяет актуальный статус потребления ПАВ или участия в азартных играх, дает персонализированный совет и предлагает дальнейший план преодоления выявленных у пациента факторов риска.

КПК основывается на понимании врачом-психиатром-наркологом степени вовлеченности пациента в проблемное поведение. Поэтому столь важен предварительный этап ПК, на котором проводится сбор анамнеза и клинико-психопатологическое обследование пациента, исключающие синдром зависимости от ПАВ.

В качестве вспомогательных инструментов оценки выраженности аддиктивного поведения используются специальные валидные тесты-опросники (например, тесты AUDIT, Фаргерстрема, DAST, Канадский показатель проблемного гемблинга CPGI).

Побуждение к ЗОЖ и отказу от рискованного поведения полностью исключает осуждение, запугивание или чтение нотаций. Усилия врача направлены на поиск внутренней мотивации пациента. Задаются открытые вопросы (например: «Что вам дает употребление и что вас в нем беспокоит?», «Как другие относятся к вашему употреблению ПАВ, состоянию?», «Хотели бы вы изменить вашу ситуацию?», «Как вы видите свое будущее без употребления ПАВ?»), помогающие пациенту самому осознать проблему и принять соответствующее решение.

Врач помогает пациенту сделать осознанный выбор, например, полностью отказаться от алкоголя или снизить потребление алкоголя. КПК включает краткий персонализированный совет по изменению деструктивных форм поведения, способов восстановления здоровья и трезвости. Специалист делает акцент на ответственности пациента за сохранение своего здоровья. Профилактическое вмешательство подкрепляется памяткой (листовкой) с информацией

о ЗОЖ и актуальными контактами помогающих служб.

Врач вносит данные о проведенном КПК в медицинскую документацию, выдает направление на целевую профилактическую программу в зависимости от выявленных факторов риска наркологических расстройств и патологического влечения.

По показаниям врач-психиатр-нарколог или медицинский психолог проводят углубленное ПК (УПК) продолжительностью от 20 мин. УПК является обязательным компонентом ведения пациентов с высоким риском развития наркологических расстройств или патологического влечения к азартным играм, а также лиц с диагностированными ХНИЗ, включая сердечно-сосудистую, бронхолегочную и онкологическую патологию, сахарный диабет и другие соматические расстройства. Цель УПК – сформировать у человека осознанное, ответственное отношение к своему здоровью и мотивировать его отказаться от деструктивных паттернов поведения.

УПК опирается на результаты клинко-диагностических обследований, психологического тестирования и анкетирования, анамнез пациента. Медицинский специалист выявляет социальные, семейные и психологические факторы, способствующие употреблению ПАВ, предоставляет информацию об имеющихся рисках медико-социальных последствий потребления ПАВ. Специалист мотивирует пациента на изменение деструктивных форм поведения, используя техники мотивационного консультирования. Обсуждает с пациентом альтернативные способы снятия стресса и решения проблем, а также обучает его навыкам здоровья и трезвости, контролю факторов, способствующих употреблению ПАВ, рекомендует обратиться за социальной, психологической, а при необходимости и за наркологической помощью.

УПК включает информирование и разъяснение результатов обследования. Врач-психиатр-нарколог сообщает пациенту о выявленном у него риске/рисках (по результатам анкетирования/скрининга). Наглядно объясняет медицинские последствия продолжения курения, алкоголизации, употребления других ПАВ, показывает связь между приемом ПАВ и ухудшением здоровья (риск инсультов, поражения печени, психических нарушений). В ходе УПК медицинский специалист проводит

диагностику уровня осознания пациентом проблемы и готовности к изменениям: от полного отрицания проблемы и сомнений до готовности предпринимать активные действия (опросник Прохаска, Опросник SOCRATES).

Далее специалист последовательно выявляет причины, побуждающие пациента к употреблению ПАВ, определяет потенциальные стимулы, способные мотивировать к отказу от употребления, анализирует осознаваемые мотивы поведения и уровень внутренней мотивации к изменениям.

При проведении УПК используются мотивационные технологии, основанные на принципах партнерства, равенства, без критики и патернализма. Задачей специалиста является «обнажить противоречия», чтобы помочь пациенту самому увидеть разницу между его жизненными целями (семья, работа, здоровье) и деструктивным поведением. Важно, чтобы специалист поддерживал веру пациента в успех и одобрял даже минимальное стремление пациента изменить образ жизни.

Медицинский специалист вместе с пациентом анализирует конкретные ситуации, которые провоцируют пациента на употребление ПАВ (стресс, определенный круг общения, усталость). Затем они совместно ищут альтернативы и разрабатывают план действий, как избегать этих триггеров или справляться со стрессом безопасными методами.

В соответствии с индивидуальными рисками пациента врач-психиатр-нарколог или медицинский психолог предлагает персонализированный набор обучающих интервенций, направленных на формирование навыков:

- саморегуляции (диафрагмальному дыханию, прогрессивной мышечной релаксации) для снижения психоэмоционального напряжения без алкоголя или наркотиков;
- идентификации триггеров (социальные ситуации - компания друзей, бары, пятница после работы; внутренние состояния - одиночество, скука, злость), провоцирующих употребление ПАВ;
- осознания и анализа эмоциональных состояний (ведение дневника самонаблюдения);
- планирования досуга с замещением потребления ПАВ социально значимыми и безопасными видами (занятия спортом, хобби, расширение круга просоциального общения).

Медицинский специалист прямо и аргументировано рекомендует

пациенту полностью прекратить или сократить курение, употребление алкоголя и других ПАВ, перестать делать ставки.

Специалист вносит данные о проведенном УПК в медицинскую документацию, выдает пациенту направление на целевую профилактическую программу. Для закрепления профилактического вмешательства используются тематические памятки (листовки, буклеты).

Если в процессе консультации пациент проявляет агрессию или категорически не готов к изменениям, следует прекратить попытки переубеждения, не вступать в открытый спор, выразить сожаление и подчеркнуть, что выбор всегда остается за ним, оставить «открытую дверь» - повторить, что при изменении решения он всегда может обратиться за помощью.

Групповое углубленное ПК («Школы здоровья и трезвости») — это цикл групповых занятий для целевых групп пациентов со схожими проблемами, связанными с образом жизни (Драпкина О.М. и др., 2026; Погосова Н.В., и др., 2020). Цель группового ПК: изменение деструктивного поведения и формирования навыков ЗОЖ с использованием механизмов социального контроля для эффективного обучения. Занятия продолжительностью от 30 до 90 мин. содержат информационный, мотивационный и обучающий разделы. Занятия проводятся по программе, утвержденной по установленной форме, в соответствии с календарно-тематическим планом. Ведущим программы может быть медицинский психолог, специалист по социальной работе, врач-психиатр-нарколог или другой специалист в зависимости от темы занятия. Программа группового УПК направлена на обучение пациентов навыкам самоконтроля и копинг-стратегиям, позволяющим справляться со стрессом без использования алкоголя, табака и других ПАВ. Особое внимание уделяется разбору алгоритмов поведения в различных критических ситуациях. В ходе групповых занятий используются техники диалога, групповой дискуссии, «мозгового штурма», самодиагностики, обучения навыкам. Важно, что в отличие от индивидуальной беседы, работа в группе позволяет пациентам обмениваться опытом и получать социальную поддержку от людей с похожими проблемами. Каждое из занятий цикла направлено на поэтапное изменение поведения пациента. Примером группового УПК может быть опыт наркологической службы города Москвы по реализации программы «Безопасная дорога» для лиц, имеющих

факторы риска развития наркологического заболевания (ранее лишенных водительских прав за управление ТС в состоянии опьянения).

Практика медицинской профилактики: безопасность дорожного движения



Аварийность по вине нетрезвых водителей является одним из ведущих факторов предотвратимой смертности и инвалидизации трудоспособного населения. Практика свидетельствует, что применение мер административной или уголовной ответственности не обеспечивает должного уровня безопасности дорожного движения.

Водители, уже имеющие опыт лишения прав, представляют собой специфическую группу риска совершения повторных правонарушений, требующую применения мер специальной (вторичной и селективной) профилактики. Лишение водительских прав за управление техническим средством в состоянии опьянения является лишь констатацией факта нарушения правил дорожного движения, но не механизмом компенсации причиненного вреда или изменения деструктивных паттернов поведения водителя, связанных с употреблением ПАВ (Масякин А.В., 2025). Поэтому парадигма государственного регулирования безопасности дорожного движения смещается от приоритета наказания к организации комплексного воздействия на участников дорожного движения (Бурцев А.А., 2022).

В рамках совершенствования подходов к обеспечению безопасности дорожного движения и реализации превентивных мер на транспортных предприятиях специалистами ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» разработана и внедрена программа вторичной (селективной) профилактики «Безопасная дорога». Данная интервенция ориентирована на лиц, лишенных права управления транспортными средствами вследствие вождения в состоянии алкогольного опьянения.

Программа представляет собой комплекс вмешательств, направленных на предупреждение вождения в нетрезвом состоянии, и ставит во главу угла помощь и поддержку, а не наказание и стигматизацию. Она нацелена на изменение деструктивных установок

и моделей поведения у лиц, лишенных прав из-за вождения в состоянии опьянения, для предотвращения повторных правонарушений данного вида. Для достижения поставленной цели в ходе реализации программы решаются следующие задачи:

- информирование о влиянии психоактивных веществ (алкоголь, наркотические средства и психотропные вещества, токсические, лекарственные средства) на организм человека;
- мотивирование на изменение деструктивных моделей поведения, в том числе отказ/сокращение употребления алкоголя и обращение за специализированной медицинской помощью;
- обучение навыкам самоконтроля и рефлексии;
- формирование позитивных установок на безопасное и ответственное вождение.

Целевая группа программы «Безопасная дорога» – водители, лишенные водительских прав из-за вождения в состоянии опьянения и обратившиеся в наркологическую службу с целью возвращения прав. Врач-психиатр-нарколог по результатам обязательного медицинского освидетельствования может принять решение о направлении водителя на Программу.

Методы и формы работы: лекционные занятия, тренинги, индивидуальное и групповое консультирование, психодиагностика и психокоррекция. Программа носит междисциплинарный характер, поэтому с водителями работает целая команда специалистов: врачи-психиатры-наркологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, медицинские сестры.

Ожидаемый результат:

- повышение информированности о личной ответственности за безопасное вождение;
- укрепление психологической устойчивости;
- формирование установок на безопасное и ответственное вождение;
- снижение числа повторных правонарушений, связанных с вождением в нетрезвом виде.

Программа состоит из 11 занятий с периодичностью один раз в месяц, на которых участники получают знания и навыки, необходимые для повышения безопасности дорожного движения и предотвращения повторных нарушений, связанных с вождением в состоянии опьянения.

Темы тренинговых занятий:

1. Роль человеческого фактора в обеспечении безопасности

дорожного движения

2. Водительский стиль
3. Влияние психоактивных веществ и лекарственных средств на организм человека. Развитие зависимости от ПАВ
4. Психогигиена вождения
5. Эмоции и чувства. Самоконтроль
6. Управление эмоциями: тревогой и апатией, гневом и агрессией.
7. Стресс в жизни и на дороге
8. Стратегии разрешения конфликтов
9. Установки на ответственное вождение
10. Жизненные ценности и цели. Заключение.
11. Правовые основы БДД.

Выводы

Изучение материалов данного раздела позволило получить знания о ПК как о структурированном медицинском вмешательстве различной продолжительности, реализуемом в индивидуальной или групповой форме силами мультидисциплинарной команды в составе врача, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Освоение представленной методологии показало, что краткие или углубленные интервенции строго опираются на персональные показатели здоровья пациента с обязательным учетом верифицированных факторов риска, его соматического и психологического статуса, а также уровня социального функционирования. Было обосновано, что целью ПК является коррекция поведенческих факторов риска и актуализация факторов защиты физического и психического здоровья у пациентов группы риска на донологической стадии развития синдрома зависимости от ПАВ и патологического влечения к азартным играм. Ярким примером применения ПК является Программа «Безопасная дорога».

Вопросы



1. К каким категориям населения применяется профилактическое консультирование?
2. Какие задачи решает краткое ПК?
3. В чем отличия краткого ПК от углубленного ПК?
4. Каким навыкам медицинский специалист обучает пациента в ходе ПК?
5. Какие медицинские специалисты привлекаются к проведению ПК?

2.7. Семейное консультирование



В настоящее время здоровье семьи является приоритетом государственной социальной политики в интересах детей, что ведет к благополучию нации и демографической стабильности в стране. В России осуществляется всесторонняя поддержки семьи, особенно молодой, включая пристальное внимание к психическому, физическому и социальному благополучию каждого члена семьи.

Социокультурные представления о благополучии семьи трансформировались в течение последних 50 лет. В начале XX века оценка и восприятие семейных устоев строились на безоговорочном доминировании экономического статуса и авторитета главы семьи, строгой религиозности, подчиненном положении женщины и детей. Высокая рождаемость сопровождалась такой же высокой смертностью детского населения в связи с отсутствием должного уровня оказания необходимой медицинской помощи женщинам и детям, отсутствия планирования рождаемости в семье с учетом женского здоровья. Только с середины XX века общество перешло к оценке здоровья семьи как ее внутреннего психоэмоционального благополучия: взаимной ответственности ее членов, поощрения индивидуального развития и уважения психологических границ каждого, открытого диалога, поддержки членами семьи друг друга, наличия общих семейных ценностей (Варга А.Я., 2001). Во второй половине XX века в научном понимании процессов, происходящих в семье, стал доминировать системный подход, наряду с понятиями «здоровая семья» и «больная семья» стали применяться понятия «функциональности» и «дисфункциональности» семейной системы, которые привели к переосмыслению прежних представлений о здоровье и болезни конкретного члена семьи и всей семьи в целом. «Больная семья» — это неправильно функционирующая или низкофункциональная система в своей жизнедеятельности. Соответственно, «здоровая семья» — это правильно функционирующая или высокофункциональная система семьи.

С конца XX - начала XXI века действуют новые подходы к оценке семьи, среди них: «Макмастерская модель семейного функционирования» - MMFF (Ramaswami S.B. et al., 2022), «Циркумplexная модель» Д. Олсона - FACES (Krysan M. et al., 1990), «Модель жизнеспособности семьи» Ф. Уолш (Walsh, F., 2016), «Модель фамилистического кризиса» А.И. Антонова (Антонов, А. И., 2005). Эти научные теории позволили рассматривать «здоровую семью» как динамичную и функциональную систему, которая развивается и меняется со временем, преодолевает без застревания системные кризисы, сохраняя ключевые ценности и принципы взаимодействия внутри семьи и с обществом. Семья может гибко менять паттерны адаптации к внешней среде и к меняющимся потребностям. Функциональная семья является фундаментом для психологического благополучия и успешной социализации всех её членов, а также закладывает основы для создания здоровых семей в следующих поколениях.

Современный кризис семьи определяет высокий процент разводов, нестабильность в брачных отношениях, трансформацию семейных ролей, что приводит к формированию дисфункциональных семейных отношений, деструктивных моделей поведения, конфликтности, неблагополучию внутрисемейных отношений. Дисфункциональная семья становится причиной употребления ПАВ и участия в азартных играх членов семьи. В связи с этим возрастает актуальность профилактической работы, направленной на формирование функциональной семьи, поддержку традиционных семейных отношений.

Метод семейного консультирования применяется наркологической службой исходя из понимания того, что семья как система влияет на паттерны поведения каждого из ее членов, и изменение поведения одного из них неминуемо вызывает соответствующие трансформации в состоянии и поведении остальных

Наркологическое расстройство или влечение к азартным играм одного или нескольких членов семьи всегда отражаются на всей семье, создавая повышенное эмоциональное напряжение, постоянную почву

для конфликтов и психотравмирующих ситуаций. При этом искажаются и нарушаются основополагающие функции семьи.

С точки зрения системного семейного подхода, дисфункциональная семья накапливает напряжение, что может привести к формированию аддиктивного поведения и зависимости от ПАВ у члена семьи, каждый из которых обычно выступает как «идентифицированный пациент» при обращении за наркологической помощью.

Профилактируемыми группами семейного консультирования в рамках первичной, вторичной и третичной профилактической работы являются:

- несовершеннолетние и их законные представители при самостоятельном обращении;
- взрослые пациенты по результатам профосмотров и диспансеризаций;
- семьи по вопросам внутрисемейных отношений и семейному воспитанию;
- родители, состоящие на учете в КДНиЗП в связи с проблемным потреблением ПАВ и ненадлежащим исполнением обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних;
- несовершеннолетние правонарушители, отбывающие условный срок наказания (статья 228 УК РФ и др.);
- пациенты наркологической службы, в том числе имеющие несовершеннолетних детей;
- созависимые члены семей лиц с наркологическими расстройствами и патологическим влечением к азартным играм, состоящих или не состоящих на наркологическом учете.

Семейное консультирование проводят специалисты наркологической службы: врачи-психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские психологи, при необходимости, социальные работники и специалисты по социальной работе.

Формами семейного консультирования являются:

- консультирование супружеских пар;
- консультирование семьи;
- консультирование родителей по вопросам детско-родительских отношений;
- групповое ПК семей в формате «Семейные встречи»;

- индивидуально-семейное консультирование созависимых;
- групповая вспомогательная семейная првенция в формате групп для созависимых лиц.

Семейное консультирование в рамках первичной и первично-вторичной антиаддиктивной профилактики осуществляется при обращении родителей самостоятельно за консультацией или при направлении семьи на консультацию, в том числе замещающей семьи. Особенно актуальным профилактическое семейное консультирование становится при наличии у ребенка (подростка) факторов риска зависимого поведения (отягощенная наследственность, органические поражения головного мозга, индивидуальные психологические и другие факторы риска). Профилактическое семейное консультирование нацелено на предотвращение употребления психоактивных веществ детьми и подростками через преобразование внутрисемейной среды и укрепление детско-родительских отношений, а также психологических ресурсов каждого члена семьи. Конфликтные отношения в семье, взаимное отчуждение, нехватка или отсутствие эмоциональной близости, дисфункциональные стили семейного воспитания, жесткие внешние границы семейной системы и размытые внутренние, нарушение личных границ членов семьи, инверсия семейных ролей, алкогольные семейные традиции – факторы риска вовлечения в потребление ПАВ детей и взрослых дисфункциональной семьи. При первично-вторичной профилактике факторами риска могут стать семейные кризисы – возрастной нормативный кризис, развод родителей, серьезная болезнь или смерть члена семьи, переезд и др. Эти факторы увеличивают уязвимость семьи и каждого из ее членов.

Задачами семейного консультирования являются: укрепление защитных факторов здоровой семьи и нивелирование факторов риска дисфункциональности семейных отношений. Для этого необходимы повышение навыков позитивных внутрисемейных, в том числе детско-родительских отношений, обучение основам здорового и трезвого образа семейной жизни на основе традиционных российских духовно-нравственных ценностей, мотивирование на сохранение и укрепление здоровья семьи.

Диагностика в рамках семейного консультирования включает применение опросников, которые сделают проблемы в семье наглядными и для специалиста, и более осознанными для членов семьи, что позволит дифференцированно подойти к оказанию помощи при семейном консультировании.

В таблице 2.2 представлены модели семейной помощи /профилактики и соответствующие им диагностические методики.

Таблица 2.2. Диагностические методики в рамках шести моделей семейной помощи/профилактики

Модель семейной помощи/ профилактики авторы	Основной диагностический инструментарий / Методики	Мишень диагностики (Что измеряет методика)
Макмас-терская модель Н. Эпштейн, Д. Бишоп, С. Левин	FAD (<i>Family Assessment Device</i> / Клиническая шкала семейного функционирования) в адаптации Т. Ю. Садовниковой: 53 вопроса или экспресс-версия -12 вопросов, 3 мин	Сбои в поведении по 6 осям: коммуникация, роли, решение проблем, аффективный ответ и вовлеченность.
Циркумplex-ная модель Д. Олсона	FACES-III (<i>Шкала семейной адаптации и сплоченности</i> , 20 вопросов, 5-7 мин) и Клиническая шкала экспертной оценки CRS в адаптации М.С. Зеленской заполняется специалистом по результатам наблюдения за семьей, 30-45 мин	Положение семьи на осях «сплоченность», «гибкость» Выявление экстремальных типов систем, что становится мишенями профилактической работы. Идеальна для экспресс-скрининга и выявления разных позиций при одновременном заполнении родителями и подростком. CRS имеет высокую применимость в сфере профилактики деструктивного поведения и употребления ПАВ у подростков, позволяет минимизировать социальную желательность

Модель жизнеспособности и семьи Ф.Уолш	Методика FRAS (Шкала оценки жизнеспособности семьи М. Сиксби. в русскоязычной адаптации (М. А. Одинцовой и М. Г. Сороковой), 34 или 40 вопросов, 10 мин	Психологический иммунитет семьи, способность преодолевать тяжелые кризисы и адаптироваться к стрессу. Содержит 5 шкал: семейная коммуникация и связанность, позитивный прогноз и решение проблем, принятие и гибкость, социальные ресурсы, духовность
Модель сопровождения замещающей семьи (может применяться к кровным семьям) В. Н. Ослон	Из диагностического комплекса В.Н.Ослон: - НТСД – «Немецкий тест семейной динамики» (адаптация А. Б. Холмогоровой), 40 утверждений, 7-10 мин; - СЭК - «Семейные эмоциональные коммуникации» (адаптация А.Б.Холмогоровой), - 30 вопросов; 5 мин	НТСД, дает глубокий срез микродинамики без утомления респондентов. 7 шкал: задачи/решение проблем семьей, ролевая структура, коммуникация, эмоциональность, взаимная вовлеченность (баланс между близостью и уважением личных границ), контроль поведения (гибкость правил и ограничений, действующих внутри дома), ценности и нормы (степень согласия членов семьи в базовых жизненных ориентирах). СЭК – 4 шкалы: критика, индукция вины, перфекционизм, фиксация на негативных переживаниях
Системно-аналитическая модель Н. И. Олифирович (с соавт.)	Структурированное клиническое интервью, оценка семейных кризисов, построение генограммы, Метод семейной социогаммы, эко-карты. 1.5-2.5 ч	Скрытые семейные мифы, трансгенерационные сценарии, жесткость внешних и внутренних границ.

Модели созависимости: 1) онтогенетическая и (эволюционная) модель Уайнхолдов; 2) психосоциальная модель созависимости Дж. Фишер и Л.Спанн; 3) интегративная субъектно- личностная модель созависимости сообщества Анонимных Созависимых	-«Шкала созависимости» Б. и Дж. Уайнхолд, 20 вопросов, 5 мин -«Шкала созависимости Спанн-Фишер», 16 вопросов, 3 мин; «Профиль созависимости» Н.Г. Артемцевой, 33 вопроса, 7 мин.	-выраженность созависимых паттернов поведения и взаимоотношений, как результата незавершенности детских этапов развития (Шкала Уайнхолдов); -выраженность созависимости «здесь и сейчас», включая симптомы: экстернальности, эмоционального подавления, тяги к контролю (шкала Спанн-Фишер); - созависимость как конструкт, который включает 5 шкал: отрицание, самооценку, уступчивость, контроль, избегание (профиль созависимости Артемцевой)
--	--	---

Семейное консультирование строится в соответствии с выявленным в ходе диагностики типом семейной дисфункции.

Информирование в рамках семейного консультирования направлено на повышение родительской грамотности в отношении нормативных возрастных кризисов у детей и взрослых, а также о мерах поддержки семьи в кризисных ситуациях. Информирование также включает санитарно-гигиеническое просвещение по вопросам формирования психологической устойчивости к негативным факторам внешней среды, связанных с риском деструктивных форм поведения, формирования наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм. Пациенты получают знания о рисках в цифровой среде - скрытой рекламе наркотиков, казино, симуляторов азартных игр и легкого заработка в интернете; о признаках изменений в поведении, настроении и круге общения ребенка, которые свидетельствуют о признаках девиантных форм поведения, вовлечении в рискованную активность. Также необходимо предоставление информации о службах поддержки, в том числе о телефонах доверия, о центрах медико-психологической помощи и кризисных центрах. На семейном консультировании ведется обучение родителей позитивным моделям поведения в случаях

возникновения подозрений на употребление ПАВ несовершеннолетним ребенком, навыкам эффективного диалога, избегая паники, угроз и шантажа.

Если в результате диагностики выявились определенные нарушенные паттерны поведения, личностного функционирования или взаимоотношений, то специалист в процессе информирования разъясняет полученные результаты и дает персонализированный совет.

Родителям предоставляются знания о психологических, социальных и семейных ресурсах, которые снижают вероятность развития зависимостей, даже если ребенок сталкивается с факторами риска, важности безусловного принятия ребенка в любых жизненных ситуациях, о необходимости четких и понятных семейных правил и границ, открытого обсуждения сложных вопросов.

Информирование подростка о факторах риска и защиты проводится через живой диалог, разбор жизненных ситуаций и расставление акцентов. Предоставляется информация о возможностях управлять своим здоровьем и психологическим состоянием, в том числе управлять своими эмоциями, искать и находить выход из сложной ситуации без риска для здоровья. Подросток информируется о способах защиты от аддиктивного поведения посредством эффективной социализации, в том числе, занятий спортом, хобби, социально-значимой активностью, общения с позитивно-значимыми взрослыми и друзьями. Предоставляется объективная, достоверная, научно обоснованная информация о последствиях употребления ПАВ, развенчиваются наркологические мифы. Не допускается запугивание и преувеличение медико-социальных и правовых последствий потребления ПАВ.

Семейное консультирование включает *мотивирование* на активные действия по улучшению внутрисемейного климата, переходу к активным действиям по созданию функциональных семейных отношений. Родителей мотивируют уделять больше внимания общению с ребенком, поощрять его даже за небольшие успехи и позитивные изменения. Родителей мотивируют на сознательный отказ от повторения негативных семейных сценариев и патологизирующих ролей.

Членов семьи обучают навыкам метакоммуникации - способности открыто обсуждать проблемы и правила совместного проживания; конструктивно решать межличностные конфликты без эмоционального насилия и манипуляций. Установление гибких, но

четких семейных границ, и распределение ответственности - способствуют формированию функциональной семьи.

Подростку предоставляются понятные инструменты, которые помогут ему чувствовать себя увереннее: конкретные способы самопомощи при стрессе (физическая активность, дыхательные техники («вдох-выдох»), рисование, ведение дневника или просто разговор с близким человеком). На примере разбора конкретных ситуаций подростка обучают навыкам критического мышления («остановись – подумай») и умению противостоять давлению сверстников.

Вторичная профилактика в семье направлена на предупреждение прогрессирования зависимости, изменение дисфункциональных семейных отношений и формирование адаптивной модели здоровой семьи.

Объектом профилактического вмешательства при семейном консультировании в рамках вторичной профилактики являются семьи с несовершеннолетними детьми с девиантным поведением (с отклоняющимся и асоциальным поведением): безнадзорные дети (с частыми прогулами школы и уходами из дома), дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, связанной с потреблением ПАВ.

В семейном консультировании при вторичной профилактике наркологических расстройств и лудомании роль родителей — это не просто забота о ребенке, а осознанное изменение стиля воспитания и внутрисемейных правил, которые ранее поддерживали или провоцировали зависимое поведение. Цель — перестроить систему родительского контроля и поддержки.

На диагностическом этапе применяются методики, представленные в таблице 2.4. Их результаты обсуждаются в ходе информирования, учитываются при проведении мотивирования и обучения жизненным навыкам.

Родителей информируют о скрытых признаках употребления ПАВ или увлечения азартными играми подростком, влиянии стилей семейного воспитания и характера общения родителей с подростком на появление и закрепление их девиантного поведения. Подростку наглядно показывают механизмы управления его зависимым поведением и дают инструменты для защиты. При информировании обсуждаются вопросы: как формируется «ловушка» (механизмы тяги), почему мысль *«я могу бросить или остановиться в любой момент»* — это обман, разбираются психологические манипуляции

окружения для вовлечения в употребление ПАВ, развенчивается миф о том, что употребление ПАВ или ставки — это безопасно для физического, психического и социального благополучия подростка. Информировать о правовых и социальных последствиях употребления ПАВ и участия в азартных играх. Подростку объясняют, что его тяга к игре или ПАВ — это нездоровый способ справиться с внутренними проблемами (стресс, одиночество, конфликты в семье, скука) и информируют о здоровых инструментах решения проблем (спорт, группы поддержки, навыки саморегуляции, кризисные линии помощи).

На семейном консультировании родителей мотивируют создать трезвую среду в семье, корректировать стиль внутрисемейных и детско-родительских отношений, прекратить тотальный контроль (проверять карманы, гаджеты, следить), который вызывает лишь протест у ребенка. Обучают способам перехода от гиперопеки к делегированию ответственности ребенку за принятие самостоятельных решений, касающихся его учебы и поступков. Родителей мотивируют изменить стиль общения и перейти от критики к поддержке, заменив нотации и упреки конструктивным диалогом, поощряя даже небольшие позитивные изменения в поведении ребенка. Подростка мотивируют на принятие ответственности за свою жизнь и поступки, на честное признание имеющихся проблем, на преодоление жизненных трудностей, исправление последствий своего девиантного поведения.

Родителей обучают четко обозначать правила дома (например: «в нашем доме не употребляют», «возвращение домой до 22:00» и т.д.), заранее оговаривать последствия нарушений правил.

Подростка обучают навыкам целеполагания, планирования, совладания со стрессом, коммуникативным навыкам, умению говорить «нет» на негативные предложения сверстников. И подростка, и родителей обучают навыкам позитивного разрешения конфликтов.

Если зависимым является сам родитель, целью семейного консультирования является защита членов семьи от жестокого обращения с детьми и семейного насилия, от прогрессирования созависимости и дисфункциональности семьи. Необходимо обеспечить безопасность для ребенка и каждого члена семьи, чтобы ребенок не оставался один на один с родителем в состоянии опьянения или в момент острой игровой тяги. Дисфункциональные отношения в семье приводят к возложению на ребенка

несвойственной роли «усыновления» своего родителя, когда ребенок вынужден ухаживать за ним при похмелье, контролировать его/ее трезвость, прятать деньги или решать взрослые бытовые проблемы. Отказ от парентификации является фактором защиты от вовлечения несовершеннолетнего в потребление ПАВ. Важным оздоравливающим фактором является разрушение «семейных секретов». Ребенку в доступной по возрасту форме объясняют: «Мама/папа больны, это медицинская проблема. Ты в этом не виноват, и ты не можешь это исправить». Это снимает с ребенка базовое чувство вины. Еще одним фактором защиты является стабильность удовлетворения детских потребностей - посещения школы, детских праздников, спортивных занятий, дополнительного образования при соблюдении режима труда и детского отдыха вне зависимости от состояния наркологического больного.

Курс вторичной профилактики по Макмастерской модели семейного функционирования относится к краткосрочным интервенциям и обычно включает от 6 до 10 сессий (занятий с семьей) с периодичностью 1 раз в неделю. Целью профилактического воздействия является системная перестройка взаимодействия в семье пациента по шести ключевым направлениям в соответствии с выраженностью нарушения. Весь цикл условно разделяется на три этапа:

1. Диагностический этап (1–2 сессии) — проведение скрининга рисков (тесты AUDIT, DAST и др.), оценка семьи по Макмастерскому опроснику (FAD), заключение терапевтического контракта и проведение сессии мотивационного консультирования.

2. Основной (обучающий) этап (4–6 сессий) — последовательная проработка всех 6 шкал модели (обучение алгоритму решения проблем, перестройка манипулятивной коммуникации на прямую и открытую, развитие гибкости в распределении семейных обязанностей и ролей, внедрение правил контроля поведения).

3. Заключительный этап (1–2 сессии) — оценка динамики изменений, закрепление навыков саморегуляции у пациента и адаптивного поведения у членов семьи, а также планирование поддерживающих мер (профилактика срывов).

На обучающем этапе специалист последовательно работает с шестью терапевтическими мишенями. В блоке решения проблем семью обучают алгоритму открытого преодоления трудностей, чтобы

пациент перестал использовать аддикции как способ побега от реальности. В сфере коммуникации специалисты тренируют участников переходить от скрытых манипуляций к прямому и открытому обмену информацией. Пересмотр семейных ролей направлен на обеспечение их гибкости: родственников учат отказываться от «спасательства», возвращая пациенту личную ответственность за свои поступки и их последствия. Работа с аффективной отзывчивостью расширяет спектр принимаемых в семье эмоций, снижая необходимость искусственной регуляции фона с помощью ПАВ или игр. В рамках аффективной вовлеченности формируется эмпатическая поддержка при строгом соблюдении личных границ и автономии пациента. Наконец, в области контроля поведения хаотичные или жесткие ограничения заменяются гибкими, четкими и стабильными внутрисемейными правилами, что напрямую стимулирует развитие навыков осознанной саморегуляции у самого пациента.

Семейное консультирование в рамках третичной профилактики направлено на поддержание восстановленной трезвости и оказание медикосоциальной помощи выздоравливающим лицам и их семьям.

Помощь пациенту в лечении наркологического заболевания и патологического влечения к азартным играм не может быть успешной без работы с его семейным окружением.

Семейное консультирование — это обязательный элемент комплексного лечения, направленный на преодоление созависимости близких, изменение деструктивных паттернов поведения внутри семьи и создание поддерживающей среды для долгосрочной ремиссии пациента

Созависимость — это патологическая форма взаимоотношений, характеризующаяся глубокой поглощенностью и всесторонней вовлеченностью в жизнь близкого человека, чаще всего зависимого от алкоголя, наркотиков или азартных игр. Проявляется эмоциональными и поведенческими отклонениями, нарушениями социальной адаптации у близких человека с наркологическими проблемами. Созависимые люди имеют заниженную самооценку,

склонны к самообвинению, самоуничтожению, подавлению своих потребностей. Нахождение в ситуации хронического стресса приводит к накоплению внутреннего напряжения, приводящего либо к неконтролируемым вспышкам тревоги, раздражения, агрессии, либо к появлению симптомов депрессии, истощения и разных психосоматических заболеваний. Важными проявлениями дисфункциональности в созависимых семьях являются установки на замалчивание семейных проблем, отказ от «неудобных» чувств - обиды, гнева, страха, грусти, невозможность доверять другим людям: «Не говори, не доверяй, не чувствуй» (Black С., 1982; Сотова А.О., 2025). Это создает повышенное эмоциональное напряжение для каждого члена семьи. Дезадаптивные паттерны поведения созависимых членов семьи, становясь ригидными, создают сложности для успешной реабилитации и ресоциализации члена семьи, имеющего наркологическое заболевание. Семейное консультирование и участие в группах поддержки для созависимых позволяют им взять под контроль собственные поведенческие паттерны, заменить их функциональным поведением, постепенно проработать и изменить дисфункциональные установки.

Для диагностики созависимости на этапе третичной профилактики используют методики из таблицы 2.2. Чаще всего на практике применяются три теста: «Шкала созависимости» Б. и Дж. Уайнхолд, «Шкала созависимости Спанн-Фишер» и опросник «Профиль созависимости» Н. Г. Артемцевой. Результаты диагностики включают в информирование, используют при мотивировании и обучении навыкам. В процессе семейного консультирования членов семьи *информируют* о природе и механизмах зависимости, о поведенческих маркерах, биологических и психологических триггерах, которые могут привести к срыву. Семье рассказывают о феномене созависимости и пособничества, объясняют роли в треугольнике Карпмана, которые определяют динамику общения в созависимых семьях. Членам семьи сообщают о необходимости осознанно изменить дисфункциональные семейные паттерны поведения и общения для того, чтобы не только их близкий, но вся семья смогла выздороветь. Эти изменения включают применение принципов «жесткой любви» (Milliken В., 1968; Битти, М., 2016), выстраивание финансовых, правовых и личных границ. Семью информируют о доступных формах помощи и этапах реабилитации, о необходимости комплексного лечения, предоставляют контакты медицинских центров, контакты психологов, групп взаимопомощи

для зависимых (АН, АИ) и их родственников (Ал-Анон, Нар-Анон, И-Анон).

Мотивирование к изменению дисфункциональных паттернов семейной системы включает преодоление анозогнозии и отрицания членами семьи реального ущерба от зависимости. Родственников мотивируют прекратить «спасательство» и «пособничество» и позволить зависимому столкнуться с последствиями его действий. Возвращение зависимому ответственности предполагает, что он самостоятельно оплачивает свои долги, отвечает перед работодателем за прогулы, а перед полицией за свои нарушения закона. Без этого у зависимого нет стимула меняться. Членов семьи мотивируют начать заниматься собственной жизнью, здоровьем и карьерой, проявляя автономность от настроения и состояния зависимого. Близких мотивируют также создать «кризис» для зависимого члена семьи, лишив его комфортных условий для употребления или игры через изменение поведения всей семьи (выставление жестких границ, отказ в деньгах).

Членов семьи обучают новым поведенческим навыкам, которые лишают зависимого привычной «зоны комфорта» и защищают саму семью от эмоционального и финансового разрушения. Навыки установления и удержания границ предполагают отказ от спонсирования, умение отказывать без чувства вины, навык невмешательства, чтобы зависимый столкнулся сам с последствиями своего употребления. Навыки конструктивной прямой и открытой коммуникации предусматривают умение вовремя прекратить разговор в конфликте или когда зависимый находится в состоянии опьянения. Они включают также обучение технике «Я-высказываний» вместо обвинений или упреков, например: *«Мне страшно, когда...»* вместо *«Ты снова все испортил!»*). Еще один мотивационно-коммуникативный навык заключается в поддержании здоровых начинаний зависимого члена семьи при полном игнорировании его патологических желаний. Перестройка дисфункциональных поведенческих паттернов не сможет произойти, если созависимый член семьи не научится справляться с тревогой и другими сильными отрицательными эмоциями. Для этого его обучают навыкам самопомощи и техникам эмоциональной саморегуляции. Особой задачей является обучение родственников зависимого распознаванию тяги у своего близкого и адекватного реагирования на ее маскированные и открытые проявления, обучение

алгоритму действий семьи при срыве. При лудомании членов семьи обучают финансовой безопасности и выводу совместного имущества и доходов из-под удара (разделение счетов, переоформление имущества, оформление замозапрета на выдачу кредитов), контролю гаджетов без слежки (пароли на роутерах, ограничение доступа к финансовым приложениям).

Одним из важных направлений комплексной профилактики является профилактика социального сиротства

Основной причиной социального сиротства на протяжении многих лет является злоупотребление алкоголем, алкоголизм и наркомания родителей несовершеннолетних детей, их отказ от обращения за своевременной наркологической помощью, медико-социальные последствия прогрессирования болезненного пристрастия без получения специализированного лечения, деградация личности, и как результат – пренебрежение родительскими обязанностями. Дети, воспитывающиеся в таких семьях в условиях постоянных конфликтов, стресса, отсутствия родительской любви, в ненадлежащих бытовых условиях, а, нередко, насилия и жестокого обращения, относятся, по мнению специалистов, к «группе множественного риска». У них чаще выявляется психоневрологические и соматические патологии и асоциальное поведение, склонность к суицидальным и несуйцидальным паттернам аутоагрессивного поведения (Новосёлова Е.Н., 2020). Проживание с родителями, употребляющими ПАВ, вредит интересам ребенка, и для защиты его прав требуется постороннее вмешательство. В частности, в соответствии с п.Д ст. 69 Семейного кодекса РФ родители могут быть лишены судом родительских прав, если они «являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией», что подтверждено соответствующими медицинскими документами.

Однако, следует помнить, что изъятие ребенка из семьи и помещение в другую среду жизнедеятельности является большим психическим потрясением, приводящим зачастую к усилению его дезадаптации. Поэтому максимум усилий, направленных на сокращение социального сиротства, прилагается к восстановлению воспитательного потенциала семьи, находящейся в социально опасном положении.

На семейное консультирование такие семьи направляют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав или органы опеки и попечительства. Главной целью работы с семьями, находящимися в социально опасном положении (СОП) или трудной жизненной ситуации (ТЖС) является профилактика социального сиротства, а также

девиантного, в том числе аддиктивного поведения среди несовершеннолетних. Родители или один из родителей в таких семьях являются объектом третичной профилактики, а дети – объектом вторичной профилактики. Работа с родителями (и семьей в целом) направлена на формирование мотивации на обращение за наркологической помощью, прохождения комплексного лечения, реабилитации и ресоциализации. Работа с детьми и другими членами семьи направлена на предотвращение их вовлечения в употребление ПАВ или, при наличии опыта употребления ПАВ или проявлениях созависимости, - на изменение дисфункционального поведения всех членов семьи, формирование здорового образа жизни и создание условий для позитивной социализации детей. Для взрослых членов семьи (зависимых и созависимых), обратившихся за наркологической помощью, предусмотрено участие в цикле занятий «Здоровая семья» в рамках оказания лечебно-реабилитационной и социально-психологической наркологической помощи родителям, имеющим несовершеннолетних детей (Программа по профилактики социального сиротства, 2024). Основной причиной социального сиротства на протяжении многих лет является злоупотребление алкоголем, алкоголизм и наркомания родителей несовершеннолетних детей, их отказ от обращения за своевременной наркологической помощью, медико-социальные последствия прогрессирования болезненного пристрастия без получения специализированного лечения, деградация личности, и как результат – пренебрежение родительскими обязанностями. Дети, воспитывающиеся в таких семьях в условиях постоянных конфликтов, стресса, отсутствия родительской любви, в ненадлежащих бытовых условиях, а, нередко, насилия и жестокого обращения, относятся, по мнению специалистов, к «группе множественного риска». У них чаще выявляются психоневрологические и соматические патологии и асоциальное поведение, склонность к суицидальным и несуйцидальным паттернам аутоагрессивного поведения (Новосёлова Е.Н., 2020). Проживание с родителями, употребляющими ПАВ, вредит интересам ребенка, и для защиты его прав требуется постороннее вмешательство. В частности, в соответствии с п. Д ст. 69 Семейного кодекса РФ родители могут быть лишены судом родительских прав, если они «являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией», что подтверждено соответствующими медицинскими документами.

Однако, следует помнить, что изъятие ребенка из семьи и помещение в другую среду жизнедеятельности является большим психическим потрясением, приводящим зачастую к усилению его дезадаптации.

Поэтому максимум усилий, направленных на сокращение социального сиротства, прилагается к восстановлению воспитательного потенциала семьи, находящейся в социально опасном положении.

На семейное консультирование такие семьи направляют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав или органы опеки и попечительства. Главной целью работы с семьями, находящимися в социально опасном положении (СОП) или трудной жизненной ситуации (ТЖС) является профилактика социального сиротства, а также девиантного, в том числе аддиктивного поведения среди несовершеннолетних. Родители или один из родителей в таких семьях являются объектом третичной профилактики, а дети – объектом вторичной профилактики. Работа с родителями (и семьей в целом) направлена на формирование мотивации на обращение за наркологической помощью, прохождения комплексного лечения, реабилитации и ресоциализации. Работа с детьми и другими членами семьи направлена на предотвращение их вовлечения в употребление ПАВ или, при наличии опыта употребления ПАВ или проявлениях созависимости, - на изменение дисфункционального поведения всех членов семьи, формирование здорового образа жизни и создание условий для позитивной социализации детей. Для взрослых членов семьи (зависимых и созависимых), обратившихся за наркологической помощью, предусмотрено участие в цикле занятий «Здоровая семья» в рамках оказания лечебно-реабилитационной и социально-психологической наркологической помощи родителям, имеющим несовершеннолетних детей (Программа по профилактики социального сиротства, 2024).

Практика медицинской профилактики социального сиротства, связанного с потреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей



В городе Москве в рамках межведомственного сотрудничества наркологической службы Департамента здравоохранения, Семейных центров Департамента труда и социальной защиты населения, а также комиссий по делам несовершеннолетних и защиты их прав (КДНиЗП) ГБУЗ «Московский научно-

практический центр наркологии ДЗМ» была разработана и реализуется «Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей». Программа представляет собой комплексную межведомственную систему медико-социального и психологического сопровождения семей, находящихся в социально опасном положении, связанном с потреблением ПАВ.

Целью программы является снижение уровня социального сиротства в городе Москве. Достижение поставленной цели потребовало решения следующих задач:

- 1) организация межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями, входящими в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, на основе локальных нормативно-правовых актов;
- 2) организация и проведение профилактического консультирования семьи в целях преодоления анозогнозии и мотивации на обращение за наркологической помощью;
- 3) организация и проведение цикла занятий «Здоровая семья» для пациентов наркологической службы в рамках оказания лечебно-реабилитационной наркологической помощи родителям, имеющим несовершеннолетних детей;
- 4) организация и проведение цикла занятий «Здоровая семья» для членов Семьи в рамках оказания социально-психологической помощи по преодолению созависимости;
- 5) обучение (повышение квалификации) специалистов, работающих с семьями, где родители (родитель) несовершеннолетних детей имеют проблемы с употреблением ПАВ.

Достижение поставленных цели и задач осуществляется на основе комплексного подхода к оказанию медицинской и социальной помощи семьям, оказавшимся в кризисной ситуации, вызванной употреблением ПАВ родителями.

Целевые группы программы: родители несовершеннолетних детей, имеющие проблемы с потреблением ПАВ, и члены их семей (созависимые), состоящие на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) и/или получающие лечение в наркологических организациях; а также специалисты межведомственного взаимодействия (специалисты КДНиЗП, наркологической службы, медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь

взрослому и детскому населению; специалисты социальных служб и правоохранительных органов).

Результатами программы является:

- увеличение включенных в программу родителей из числа лиц, состоящих на учете в КДНиЗП в связи с проблемным потреблением ПАВ и ранее отказывающихся от наркологической помощи;

- увеличение включенных в программу пациентов наркологической службы, имеющих несовершеннолетних детей и участвующих в цикле занятий «Здоровая семья» по формированию навыков ответственного родительства;

- увеличение количества пациентов из числа родителей, отказавшихся от потребления ПАВ и продолжающих наркологическое лечение;

- увеличение числа включенных в программу созависимых членов семей с несовершеннолетними детьми;

- увеличение взаимодействия, числа специалистов межведомственного взаимодействия, прошедших обучение по актуальным вопросам наркологической превентологии.

Реализация программы состоит из 5 этапов

На первом организационном этапе выстраивается межведомственное взаимодействие наркологической службы с территориальными КДНиЗП и ГБУ «Мой семейный центр» ДТСЗН г. Москвы. Основанием для сотрудничества является Регламент межведомственного взаимодействия в сфере выявления социального неблагополучия детей и организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их законными представителями на территории города Москвы, утв. Протоколом заседания Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 15 декабря 2022 г. № 04/22. На основе данных, поступающих из территориальных КДНиЗП, сотрудники ГБУ «Мой семейный центр» формируют индивидуальные планы профилактической работы (ИПР) с семьями, где родители несовершеннолетних детей злоупотребляют ПАВ и уклоняются от наркологической помощи. В этих случаях важно привлекать к работе специалистов наркологической службы, что осуществляется на основании официального запроса Семейного центра на имя руководителя медицинского учреждения.

Содержание второго этапа - оказание наркологической помощи родителям несовершеннолетних детей по следующим направлениям:

- профилактическое консультирование, направленное на

исследование готовности к изменениям родителей, злоупотребляющих ПАВ, и преодоление анозогнозии;

- мотивационное консультирование, направленное на изменение деструктивных форм поведения родителей, злоупотребляющих ПАВ, и на обращение их за наркологической помощью;

- содействие в получении членами Семьи своевременной наркологической помощи в государственной медицинской организации, в том числе в получении экстренной и неотложной специализированной наркологической помощи, по показаниям;

- информирование о медико-социальных последствиях злоупотребления ПАВ, о порядке оказания наркологической помощи, о службах социальной поддержки семье, предоставление семье тематических информационно-просветительских материалов на бумажном носителе. Родителям, обратившимся в результате профилактической работы за специализированной наркологической помощью, рекомендуется участие в цикле занятий «Здоровая семья» в рамках лечебно-реабилитационных программ, реализуемых в наркологических диспансерах/стационарах.

На третьем этапе социально-психологическая помощь оказывается специалистами наркологической службы созависимым членам на уровне работы КДНиЗП и ГБУ «Мой семейный центр». Здесь созависимые члены семьи получают информацию о порядке оказания наркологической помощи зависимым и созависимым членам семьи, а также краткосрочное консультирование по вопросам выработки оптимальной стратегии лечения и реабилитации зависимого члена семьи, осознания собственных деструктивных паттернов поведения. Во время выездных мероприятий специалисты Центра профилактики мотивируют членов семьи к участию в цикле занятий «Здоровая семья» в рамках программ по преодолению созависимости, реализуемых на базе наркологических диспансеров/стационаров.

На четвертом этапе наркологическая помощь оказывается в рамках цикла занятий «Здоровая семья» для членов семей, находящихся в социально опасном положении, связанном с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей. Цикл занятий «Здоровая семья» является элементом лечебно-реабилитационной работы наркологических диспансеров, стационаров, реабилитационных центров. В результате участия в цикле «Здоровая семья», содержащем теоретические и практические компоненты, родители осваивают навыки ответственного родительства, осознают несовместимость родительской роли со злоупотреблением ПАВ.

На пятом этапе проводится работа по организации обучения специалистов, обмена опытом в сфере профилактики социального сиротства и оказания медико-социальной помощи детям и родителям, находящимся в социально опасном положении, вызванном злоупотреблением ПАВ. С целью повышения квалификации специалистов и тиражирования положительного опыта межведомственного сотрудничества проводятся круглые столы, конференции, тематические обучающие семинары и др.

Реализуемая программа выступает эффективным механизмом превенции социального сиротства, обусловленного аддиктивным поведением родителей. В рамках индивидуальной профилактической работы с семьями, находящимися в СОП, обеспечивается своевременное профилактическое воздействие, а также комплексное медико-социальное сопровождение. Межведомственное сотрудничество позволяет оптимизировать выработку управленческих решений и расширить границы оказываемой помощи для обеспечения безопасности детства и общественного благополучия.

Процедура межведомственного взаимодействия при профилактике социального сиротства отписывает порядок совместных действий специалистов наркологической службы (врачей-психиатров-наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе) в составе междисциплинарных мобильных бригад, участвующих в работе по профилактике социального сиротства.

Специалисты наркологической службы (врачи-психиатры-наркологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе) в составе междисциплинарных мобильных бригад участвуют в работе по профилактике социального сиротства на основании соглашения с семейными многофункциональными центрами и внутренних правовых документов КДНиЗП

После получения информации из КДНиЗП или МФСЦ о семье с несовершеннолетними детьми, в которой родитель/родители злоупотребляют ПАВ, специалисты наркологической службы принимают участие в совместной межведомственной работе с такими семьями. По итогам встречи с семьей, находящейся в социально опасном положении из-за злоупотребления ПАВ родителями несовершеннолетних детей (на дому или на заседании в КДНиЗП, по согласованию сторон), специалисты разрабатывают индивидуальный

план реабилитации (ИПР).

Врач-психиатр-нарколог устанавливает клинический диагноз, определяет стадию зависимости и реабилитационный потенциал, проводит краткое профилактическое консультирование с целью мотивации на обращение за медицинской помощью, выдает направление на получение специализированной наркологической помощи, оформляет медицинскую документацию. Врач-психиатр-нарколог, как член межведомственной комиссии, определяет степень тяжести наркологического заболевания. Также он участвует в принятии комиссией решения о постановке или пролонгации межведомственного учета семьи, находящейся в СОП; о направлении искового заявления в суд с целью ограничения или лишения родительских прав; о снятии с учета семьи в КДНиЗП.

Медицинский психолог в ходе психодиагностики и клинической беседы оценивает степень сохранности личностного функционирования родителя, злоупотребляющего психоактивными веществами, особенности его когнитивной деятельности и эмоционально-волевой сферы, а также выявляет преобладающие стили семейного воспитания и родительские установки.

Психолог также проводит мотивационное интервьюирование с целью преодоления анозогнозии и формирования установки на выздоровление и обращение за медицинской помощью. В процессе семейного консультирования членов семьи психолог определяет степень нарушений детско-родительских отношений и семейных связей, предоставляет информацию о порядке получения специализированной медицинской помощи.

Специалист по социальной работе оценивает жилищно-бытовые условия, уровень доходов семьи и трудовой статус; в случае обращения родителя за медицинской помощью и дальнейшего стационарного лечения специалист дает совет, как восстановить утраченные документы, помогает организовать присмотр за детьми и недееспособными членами семьи во время лечения.

Профилактическая работа с семьей с детьми, где родитель (родители) злоупотребляет ПАВ, осуществляется в двух форматах:

- экстренный выезд (рейд) в семью при выявлении социально опасного положения семьи, когда родители находятся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а дети лишены необходимого родительского ухода и заботы;
- плановые профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия на базе КДНиЗП и МФСЦ в соответствии с ИПР. Врачи-

психиатры-наркологи, медицинские психологи и специалисты по социальной работе на регулярной основе проводят для родителей, злоупотребляющих ПАВ, и созависимых членов семьи индивидуальные и групповые консультации, лекции, направленные на изменение деструктивных паттернов поведения и формирование мотивации к обращению за наркологической помощью, по запросу – помогают решать организационные вопросы.

Кроме этого, в сферу ответственности наркологической службы входит обучение специалистов межведомственного взаимодействия и повышение их квалификации в области профилактики наркологических расстройств с помощью применения восстановительных, а не карательных мер к семье с несовершеннолетними детьми. К современным профилактическим мерам по предотвращению социального сиротства относятся медиация, мотивационное интервью, семейные консультации для мобилизации внутренних ресурсов семьи.

Наркологическая служба координирует работу по обмену позитивным опытом и обсуждению трудностей при взаимодействии с семьями, находящимися в социально опасном положении из-за злоупотребления родителями ПАВ, организует комплекс научно-практических, методических и интерактивных мероприятий – тематических обучающих семинаров и вебинаров, круглых столов, межведомственных мастер-классов и др.

Выводы

Материалы раздела сформировали системное понимание методологии семейного консультирования, направленной не столько на индивидуальные нарушения пациента, сколько на оздоровление всей семейной системы и трансформацию её внутренних взаимосвязей. Была обоснована высокая актуальность семейного консультирования в профилактике наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм, изучены принципы организации консультативного процесса, определены целевые профилируемые группы, а также конкретизированы задачи и формы работы на первичном, вторичном и третичном уровнях профилактической работы с семьей.

Особое внимание в материале было уделено комплексной диагностике семейных систем с использованием ведущих теоретических моделей.

Раздел позволил освоить алгоритмы информирования, мотивирования и обучения членов семьи адаптивным навыкам. Практическая ценность изученного материала закреплена на примере

разбора программы профилактики социального сиротства.

Вопросы



1. Что означает понятие «дисфункциональная семья»?
2. Охарактеризуйте Макмастерскую модель семейного консультирования.
3. Какие формы семейного консультирования применяются при вторичной профилактике?
4. Какие диагностические методики используются при семейном консультировании созависимых?
5. Какие формы работы с семьей включает профилактика социального сиротства?

2.8. Мотивационное консультирование



Профилактика наркологических расстройств и патологического влечения опирается на известные мотивационные подходы. Эти подходы составляют основу методов, помогающих человеку найти, укрепить и развить внутреннюю готовность к изменениям деструктивных форм поведения.

Метод мотивационного консультирования (МК) и мотивационного интервью (МИ), которые первоначально предназначались для работы с пациентами с химической зависимостью, нашли свое применение в различных видах профилактической работы по изменению поведенческих факторов риска. Мотивация на изменение поведения является изменчивым состоянием, и ее трансформация возможна в процессе терапии, реабилитации или профилактики. Мотивацией можно эффективно управлять без давления и конфронтации.

Применение мотивационного консультирования в профилактической практике опирается на комплексный интегративный подход, который создавался на стыке ключевых психологических теорий

Он объединяет в себе клиент-центрированный подход К. Роджерса, когнитивно-поведенческую парадигму, теорию самоопределения Э. Деси и Р. Райана, а также транстеоретическую

модель изменений Дж. Прохазки и К. ДиКлементе, теорию когнитивного диссонанса Л. Фестингера и концепцию самоэффективности А. Бандуры.

МК — это человекоцентрированный метод помощи пациентам в формировании их мотивации к изменению деструктивного поведения, включающий преодоление внутреннего сопротивления. МК используется при долгосрочной поддержке пациентов и может применять различные техники и мотивационные стратегии. Ключевой идеей МК является представление о том, что люди охотнее меняются, когда они сами приходят к выводам о необходимости изменений, а не когда им диктуют, что делать. МК является вариативным методом мотивирования пациента на изменение его деструктивного поведения, который помимо индивидуальной очной формы включает и другие формы работы: групповые встречи, в которых участвуют 4-8 чел., дистанционные консультации с применением телемедицинских технологий и др. МК помогает пациенту определить приоритеты для достижения целей лечения.

МИ — это метод воздействия, направленный на исследование и укрепление внутренней мотивации пациента к изменениям. МИ чаще применяется в краткосрочной работе с пациентом с целью усиления уровня мотивации на уменьшение потребления или отказа от ПАВ, или преодоления патологического влечения к азартным играм.

МК и МИ в профилактике наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм базируются на единых стратегиях формирования приверженности к изменениям. Это комплекс психологических приемов, направленных на развитие, усиление и поддержание у человека внутреннего желания вести трезвый, здоровый образ жизни, отказаться от употребления ПАВ или добровольно начать лечение

Применение МК и МИ позволяет заменить неэффективное внешнее давление (запугивание, запреты, упреки) на стимулирование личной убежденности в необходимости изменений на основе ответственности и ценностных приоритетов пациента.

У. Миллер и С. Роллник, авторы МИ и МК, разработали «Терапию повышения мотивации», или МЕТ (Motivational Enhancement Therapy) (Miller, W.R., et al., 1992), которая является четко структурированным краткосрочным методом взаимодействия с пациентом и также используется в профилактической работе. МЕТ имеет четкий хронометраж и включает обязательное тестирование пациента. Авторы метода доказали: достаточно четырех правильных импульсов, чтобы пациент преодолел состояние амбивалентности (двойственного отношения к изменению поведения) и начал действовать, исходя из принятого решения. В первичной профилактике МЕТ применяется при работе с подростками, склонными к рискованному поведению и другими подростками группы риска.

Хронологическая связь между МК, МИ и МЕТ представляет собой эволюцию профилактического вмешательства от общей концепции к структурированному медицинскому протоколу.

В профилактике наркологических заболеваний и патологического влечения к азартным играм активно применяются мотивационные технологии, представляющие собой комплекс научно-практических подходов и методов, направленных на актуализацию внутренних ресурсов личности и трансформацию её деструктивных поведенческих паттернов

Связь между четырьмя понятиями - «мотивационные технологии», «МК», «МИ», «МЕТ» строится по принципу иерархии (от общего к частному) и широты применения (от масштабной стратегии к конкретному клиническому протоколу) (рис. 2.5).

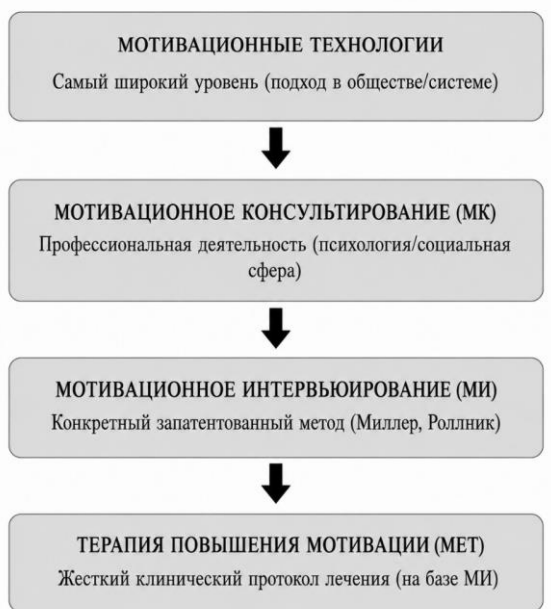


Рис. 2.5. Иерархическая структура связи мотивационных методов антиаддиктивной профилактики

Практические подходы к мотивации в сфере антиаддиктивной профилактики доказывают, что невозможно заставить человека быть здоровым против его воли.

Таблица 2.3. Сравнение практических подходов к мотивации в сфере профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм

Критерий	Мотивацион- ные технологии	Мотивацион- ное консульти- рование (МК)	Мотивацион- ное интервью- ирование (МИ)	Терапия повышени- я мотивации (МЕТ)
Уровень психологического вмешательства	Общая стратегия и подход	Профессиональная сфера взаимодействия	Конкретный психологический метод	Строгий лечебный протокол
Сферы применения профилактического вмешательства	В рекламе, социологии, медицине (наркологии), педагогике	В медицине, школах, в вузах, социальных службах, HR	В психотерапии, Консультировании (запросы на изменение поведения)	В наркологических клиниках и реабилитационных центрах
Специалисты, оказывающие профилактическое воздействие	Маркетологи, политики, врачи, учителя	Врачи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные педагоги, наставники	Врачи, Сертифицированные МИ консультанты, психотерапевты	Врачи-психиатры-наркологи, клинические психологи
Пример применения наркологии	Создание цифровых решений для молодежи в сфере ЗОЖ и профилактики наркологических расстройств и гемблинга	Групповое МК: проведение дискуссии со студентами о вреде аддиктивных благ, о жизненных целях и роли трезвости	Беседа с подростком, который начал курить вейп, для выявления его собственной мотивации отказа от продолжения курения	Проведение 4-х сессионного курса лечения алкоголизма, где данные анализов пациента обсуждаются с применением техник МИ

Эффективная превентология — это процесс, где теория (понимание психологии человека) через правильно подобранный метод мотивации (МИ, МК, МЕТ, мотивационные технологии) активирует главный ресурс изменений поведения. Каждый из методов направлен на активацию внутреннего осознанного решения самой личности отказаться от наркологических рисков ради собственных жизненных целей.

2.8.1. Общие принципы и техники работы МК, МИ и МЕТ

МК, МИ и МЕТ имеют общие принципы взаимодействия «врач-пациент», основой которого являются партнерские отношения. В мотивационном подходе специалист проявляет эмпатию и принятие, иными словами, он демонстрирует безусловное позитивное отношение, уважение к пациенту как к личности, стремится понять его чувства без осуждения. Амбивалентность пациента воспринимается специалистом как нормальная часть подготовки к изменению. При этом роль специалиста включает оказание помощи пациенту в осознании им собственных противоречий. В методах мотивации не используется прямое убеждение, как неэффективный способ разрешения противоречий. Мотивационно направленный диалог постепенно формирует готовность пациента к изменению. Специалист содействует тому, чтобы желание изменений исходило от самого пациента. Также специалист поддерживает автономность и самоэффективность пациента, то есть, укрепляет веру пациента в свою способность достичь изменений через подчеркивание прошлых успехов и сильных сторон.

Базовыми техниками МК, МИ и МЕТ является OARS:

- O — Открытые вопросы (Open-ended questions);**
- A — Аффирмации (Affirmations);**
- R — Рефлексивное слушание (Reflective listening);**
- S — Обобщение / Резюмирование (Summaries)**

Эти техники помогают специалисту сформировать мотивацию пациента к изменению деструктивных паттернов, снизить сопротивление и укрепить доверие. Рассмотрим техники OARS более подробно.

Техника «открытые вопросы» (Open-ended questions) побуждает пациента подумать над ответом: например, *«О чем бы вы хотели поговорить в первую очередь?»*, *«Какие вы видите положительные стороны в изменении?»*, *«Что для вас наиболее важно в изменении?»*). Техника «поддерживающие утверждения» (Affirmations) помогает повысить уверенность пациента в способности к изменениям: например, *«Вы проявили силу, решительность, делая это...»*. Техника «рефлексивное слушание» (Reflections), когда специалист перефразирует слова пациента, чтобы показать понимание. Техника «резюмирование» (Summary), в которой специалист кратко пересказывает ключевые моменты беседы.

В мотивационных методах применяются и другие техники.

Техника «исследование ценностей» помогает специалисту связать изменения с ценностями и целями пациента, например, после выбора пациентом лично-значимых ценностей, специалист выражает поддержку: *«Вы выбрали «Профессионализм» и «Семью» как две самые важные опоры в вашей жизни. Расскажите немного подробнее, что для вас значит «быть мастером своего дела» и какой смысл вы вкладываете в ценность семьи»*. После ответов пациента, специалист акцентирует несоответствие между тем, что ценит пациент и тем, что он реально делает: *«То есть для вас критически важно быть авторитетом на работе и надежным, сильным примером для сына дома. А как то, что происходит с алкоголем в последнее время, соотносится с этими важными для вас вещами?»*.

Техника «чаши весов» помогает акцентировать амбивалентность и продолжить работу с осознанием противоречий между поведением и ценностями пациента: *«С одной стороны, что нынешний образ жизни дает вам хорошего? А с другой, что он у вас забирает?»*.

Техника «шкала важности» применяется специалистом, чтобы оценить готовность пациента к изменениям. Он просит пациента оценить по шкале от 0 до 10, насколько важно для него изменить свое аддиктивное поведение. Затем он просит объяснить, почему пациент поставил именно эту цифру, а не 0.

Техника «баланс принятия решений» помогает пациенту

«ВЗВЕСИТЬ» ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ.

Техника «малых шагов» вместо радикальных изменений предлагается начать с малого, чтобы повысить шансы на успех. Например: диалог специалиста и пациента с зависимостью от азартных игр. Специалист: *Я понимаю ваше состояние, когда все давит, и, если не пытаться снести эту стену за один день, а сделать один очень маленький, безопасный шаг сегодня — просто чтобы начать движение. Какое микро-действие прямо сейчас под силу вашей трезвой части?* Пациент: *удалить приложения букмекеров с телефона? Но я же могу зайти через браузер.* Специалист: (поддержка и детализация): *удалить приложения — это отличная идея, даже если есть лазейка через браузер.* Пациент: *ну, можно отдать зарплатную карту маме. Чтобы у меня на руках не было свободных денег, когда начнется зуд.....».*

Техника «снижения сопротивления» использует парадокс, когда специалист предлагает «оставить все как есть».

Техника «переформатирование» заключается в том, что специалист перефразирует утверждения пациента таким образом, чтоб доводы против изменений превратит в доводы «за». Пациент: (аргумент «против»): *«Я не могу сейчас бросить употреблять. Если я резко остановлюсь, у меня начнется дикий кумар (абстиненция), меня будет выворачивать наизнанку, я просто не выдержу этой боли!».* Специалист: (переформатирование «за»): *«То есть вы настолько сильно устали от этой боли и от того, как вещество физически разрушает и контролирует ваше тело, что больше всего на свете хотели бы пройти через очищение безопасно и под контролем врачей, чтобы этот кошмар наконец-то закончился раз и навсегда».*

Ограничения применения методов МК, МИ и МЕТ могут быть связаны с категорической неготовностью пациента к изменениям, с наличием серьезных сопутствующих расстройств у пациента (шизофрении, биполярное расстройство и др.), с неготовностью пациента анализировать свои чувства и мотивацию.

Содержание профилактической работы специалиста с применением МК, МИ и МЕТ строится с учетом стадии готовности к изменениям (рис.2.6).

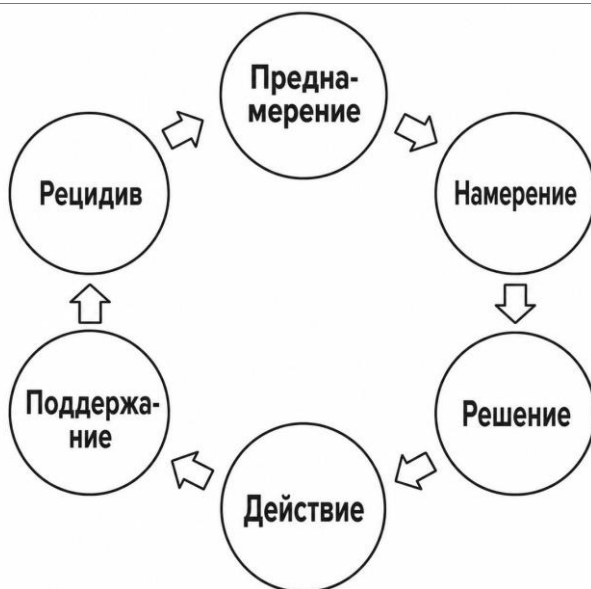


Рисунок 2.6. Схема цикла готовности к изменениям

Стадия готовности к изменениям у пациента может определяться с помощью диагностических методик: для пациентов с химической зависимостью или пагубным употреблением - «Шкалы стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES» (16 вопросов) или более универсальной «Методики исследования стадий психотерапевтических изменений URICA») (32 вопроса), которые подходят также для лиц с патологическим влечением к азартным играм или созависимостью. Применяют также «Линейку готовности» - самый быстрый экспресс-инструмент для приема. Пациенту показывают шкалу от 0 до 10 и задают несколько вопросов: «Насколько вы готовы к изменениям прямо сейчас от 0 (вообще не готов) до 10 (абсолютно готов)?» После того, как пациент называет цифру (например, 4), задается важный мотивационный вопрос: «Почему вы выбрали 4, а не более низкую цифру, например 2?» (Это заставляет пациента самого озвучить свои аргументы «за» лечение).

Стадия готовности пациента к изменениям может также определяться в процессе мотивационной беседы с помощью вопросов, которые задает специалист. При положительном ответе пациент на-

ходится на этой стадии изменения или уже ее прошел. На стадии «Преднамерение» (предварительные размышления) задается вопрос: *«Хотите ли вы попробовать изменить...?»*. На стадии «Намерение» (размышление об изменениях) специалист спрашивает: *«Думаете ли вы об изменении ...?»*. На стадии «Решение» (принятие решения) специалист интересуется: *«Планируете ли вы в ближайшем будущем изменить...?»* На стадии «Действие» специалист конкретизирует: *«Готовы ли вы составить план того, как нужно изменить...?»*. На стадии «Поддержка» специалист задает вопрос: *«Пытаетесь ли вы в настоящее время изменить...?»* На стадии «Рецидив» специалист может спросить: *«Стараетесь ли вы сохранять изменения...?»*.

В зависимости от стадии готовности пациента к изменению своего аддиктивного поведения, специалист решает определенные задачи. На стадии «Преднамерение» у пациента еще нет серьезного намерения менять патологическое поведение, степень риска недооценивается, не осознаются опасности последствий, демонстрируется пассивное поведение и тенденция избегать контактов с помогающими специалистами. Тем не менее, перед специалистом стоит задача вызвать сомнение в отсутствии проблем, связанных с употреблением, установить связь между жизненными проблемами и злоупотреблением ПАВ; а также помочь пациенту в осознании опасности употребления ПАВ через информирование. Он предлагает пациенту рассмотреть и реалистично оценить свою ситуацию.

На стадии «Намерение» происходит частичное осознание необходимости изменить патологическое поведение, выявляется амбивалентность (противоречивость) при оценке соотношения аргументов

«за» и «против» изменения проблемного поведения, но решения измениться еще нет. Специалист прилагает усилия для исследования чувств и конфликтов между злоупотреблением ПАВ и личностно значимыми ценностями пациента, повышения осознания последствий продолжения пагубного поведения и преимуществ отказа от него, проявляя эмпатию и избегая осуждения и конфронтации. Амбивалентность нормализуется, поддерживается мысль о возможности изменения образа жизни. Важным является побуждение пациента к самостоятельному анализу его жизненной ситуации.

На стадии «Решение» проблема осознается пациентом, принимается решение измениться и планируются шаги к изменению, аргументы «за изменения» преобладают над «против изменений» при флуктуирующей амбивалентности. Пациент, приняв решение обратиться за медицинской помощью, получает поддержку специалистов наркологической службы. Однако, возможно, что реальные действия не начинаются, переносятся или прекращаются после краткой активности. Важно, чтобы специалист оказывал поддержку решению изменяться, информировал его о путях решения его проблемы.

Только на стадии «Действие» пациент предпринимает конкретные шаги по решению осознанной проблемы, опробует новое поведение. Это самый напряженный период, требующий большого количества сил и поддержки. Изменения становятся заметны окружающим, вызывают их живой интерес, но он быстро иссякает, и пациент снова оказывается с проблемой «один на один», повышается вероятность срыва. Задача специалиста на этом этапе - помочь пациенту следовать намеченному плану, анализировать и решать возникающие вследствие изменений проблемы, а также осваивать навыки поддержания трезвости, в частности, поиска социальной поддержки и положительного подкрепления.

На стадии «Поддержание» пациент достигает стабильных долгосрочных изменений. Наблюдается рост самооэффективности – веры в успешность своих действий, положительной оценки собственной поведенческой компетентности. Проблема перестает быть угрозой или соблазном, однако сохраняется вероятность возникновения тяги к тому поведению, от которого удалось избавиться, и возможность срыва. Необходима противорецидивная поддержка.

Стадия «Рецидив» возможна из-за цикличности изменений. Несмотря на прилагаемые усилия симптомы возвращаются, и пациент оказывается на предыдущих стадиях готовности к изменениям. Перед пациентом встают задачи устранения последствий срыва, анализа причин срыва и решения о дальнейших действиях. Полученный опыт изменений позволяет возвращаться к начальным этапам на новом уровне, более подготовленным к изменению, лучше понимая

причины неудачи и пути к успеху. Необходима поддержка специалистов в поиске альтернативных стратегий совладания.

Важно понимать, что стадии изменений не ограничены во времени: некоторые из них могут длиться только несколько часов, другие – в течение ряда лет, а одна из стадий может быть пропущена.

Особенности применения МК и МИ, МЕТ в наркологии

После определения стадии готовности к изменениям дальнейшая работа в рамках МК и МИ с пациентом состоит из четырех последовательных действий специалиста: вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование изменений

1. «Вовлечение». Специалист устанавливает контакт, обеспечивает доверительные отношения, демонстрирует искреннее уважение и интерес к пациенту. Наркологические пациенты часто приходят на консультацию под давлением (семьи, полиции, работодателя) и ожидают от специалиста нотаций, лекций или осуждения. Поэтому перед специалистом на этом этапе стоит задача снизить уровень защиты и сопротивления. Специалисту важно проявлять эмпатию, принимая позицию пациента без критики и отказываясь от желания немедленно «исправить» его жизнь.

2. «Фокусирование». Специалист согласовывает с пациентом конкретное направление беседы. У пациента могут быть разрушены многие сферы жизни (здоровье, финансы, отношения). Беседа может хаотично перескакивать с темы на тему. Задачей специалиста является ограничение круга обсуждаемых проблем и выработка совместного с пациентом решения о том, что главной темой взаимодействия станет употребление ПАВ и связанные с этим риски.

3. «Побуждение». Через диалог специалист помогает пациенту сформулировать личные причины для изменений, тем самым усиливая его мотивацию. Это центральный этап консультирования. Вместо того, чтобы говорить пациенту: «Вам нужно бросить пить/принимать вещества, потому что это разрушает вашу печень», консультант задает вопросы так, чтобы пациент сам произнес эти

аргументы. Одна из важных задач специалиста заключается в исследовании амбивалентности (двойственность чувств, когда человек одновременно хочет и употребить, и завязать) и стимулировать пациента самому заговорить на тему изменений своего аддиктивного поведения. Когда пациент самостоятельно осознает и вербализирует мотивы к трезвости, уровень его готовности к изменениям существенно возрастает.

4. «Планирование изменений». Эта стадия начинается только тогда, когда у пациента сформировалась явная готовность менять свой образ жизни. Попытка планировать лечение слишком рано (на этапе сопротивления) приведет к провалу. На этом этапе специалисту важно совместно с пациентом составить пошаговый, реалистичный план, например: поставить самозапрет на игру, посещать группы АН/АА, удалить контакты дилеров. Медицинский специалист здесь выступает в роли поддерживающего эксперта, но ответственность за выполнение плана лежит на пациенте.

Особенности работы по методу МЕТ (*Motivational Enhancement Therapy* / Терапия мотивационного усиления) в отличие от МК и МИ заключается в её жесткой регламентации, ограниченности по времени, и обязательном включении этапа объективной стандартизированной диагностики с обратной связью

При этом, также как МК и МИ, ей присущи неконфронтационный стиль, снижающий сопротивление и повышающий вовлеченность пациента, опора на внутренние ресурсы, гибкость, акцент на свободе выбора и ответственности самого человека.

Главные задачи МЕТ - пробудить внутреннюю готовность к переменам, осознать проблему, увидеть расхождение между текущим поведением и жизненными целями, укрепить веру в собственные силы и составить реалистичный план изменений. МЕТ не включает прямое обучение навыкам.

МЕТ может использоваться как самостоятельный метод или сочетаться с другими видами консультирования или психотерапии, например, когнитивно-поведенческой (Илюк Р.Д., 2012; Мелёхин А. И., Веселкова Ю. В, 2015):

МЕТ обычно включает 4 хорошо структурированные встречи по

45-50 минут:

- первичная оценка, сбор данных о поведении, связанном с проблемой
- 2-4 индивидуальные терапевтические сессии (иногда с привлечением близких на первых встречах) (Голубев В.Л., Данилов А.Б., Добрушина О.Р., 2011).

Типичный процесс МЕТ выстроен следующим образом:

Первая сессия. Пациенту дается обратная связь по результатам оценки состояния здоровья, обсуждается опыт пациента, выявляются «самотивлирующие» высказывания, начинается разработка плана изменений. Медицинский специалист может сформулировать обратную связь по результатам медицинской диагностики и тестирования таким образом: *«Михаил, по результатам медицинских анализов (активность печеночных ферментов АЛТ и ГГТ в сыворотке крови) ваши показатели превышают норму в три раза. Тест «Схема оценки семьи» (FAD) также показывает, что в вашей семье из-за употребления критически нарушена шкала «Коммуникация». Это медицинские маркеры того, что алкоголь начал разрушать и ваше тело, и ваши отношения. Что вы сами думаете, глядя на эти результаты?»*. Далее специалист целенаправленно усиливает мотивацию через базовые ценности пациента, извлекая из предыдущего диалога само-мотивирующие высказывания пациента: *«Вы сказали, что, когда выпиваете лишнего, вам становится стыдно перед дочерью-подростком. Расскажите подробнее, почему для вас так важно, чтобы дочь видела вас трезвым? Каким отцом вы хотите быть для неё?»*. Затем медицинский работник стимулирует пациента наметить план изменений *«Давайте сделаем первый, самый безопасный шаг на этой неделе. Какое минимальное и реалистичное обязательство относительно алкоголя вы готовы взять на себя прямо сейчас, чтобы защитить ваши отношения с дочерью?»*

Вторая сессия. Закрепляется наметившийся прогресс, продолжается работа над планом изменений. Так, специалист фиксирует внимание на успехе и самоэффективности пациента *«Всю прошлую неделю вы оставались абсолютно трезвым, несмотря на тяжелые выходные. Это огромный шаг вперед. Поделитесь, за счет каких внутренних сил или каких действий вам удалось справиться с тягой в пятницу вечером? Что именно сработало лучше всего?»*. Медицинский работник предлагает продолжить работу над планом

изменений: *«Итак, первый шаг сработал. Теперь давайте расширим наш план. Из вашего опыта мы знаем, что главным триггером к употреблению для вас является усталость после работы и одиночество дома (психосоциальные факторы по Энгелю). Что мы можем внести в план на вечер будних дней, чтобы ваш мозг получал безопасную разгрузку без алкоголя?»*

Третья сессия. Специалист поддерживает и поощряет усилия пациента достичь изменений, закрепляет достигнутое, при необходимости корректирует стратегии достижения позитивного результата. Пример поддержки и поощрения усилий пациента со стороны специалиста: *«Вы не пьете уже почти месяц, и ваша супруга на совместной встрече отметила, что дома впервые за долгое время стало спокойно — это отличная динамика. Я восхищен вашим упорством в достижении цели, вы вкладываете много сил в восстановление вашей жизни»*. Корректируя стратегии при работе с угрозой срыва, медицинский специалист говорит: *«Вы упомянули, что вчера на дне рождения коллеги тяга к алкоголю вспыхнула с новой силой и вы едва удержались от рюмки. Это нормальный этап, тяга может возвращаться волнообразно. Нам нужно продумать точнее, как вы будете действовать в следующий раз, если окажетесь в компании, где все пьют. Давайте пропишем пошаговый алгоритм вашего отказа»*.

Четвертая сессия. Медицинский работник резюмирует успехи и достижения пациента в рамках протокола МЕТ и передает ему ответственность за сохранение долгосрочной трезвости. Примером подведения итогов может служить следующие фразы специалиста: *«Михаил, сегодня наша заключительная сессия в рамках протокола МЕТ. Посмотрите на этот путь: 12 недель назад вы пришли с чувством бессилия и плохими анализами, а сегодня у вас за плечами почти три месяца трезвости, новые привычки и возвращение доверия в семье. Какой главный вывод о своих силах вы сделали за это время?»* Передача ответственности клиенту обеспечивает устойчивость долгосрочной стратегии изменений: *«Наша совместная программа завершается, и теперь управление вашей трезвостью полностью переходит в ваши руки. Ваш план изменений готов, маркеры риска вам известны. Что вы сделаете в первую очередь, если почувствуете, что стресс накапливается, а старые мысли об алкоголе начинают возвращаться?»*

2.8.2. Преодоление анозогнозии

Анозогнозия наркологических пациентов и лиц с патологическим влечением к азартным играм — это психопатологический феномен, при котором полностью отсутствует или существенно снижена критическая оценка прогрессирующего заболевания, в частности алкоголь-ной, наркотической или игровой зависимости. Это — означает непризнание или преуменьшение пациентом факта болезни, игнорирование её очевидных признаков, что препятствует своевременному обращению за медицинской помощью и проведению лечения. Это феномен у больных алкоголизмом впервые описал И.И.Лукомский (1960). Некритичность больных с зависимостью объясняется различными факторами: неврологическими, психофизиологическими, психогенными. Несмотря на наличие многочисленных гипотез, патофизиологические механизмы анозогнозии остаются спорными, и общепризнанная концепция анозогнозии пока отсутствует (Сафуанов Ф.С., и др. 2011). Согласно психогенной трактовке анозогнозия — это бессознательная психологическая защита от информации, которая вызывает тревогу, чувство вины и проявления амбивалентности.

Для оценки эффективности мотивационной работы и динамики анозогнозии в наркологии наиболее часто используется Опросник готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES) и Опросник «Алкогольная анозогнозия» (разработанный В.Б. Альтшулером и М.А. Винниковой). Это методики, направленные на выявление и оценку степени непризнания (отрицания) больным своего заболевания, являются одними из широко используемых диагностических инструментов в клинике аддикций. Опросники позволяют оценить степень осознания пациентом необходимости изменений, преодоления амбивалентности и непосредственного совершения действий, направленных на изменение поведения.

Анозогнозия в большинстве случаев поддается коррекции с помощью методов мотивационной работы. Между методами МК, МИ и МЕТ есть существенные различия в том, как именно специалисты преодолевают анозогнозию пациентов. Эти различия кроются не в базовой философии метода, а в инструментах, степени гибкости и структуре сессий.

В таблице 2.4 представлены специфика преодоления анозогнозии в рамках каждого из рассматриваемых терапевтических подходов: мотивационного консультирования, мотивационного интервьюирования и мотивационно-ориентированной терапии.

Таблица 2.4. Различия в тактиках преодоления анозогнозии в МК, МИ и МЕТ

Критерий	МК	МИ	МЕТ
Главный инструмент против отрицания	Психообразование и информирование с согласия клиента.	Рефлексивное слушание и поиск внутренних ценностей.	Объективные данные, результаты тестов и анализов.
Отношение к ярлыкам («наркоман», «алкоголик»)	Обсуждаются мягко, как медицинский факт, а не клеймо.	Полностью избегаются, если эти слова вызывают протест.	Могут быть озвучены в контексте интерпретации результатов тестов.
Динамика процесса	Средняя, сочетает гибкость и экспертную позицию.	Медленная, глубинная, следует за темпом пациента.	Быстрая, директивно-фокусированная на результатах диагностики.

МК работает с анозогнозией через интеграцию элементов МИ в классическую модель информирования и консультирования. Применяется смешанный подход: специалист использует философию МИ, но при этом сохраняет за собой право давать экспертные рекомендации и информацию о болезни. В работе с отрицанием специалист активно использует технику «Сэндвича» (Разрешение от пациента/ Информация/ Проверка понимания). Эта техника не навязывает диагноз, но открыто предлагает пациенту узнать медицинские факты об аддикции. *Ключевым инструментом* является информирование с согласия пациента. Например: *«Вы говорите, что контролируете ситуацию. Разрешите, я поделюсь с вами тем, как химическая зависимость обманывает мозг на биологическом уровне, а вы примерите это на свой опыт?»*.

Преодоление анозогнозии в рамках МИ достигается через исследование специалистом феномена амбивалентности и актуализацию в сознании пациента несоответствий (когнитивного диссонанса) между его долгосрочными целями, ценностями и

актуальным поведением. Тактика работы специалиста максимально гибкая, плавная и подстраивающаяся под пациента в моменте. Специалист проявляет заботу и сопереживание, проявляет интерес к беседе, обращает внимание на язык тела, задает открытые вопросы. Понимать то, что испытывает другой человек, а также умение разделять эти чувства и есть эмпатия. Эмпатия специалиста поддерживается методами *активного слушания* (парафраз, эхотехника, уточнения, паузы, отражение чувств, резюмирование и др.). Он полностью отказывается от слова «болезнь» или «наркомания», если пациент против этих ярлыков. Вместо этого он исследует *конкретные факты из жизни пациента. Ключевыми инструментами работы* по преодолению анозогнозии являются *техники OARS*. Анозогнозия в МИ преодолевается постепенно, за счет того, что пациент с помощью врача начинает находить противоречия в своих словах. В завершении мотивирования специалист делает вывод, о необходимости обращения за специализированной наркологической помощью для улучшения своего состояния и решения проблем со здоровьем.

При использовании МЕТ преодоление анозогнозии происходит за счет структурированной, объективной обратной связи (Feedback) по результатам тестирования. Специалист в подходе МЕТ следует четко разработанному протоколу. В отличие от классического МИ, специалист в МЕТ начинает работу с отрицанием пациента с масштабной стандартизированной оценки (тесты на уровень зависимости, биохимические анализы крови, оценка когнитивных функций). *Ключевым инструментом* является персонализированная обратная связь. Врач не просто беседует, он предлагает пациенту ознакомиться с результатами: *«Смотрите, ваши показатели поражения печени находятся в зоне высокого риска, а по тестам уровень зависимости выше, чем у 85% людей вашего возраста. Что вы об этом думаете?»*. МЕТ разрушает анозогнозию не через абстрактные рассуждения, а сталкивая психологическую защиту пациента с сухими, объективными медицинскими фактами, что не исключает также применения техник OARS.

2.8.3. Особенности мотивационных методов при работе с подростками

Мотивационная работа с подростками строится на тех же

принципах, которые применяются к взрослым, а именно: недопустимость критики, поучений, запретов, конфронтаций, покровительственной позиции, оценок.

Основными методами антиаддиктивной профилактики среди подростков являются МК и МИ. Главной задачей специалиста является не переубеждение, а помощь в осознании и выражении своих личных оснований в пользу здорового образа жизни

Подростки зеркально отражают давление, и чем сильнее специалист настаивает на вреде наркотиков, тем сильнее они будут защищать свою позицию. Следует уважать автономию подростка, общаться на равных, тон беседы должен быть спокойным, принимающим.

Важно следить за балансом активности пациента и предоставлять возможность подростку выражать свое мнение. Врач-психиатр-нарколог при этом задает вопросы и внимательно слушает, помогая ему раскрыть мысль. Специалисту стоит использовать преимущественно открытые вопросы и избегать тех, которые могут вызывать у подростка чувство вины и желание оправдаться. Применение методов МК и МИ в работе с подростками имеет свою специфику, которая представлена в таблице 2.5.

Таблица 2.5. Применение МИ и МК для подросткового возраста

Критерий	Мотивационное интервьюирование (МИ)	Мотивационное консультирование (МК)
Цель	Точечная: помочь подростку самому озвучить аргументы «за» отказ от ПАВ или участия в азартных играх	Комплексная: сформировать готовность к изменениям, дать навыки для удержания позитивных изменений
Продолжительность	Краткосрочно (часто одна сессия или 15–20 минут внутри другой беседы).	Среднесрочно (курс из 3–5 полноценных консультаций).
Структура	Строго следует 4 этапам: вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование.	Более гибкая структура, адаптированная под запрос ведения конкретного случая.

Экспертность	Консультант — только «проводник», подросток сам находит решения.	Консультант может мягко выступать в роли эксперта (давать информацию, обучать копинг-стратегиям).
Кто проводит	Любой обученный специалист: врач, психолог, социальный педагог	Профильный специалист: врач-психиатр-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, аддиктолог

При проведении МИ на первом этапе «Вовлечение» специалист устанавливает контакт, общается на равных, без позиции «эксперта», гарантирует конфиденциальность (если нет прямой угрозы жизни подростка), легализует автономию подростка, например: *«Я не собираюсь тебя лечить или читать нотации. Выбор всегда за тобой»*.

На втором этапе «Фокусирование» специалист использует *технику открытых вопросов*, стимулируя подростка говорить самому большую часть времени. Он может спросить: *«Какую роль вещество/ алкоголь играет в твоей жизни сейчас?»*, *«Что тебе дает курение или выпивка в компании?»*.

На третьем этапе «Побуждение» выявляет амбивалентность и когнитивный диссонанс. Для этого используют технику «Баланс решений». Когда специалист спрашивает: *«Что хорошего ты видишь в употреблении?»*, подросток может раскрыться, видя, что на него не оказывают давление. Затем специалист выявляет обратную сторону: *«А что в этом есть плохого или опасного для тебя?»*. Для выявления амбивалентности специалист может также использовать технику «Квадрат Декарта», который позволяет подростку наглядно увидеть внутренний конфликт между сиюминутным удовольствием и долгосрочными потерями. На этом этапе уместно применить технику «Взгляд в будущее»: *«Каким ты видишь себя через 3 года? Как ПАВ, алкоголь, азартная игра может помешать этому?»*. Используют также техники поддержки, переформатирование, резюмирование. Важно, чтобы речь специалиста была понятна подростку, при этом нежелательно использовать молодежный сленг, чтобы показаться подростку своим, что может быть воспринято подростком как заискивание и нечестность.

К завершающему этапу «Планирования» следует переходить только тогда, когда подросток сам выразил готовность снизить потребление или отказаться от ПАВ. Можно использовать техники

шкалирования готовности к изменениям от 1 до 10. Когда подросток подтвердил готовность изменить свое поведение, нужно помочь ему разработать пошаговый план действий. Специалисту важно обсудить с подростком триггеры, усиливающие желание употребить алкоголь, ПАВ, поставить ставку. Это может быть стресс, скука, давление друзей. Затем специалист помогает подростку найти альтернативное безрисковое поведение, которое может помочь в этих ситуациях – спорт, музыка, дыхательные практики и др. Для подростков особенно значимо отработать технику отказа от рискованных предложений в компании друзей. Для этого можно использовать ролевую игру с отработкой конкретных фраз уверенного отказа (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2005).

Практика медицинской профилактики патологического влечения к азартным играм

Программы профилактики патологического влечения к азартным играм (лудомании) строятся на основе межведомственного взаимодействия и делятся на три уровня: первичную, вторичную и третичную превенцию. В соответствии с Приказом Минздрава России № 666н и Приказом Минздрава РФ от 12.01.2026 № 10н с 1 сентября 2026 года пациенты с диагнозом «патологическое влечение к азартным играм» могут официально и бесплатно наблюдаться в государственных наркологических диспансерах наравне с лицами, имеющими химические зависимости. Ниже приведена структура программ и методы, применяемые на каждом из этапов профилактики.

Первичная профилактика патологического влечения к азартным играм (уровень популяции и групп риска) ориентирована на широкие массы населения, в первую очередь на детей, подростков и молодежь, с целью не допустить первого опыта участия в азартных играх. Законодательные и цифровые барьеры, предусмотренные в рамках реализации первичной профилактики, предполагают внедрение механизмов обязательного информирования о рисках на сайтах букмекеров, создание запретов на рекламу, а также применение механизма добровольного самозапрета граждан на участие в азартных играх и онлайн-лотереях. Необходимо проведение информационных кампаний, нацеленных на разрушение мифов о «легких деньгах» и «выигрышных стратегиях».

Вторичная профилактика направлена на проведение адресной

работы среди лиц, у которых уже замечено увлечение играми (компьютерными симуляторами, ставками, онлайн-покером и др.), но патологическое влечение еще не сформировано. Необходимо разрабатывать программы психологической коррекции, которые включают техники КПТ для разрушения «ошибок игрока» (веры в то, что случайность поддается контролю). Альтернативная интеграция деятельности позволяет переключить фокус внимания подростка или взрослого на просоциальную деятельность (спорт, бизнес-проекты или творчество) где есть соревновательный элемент, но минимизированы финансовые риски. Семейные программы помогают выстроить профилактическую работу с ближайшим окружением пациента, в ходе которого родители и супруги проходят обучение навыкам строго контроля финансовых потоков (блокировка карт, аудит выписок), устранения внутрисемейных конфликтов, провоцирующих уход детей и подростков в игровую реальность.

Третичная профилактика проводится среди пациентов с установленным диагнозом «патологическое влечение к азартным играм». В ходе третичной профилактики предотвращается срыв и поддерживается нормативная жизнь человека. Программа предотвращения срывов (модель А. Марлатта) позволяет выстроить пошаговый алгоритм, в ходе которого медицинский психолог помогает пациенту составить карту личных триггеров (стресс, свободные деньги, одиночество) и прописать детальный план действий при их возникновении.

Финансово-цифровой демаркетинг обеспечивает полную блокировку игровых аккаунтов, передачу контроля над доходами доверенным членам семьи, а также позволяет использовать программы-блокировщики азартного контента на всех гаджетах. В третичной профилактике значимую роль играют группы взаимопомощи и самопомощи, которые интегрированы в программы «Анонимные Игроки» (по аналогии с «12 шагами» для химических зависимостей), где пациент получает социальную поддержку от лиц с аналогичной проблемой.

Программы профилактики патологического влечения к азартным играм на современном этапе трансформируются в зависимости от задач первичной, вторичной или третичной профилактики.

В мировой практике профилактика патологического влечения к азартным играм (лудомании) координируется в рамках концепции Ответственный гемблинг (Responsible Gambling). Программы

реализуются крупными независимыми фондами, научными институтами и государственными структурами, используя доказательные психологические и информационные подходы

Одной из научно обоснованных международных превентивных моделей является Национальная программа профилактики (National Prevention Programme - NPP), реализуемая фондом GambleAware (Великобритания). Данная программа функционирует как единая экосистема раннего вмешательства. Она включает масштабные медиакампании «BetRegret» (обучение игроков распознавать моменты импульсивного желания сделать ставку), интерактивные цифровые инструменты самодиагностики и развертывание национальных сетей психологической помощи.

К числу авторитетных превентивных проектов также относится Программа Совета по ответственному гемблингу (Responsible Gambling Council — RGC, Канада). Канадский RGC признан одним из мировых лидеров в сфере разработки превентивных стратегий. На его базе разработаны такие ключевые проекты, как GAME BRAiN - интерактивное игровое шоу для старшеклассников и студентов, наглядно разрушающее математические иллюзии выигрыша, и Check Your (Re)Flex - цифровая программа для молодежи в возрасте от 18 до 24 лет, направленная на оценку рисков импульсивного поведения в интернете.

Специализированная программа для молодежи и студенчества SAGA (Students Against Gambling Addiction), созданная Советом по проблемам гемблинга штата Флорида (FCCG, США), представляет собой комплексный превентивный курс, направленный на борьбу с игровой зависимостью. Данный проект ориентирован на внедрение в практику высших учебных заведений и деятельность студенческих атлетических ассоциаций региона. Программа делает упор на обучение студентов-волонтеров («peer educators»), которые внутри кампусов ведут лекции и тренинги, помогая сверстникам (особенно студентам-спортсменам) справляться со стрессом без участия в ставках. Программа Ludens (Европа / Италия) научно доказанная европейская программа профилактики, базирующаяся на принципах этического и осознанного поведения. Она встраивается в школьное образование и направлена на развитие у подростков критического мышления, финансовой грамотности и понимания теории вероятностей, что математически блокирует веру в «удачу» или «схемы обыгрыша казино». Поскольку лудомания переместилась в

интернет, важнейшей частью профилактики стали технологические программы самоисключения. Например, платформа GAMSTOP (Великобритания) позволяет создать Единую государственную программу национального самоисключения. Гражданин может добровольно зарегистрироваться в системе, после чего алгоритм автоматически блокирует ему доступ ко всем лицензированным онлайн-казино и букмекерским сайтам страны на срок от 6 месяцев до 5 лет. Программное обеспечение Gamban и BetBlocker аккумулирует глобальные программные продукты, которые устанавливаются на смартфоны и компьютеры. Они используют постоянно обновляемые базы данных для жесткой блокировки любого гемблинг-контента, игровых серверов и рекламы азартных игр на уровне операционной системы.

Глобальные терапевтические и поддерживающие онлайн-сервисы Gambling Therapy от организации Gordon Moody (Великобритания) являются международной онлайн-службой, работающей на десятках языков (включая русский). Она предлагает бесплатные программы самопомощи, мобильные приложения с упражнениями, базирующимися на методах КПТ, а также круглосуточные текстовые чаты поддержки для игроков, находящихся на грани срыва. Также известна программа Gamblers Anonymous (Анонимные Игромены) от Всемирного бесплатного сообщества взаимопомощи. Они используют адаптированную терапевтическую программу «12 шагов» (по аналогии с Анонимными Алкоголиками), где группы работают во многих странах мира как в очном, так и в онлайн-формате.

Все перечисленные международные модели (особенно канадская GAME BRAiN и британская GAMSTOP) служат прообразами для внедрения аналогичных мер в РФ. Это прямо соотносится с требованиями Приказа Минздрава от 12.01.2026 № 10н, требующего интеграции психологических, цифровых и социальных инструментов контроля внутри группы диспансерного наблюдения ДН-4.

Методы мотивационной работы являются базовыми в сфере профилактики наркологических заболеваний и патологического влечения к азартным играм у взрослых и несовершеннолетних. Их эффективность подтверждена многочисленными исследованиями доказательной медицины.

Изучение материалов данного раздела позволило систематизировать научно-методические подходы к применению

мотивационного консультирования лиц с наркологическими расстройствами и патологическим влечением к азартным играм. В рамках раздела было проведено концептуальное сопоставление ключевых методов и технологий: мотивационного консультирования (МК), мотивационного интервьюирования (МИ) и терапии повышения мотивации (МЕТ). Анализ общих принципов и техник позволил определить дифференцированную направленность превентивного воздействия в зависимости от текущего уровня готовности пациента к изменениям.

Особое внимание в материале уделено алгоритмам и этапам работы, отличающим применение МК и МИ от структурированной терапии повышения мотивации (МЕТ), что имеет решающее значение для преодоления анозогнозии как наиболее распространенного барьера при лечении аддикций.

Вопросы



1. Какие теории лежат в основе мотивационного консультирования?
2. Каковы общие принципы работы, применяемые в мотивационном консультировании, мотивационном интервью и терапии повышения мотивации?
3. Какие базовые техники используются в МК, МИ и МЕТ?
4. Какими способами можно определить, на какой стадии готовности к изменениям находится пациент?
5. Как различается работа по преодолению анозогнозии у пациента с аддикцией при применении МК, МИ и МЕТ?

2.9. Телемедицинские технологии в профилактике



В настоящее время высокими темпами развивается цифровизация здравоохранения (Digital Health / eHealth). Благодаря технологиям искусственного интеллекта (ИИ) телемедицина выходит на новый уровень обработки данных, обеспечивая эффективное взаимодействие врача и пациента. Внедрение ИИ в наркологию соответствует

государственным приоритетам, закрепленным в Национальной стратегии развития искусственного интеллекта на период до 2030 года, утвержденной Указом Президента РФ от 10.10.2019 № 490.

Социальная политика РФ определяет цифровизацию здравоохранения как приоритетную задачу, решение которой будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи, снижению нагрузки на медицинский персонал и оптимизации маршрутизации пациентов.

Цифровое здравоохранение (Digital Health / eHealth) - экосистема, которая объединяет современные медицинские технологии: телемедицину, носимые устройства (умные гаджеты, собирающие данные о работе организма: пульс, сон, сатурация и т.д.), мобильные приложения для здоровья, искусственный интеллект и большие данные (Big Data)

Основной стратегией развития цифрового здравоохранения стала интеграция ИИ для анализа данных, развития телемедицины, внедрения отечественных информационных систем, что открывает возможности к интенсивному переходу к предиктивной и превентивной медицине.

2.9.1. Искусственный интеллект

Согласно российскому законодательству, ИИ – это комплекс технологических решений, имитирующий когнитивные функции человека и получающий при выполнении задач результаты, сопоставимые с интеллектуальной деятельностью человека. В настоящее время технологии ИИ интегрируются в сферу охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Здесь ИИ находит применение в качестве «медицинских изделий», «медицинских технологий», а также внедряется в профилактические цифровые решения: мобильные приложения, чат-боты, трекеры и носимые устройства. Внедрение нейросетей в профилактику наркологических расстройств находится на стыке цифровой эпидемиологии, предиктивной аналитики и автоматизации мониторинга (Искандеров Р.Р., 2023), где искусственные нейросети могут эффективно применяться для выявления факторов риска, прогнозирования рецидивов и мониторинга цифровой среды.

На этапе первичной профилактики искусственные нейросети используются для оценки рисков и математического моделирования предрасположенности к зависимостям. Нейросеть рассчитывает, как изменение конкретных параметров жизни человека снижает риски развития аддикции, помогая составлять персонализированные карты

профилактики. В рамках вторичной профилактики наркологических расстройств работа выстраивается исходя из показателей мониторинга наркоситуации, в том числе цифровой среды. Такой мониторинг оценивает доступность ПАВ с активным использованием ИИ для выявления скрытых угроз в интернете. Кроме того, методы автоматизированного скрининга (анализ речевых маркеров и поведенческих паттернов при онлайн-диагностике) позволяют выявлять скрытые формы зависимостей на доклинических стадиях, когда стандартные методы опроса еще малоэффективны. В ходе третичной профилактики, направленной на предотвращение рецидивов, ИИ используется как дополнительный инструмент контроля стабильности ремиссии пациента на основе концепции «умной терапии».

С помощью анализа речевых маркеров, интонаций и содержания заполняемых цифровых дневников нейросети способны распознавать приближение депрессивных состояний, панических атак или рецидивов наркологического заболевания. При обнаружении триггеров или критического уровня стресса алгоритмы автоматически отправляют пациенту таргетированные рекомендации. При этом, любые рекомендации нейросетей подлежат контролю и верификации со стороны врачей. Современная цифровая трансформация здравоохранения существенно повышает эффективность диагностики. Ключевым элементом этого процесса выступает единая цифровая платформа «Здоровье», обеспечивающая пациентам защищенный доступ к электронным медицинским картам, а также активное внедрение технологий искусственного интеллекта в практику телемедицины. Технологии ИИ и телемедицины обеспечивают передачу, хранение и обработку цифровых медицинских данных (снимки, анализы, электронные карты).

2.9.2. Телемедицина

Сегодня ИИ и телемедицина – это две ключевые цифровые технологии в современном здравоохранении. Они часто применяются вместе, но имеют принципиальные различия.

Телемедицинские технологии представляют собой информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, а также врачей и пациентов

В настоящее время телемедицина активно используется в различных направлениях медицинской практики, включая профилактику, диагностику, консультирование и динамическое наблюдение пациентов. В наркологической практике применение дистанционных технологий особенно важно в связи с необходимостью обеспечения доступности специализированной помощи, сохранения конфиденциальности и повышения мотивации пациентов к обращению за поддержкой. Организация телемедицинской помощи осуществляется с использованием открытых и закрытых сетей коммуникации. К открытым сетям относятся интернет-платформы, мобильные приложения, информационно-просветительские сайты, онлайн-сервисы и иные цифровые ресурсы, обеспечивающие массовое информирование населения по вопросам сохранения здоровья и профилактики зависимого поведения. Закрытые сети коммуникации используются в медицинских организациях для защищённого обмена медицинской информацией, дистанционного консультирования пациентов, передачи медицинской документации и взаимодействия между специалистами (защищенные сервисы видеосвязи, которые поддерживают шифрование данных, специализированные телемедицинские сервисы, мобильные приложения клиник, государственные порталы). Именно в рамках таких защищенных систем важную роль играет видео-конференц-связь (ВКС). Она становится основным инструментом для безопасного обмена медицинской информацией и дистанционного взаимодействия. ВКС используется для проведения дистанционных консультаций в формате «врач-пациент» и организации медицинских консилиумов

«врач-врач». Это позволяет повышать качество и доступность оказания наркологической помощи населению, решать вопросы в отношении сложных лечебно-диагностических случаев, совместно определять тактику ведения пациентов, корректировать лечение, анализировать результаты обследований и выписывать электронные рецепты без личного присутствия пациента на приеме у врача.

Важное значение в организации телемедицинской помощи имеет нормативно-правовое регулирование дистанционного взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, обеспечивающее безопасность передачи медицинской информации. Российское законодательство регламентирует порядок оказания телемедицинских услуг. В соответствии с ФЗ от 21.11.2011 № 323 врач психиатр-нарколог при дистанционном консультировании проводит приём пациента в режиме видеоконференцсвязи, показывает медико-социальное сопровождение, а также необходимые профилактическое вмешательство, в том числе краткое и углубленное индивидуальное профилактическое консультирование. Использование телекоммуникационных технологий позволяет осуществлять динамическое наблюдение и сопровождение пациента без необходимости личного посещения медицинской организации. Вместе с тем, закон устанавливает ряд ограничений при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Первичный прием пациентов, включающий осмотр, постановку диагноза, осуществляются исключительно в очном формате, последующее консультирование пациента может проходить в виде дистанционных консультаций. Существенным преимуществом телемедицины является расширение доступности медицинской помощи для населения, особенно проживающего в удалённых и труднодоступных регионах

Подобная практика является лишь частью масштабной цифровой трансформации, охватившей сферу здравоохранения. В настоящее время технологии искусственного интеллекта активно применяются в превентивной медицине и дистанционном мониторинге с целью снижения нагрузки на врачей и повышения качества лечения и

профилактики. Нейросети анализируют медицинские изображения (КТ, МРТ, рентгенологические исследования), выявляя патологические изменения на ранних стадиях, а также вносят полученные данные в электронные медицинские карты, что позволяет оптимизировать работу медицинских работников. Цифровые устройства, включая фитнес-браслеты, портативные тонометры и иные сенсорные системы, обеспечивают передачу показателей артериального давления, пульса и уровня глюкозы пациента через специализированные платформы, тем самым позволяя врачу осуществлять дистанционный мониторинг состояния здоровья.

Одним из перспективных направлений цифровой медицины является создание виртуальных моделей пациента («цифровых двойников»), используемых для прогнозирования эффективности профилактических вмешательств, оценки результатов лечения и разработки индивидуализированных профилактических программ. В медицинскую практику также активно внедряются технологии виртуальной и дополненной реальности (VR и AR), применяемые как в работе с пациентами, так и в обучении специалистов проведению сложных медицинских вмешательств и психотерапевтической работе.

Развитие указанных технологий отражает общий вектор цифровизации здравоохранения, в рамках которого наряду со сложными высокотехнологичными решениями всё более значимую роль начинают играть цифровые инструменты массовой профилактической направленности.

Цифровые технологии стали важным инструментом превентивной медицины. Использование онлайн-платформ, мобильных приложений, горячих линий, образовательных интернет-ресурсов и дистанционных консультаций позволяет повысить информированность населения о последствиях употребления психоактивных веществ и способах сохранения здоровья и трезвого образа жизни. Особое внимание уделяется мобильным приложениям, интегрирующим элементы когнитивно-поведенческой терапии и мотивационного сопровождения, что позволяет пользователю самостоятельно отслеживать триггерные ситуации, фиксировать эпизоды употребления психоактивных веществ, вовлечённость в азартные игры и в автоматизированном режиме получать необходимую информацию как справиться со срывом. Для повышения вовлечённости пользователей и поддержания их интереса разрабатываются мобильные приложения и фитнес-трекеры, содержащие интерактивные задания и инструменты самоконтроля.

Приложения для здорового образа жизни и фитнеса позволяют не только организовывать физическую активность, но и анализировать психофизиологические показатели организма, способствуя формированию устойчивых навыков самонаблюдения и коррекции поведения. Приложения помогают эффективно противодействовать вредным привычкам и аддиктивному поведению.

Интеграция телемедицины в систему профилактики наркологических расстройств открывает принципиально новые возможности для расширения охвата целевых групп, повышения доступности специализированной помощи и формирования непрерывного превентивного сопровождения.

Формы, методы и инструменты работы значительно отличаются от целей задач первичной, вторичной и третичной профилактики наркологических расстройств и патологического влечения.

2.9.3. Первичная профилактика наркологических заболеваний в цифровом формате

В современном мире здоровый образ жизни (ЗОЖ) становится неотъемлемой частью успешного сохранения трезвости и устойчивого отказа от вредных привычек. Основные составляющие ЗОЖ по материалам ВОЗ (1986) включают в себя: здоровое питание, физическую активность, эмоциональное благополучие, управление стрессом, здоровые отношения, полноценный сон и трезвость, а также противостояние употреблению табака, алкоголя и наркотиков. Все они являются моделями модифицированных форм поведения (или поведенческими факторами риска), которыми человек может управлять самостоятельно, с применением инструментов цифровых технологий (рис. 2.7).

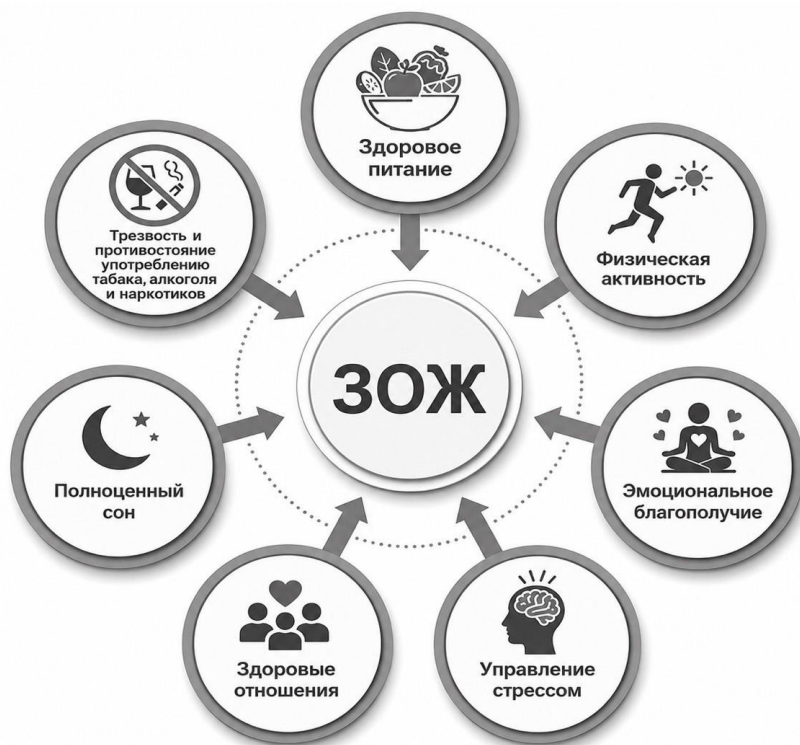


Рисунок 2.7. Основные составляющие здорового образа жизни по материалам ВОЗ (1986): модели модифицированных форм поведения (поведенческие факторы риска)

Цифровые технологии предоставляют широкий спектр инструментов, направленных на формирование и поддержание трезвого образа жизни, а также на предупреждение развития зависимости от ПАВ (Инновационные технологии, 2025). В этой связи разработан целый ряд цифровых тренажеров (Приложение А, табл. 2.9.1–2.9.12), ориентированных на укрепление ментального здоровья, тренировку когнитивных функций и развитие психологической устойчивости. К их числу относится, например, платформа «MentalFitness», включающая ментальные тренажеры, способствующие развитию навыков саморегуляции и адаптивного совладания с жизненными трудностями (Гусев А.В. и др., 2021). В данный класс входит и мобильное приложение «MindHealth»,

предоставляющее инструменты когнитивно-поведенческой терапии в мобильном формате, включая психологические тесты для диагностики различных расстройств и создания персонального психологического профиля. Использование подобных цифровых решений способствует развитию адаптивности личности, повышению стрессоустойчивости и укреплению мотивации к сохранению трезвого образа жизни.

Значимое место в системе цифровой профилактики занимает направление, связанное с формированием здорового питания. Мобильные приложения могут рассматриваться как вспомогательный инструмент профилактики употребления ПАВ, поскольку полноценное питание связано с удовлетворением базовых потребностей человека, поддержанием работоспособности, сохранением здоровья и общего качества жизни. Так, мобильное приложение «NutriSteppe» содержит обширную базу блюд и позволяет формировать сбалансированные рационы с учётом содержания нутриентов и витаминов. Приложение «FatSecret» предоставляет пользователю инструменты контроля питания и массы тела, включая счётчик калорий, сканер штрих-кодов, синхронизацию с носимыми устройствами и социальные функции, поддерживающие мотивацию. Систематическое использование данного приложения способствует формированию навыков самоконтроля, имеющих важное значение в профилактике аддиктивного поведения. Приложение «Fastio» ориентировано на планирование режима интервального голодания и включает уведомления о начале и завершении периодов голодания, образовательные материалы, базу рецептов и элементы сообщества поддержки. В поведенческом аспекте такие инструменты могут способствовать развитию самодисциплины, повышению осознанности и укреплению контроля над импульсивными действиями и влечениями.

Физическая активность является важнейшим компонентом первичной профилактики зависимого поведения, поскольку в процессе физической нагрузки активизируется выработка эндорфинов, дофамина и других нейромедиаторов системы подкрепления, что способствует снижению риска потребления ПАВ (The use of AI in the treatment of addictions, 2025). Современные мобильные приложения для занятий спортом, такие как «FitbitCoach» и «Nike Training Club», предлагают индивидуализированные программы тренировок и позволяют осуществлять мониторинг сна

(The power of wearable tech in addiction treatment, 2025). Мобильное приложение «MyFitnessPal» представляет собой комплексный инструмент для отслеживания питания и физической активности, а также способствует формированию здоровых поведенческих привычек. Мобильное приложение «Худе-ем за 30 дней» предлагает систему регулярных тренировок, которые могут рассматриваться как здоровая поведенческая альтернатива деструктивным формам поведения, включая употребление ПАВ.

Значимую роль в первичной профилактике зависимостей играют мобильные приложения, ориентированные на поддержание эмоционального благополучия и снижение уровня тревожности. Эмоциональная саморегуляция, стрессоустойчивость и способность справляться с внутренним напряжением без обращения к ПАВ рассматриваются как важные защитные факторы в отношении аддиктивного поведения. В этой связи российские разработки включают линейку мобильных приложений «АнтиПаника», «АнтиТревога» и «АнтиДепрессия», которые суммарно собрали более 300 000 скачиваний и содержат теоретические материалы, диагностические тесты и практические упражнения, направленные на снижение тревожности и укрепление эмоционального благополучия.

Мобильные приложения могут рассматриваться как инструмент профилактики деструктивных форм поведения, связанных с употреблением ПАВ и патологическим влечением к азартным играм (Virtual reality is a breakthrough in addiction therapy, 2025). Мобильное приложение «Moodfit» признано одним из лучших цифровых решений для поддержания ментального здоровья в 2024–2025 гг. (Инновационные методы лечения зависимостей, 2025). Приложение «Calm», ориентированное на практики йоги, медитации и релаксации, предлагает пользователю различные аудиоматериалы и успокаивающие звуки, способствующие повышению стрессоустойчивости. Мобильное приложение «Wellness» направлено на оптимизацию различных аспектов физического и психического здоровья, формируя комплексный подход к самопомощи и профилактике эмоционального неблагополучия. Не менее важным направлением первичной профилактики зависимостей является поддержание здоровых социальных связей, поскольку благополучные межличностные отношения выступают значимым превентивным буфером, снижающим риск формирования аддиктивного поведения (Лечение гаджетомании, 2025). В этой связи мобильные приложения,

ориентированные на развитие коммуникативных навыков и укрепление межличностных отношений, могут рассматриваться как дополнительный цифровой ресурс профилактики. Так, мобильное приложение «Отношения» помогает анализировать причины недопонимания в общении и обучает более эффективным способам коммуникации, что способствует укреплению социальной поддержки и формированию более адаптивных моделей взаимодействия.

Цифровая первичная профилактика употребления алкоголя и табака

Мобильное приложение «АнтиСтресс» эффективно применяется в профилактике алкогольной и табачной зависимости, поскольку эти психоактивные вещества часто используются как способ справиться со стрессом («Могут ли казино и мобильные игры вызвать игровую зависимость?», 2025). Серия приложений «АнтиСтресс и здоровье» направлены на улучшение общего состояния пользователя и снижение уровня стресса. (Приложение Б, табл. 2.9.1)

Мобильные приложения в первичной профилактике азартных игр (гемблинга) и интернет-зависимости

Первичная профилактика гемблинга направлена на предотвращение развития игровой зависимости до её возникновения. В современном цифровом мире мобильные приложения становятся эффективным инструментом для такой профилактики, предлагая различные подходы к контролю и ограничению доступа к азартным играм (Приложение Б, табл. 2.9.2).

Одним из ключевых направлений цифровой профилактики является блокировка доступа к гемблинг-ресурсам. Так, мобильное приложение «Gamban» представляет собой инструмент, ограничивающий доступ к сайтам и приложениям с азартными играми. Это мобильное приложение особенно эффективно для первичной профилактики, так как предотвращает возможность случайного или намеренного доступа к гемблинг-ресурсам, что повышает его надёжность в качестве инструмента первичной профилактики.

Аналогичную функцию выполняет «GamBlock» — программное обеспечение для блокировки онлайн-гемблинга, которое использует сложные алгоритмы для блокировки как существующих, так и новых сайтов с азартными играми. Это решение подходит как для индивидуального использования, так и для организаций, которыми

установлен запрет на игры в рабочее время. «GamBlock» особенно эффективен благодаря своей способности блокировать новые гемблинг-сайты без необходимости обновления списков, что устраняет потенциально уязвимое время для пользователей.

Наряду с блокировкой доступа к гемблинг-ресурсам, в первичной профилактике игровой зависимости значимую роль играют инструменты самоконтроля и ограничения времени. Так, мобильное приложение «DigitalDetox» может быть полезным инструментом в комплексном подходе к предотвращению цифровых зависимостей, включая зависимость от гемблинга. Цифровой детокс (осознанный отказ от цифровых устройств) помогает найти баланс между технологиями и реальной жизнью, что может быть важным аспектом профилактики гемблинга, особенно в контексте онлайн-казино и ставок.

«CoinKeeper» представляет собой комплексное мобильное приложение для учета личных финансов: контроля расходов и доходов, планирования семейного бюджета и повышения финансовой грамотности. Мобильное приложение автоматически распознает СМС-сообщения от банков, предоставляет наглядную статистику трат и позволяет устанавливать лимиты по категориям расходов. В контексте первичной профилактики азартных игр «CoinKeeper» помогает пользователям осознанно контролировать свой бюджет, что является критически важным фактором предотвращения развития игровой зависимости.

Мобильное приложение «Envelope» использует метод конвертного бюджетирования в цифровом формате, позволяя пользователям создавать виртуальные «конверты» для различных категорий расходов. Мобильное приложение предлагает высокодоходный защищенный сберегательный счет и совместные аккаунты для семейного бюджетирования. Такой подход к управлению финансами способствует формированию ответственного отношения к деньгам и предотвращает импульсивные траты, характерные для игровой зависимости.

Мобильное приложение «AppBlock (Apps&WebBlocker)» предоставляет инструменты для блокировки отвлекающих приложений и веб-сайтов. Мобильное приложение позволяет создавать расписания блокировки на основе времени, местоположения или сетей «Wi-Fi», а также использовать строгий режим для предотвращения обхода ограничений и создавать белые списки необходимых приложений.

Приведенные выше мобильные приложения особенно эффективны в первичной профилактике цифровой зависимости, помогая формировать здоровые цифровые привычки и развивать самоконтроль в использовании

Чат-боты первичной профилактики

В последние годы чат-боты становятся все более востребованным инструментом в сфере профилактики, в том числе зависимого поведения и связанных с ним рисков, а также для оказания психологической поддержки и информирования различных целевых групп. Реализуются масштабные проекты в социальных медиа, направленные на формирование здорового образа жизни, и разрабатываются специализированные чат-боты, предназначенные в том числе для организации обратной связи с гражданами по вопросам сохранения и укрепления здоровья и профилактики заболевания. Это позволяет не только оперативно реагировать на обращения граждан за медицинской помощью, но и повышать уровень санитарно-гигиенических знаний населения, но и информированности о возможностях получения профилактической медицинской помощи населению. Среди российских чат-ботов, направленных на профилактику зависимого поведения, можно выделить несколько ключевых проектов: «Экран БезОпасности» — бесплатный Telegram-бот с аналогом в МАХ для родителей, разработанный Центром «Безопасность и профилактика». Он информирует о рисках интернет-зависимости и других онлайн-угрозах для детей, а также помогает выстроить доверительный диалог между взрослыми и детьми. Отдельное направление составляют чат-боты, ориентированные на молодёжную аудиторию. К ним относится, в частности, чат-боты для молодежи, например, сюжетный бот Центра профилактики асоциальных и деструктивных явлений при Министерстве молодежной политики. Этот бот предоставляет психологическую и методическую помощь, а также инструменты для организации профилактических мероприятий среди молодежи. Чат-бот «Ты не один» — ресурс для подростков, который помогает справиться с тревогой, депрессией, суицидальными мыслями, а также позволяет записаться на бесплатную консультацию к психологу. Чат-бот StressLessBuddy, предназначенный для самостоятельного снижения стресса. Пользователи могут выбирать различные тренировки для релаксации и восстановления.

При этом цифровая профилактическая среда не ограничивается только специализированными чат-ботами. В рамках национальных проектов социальной направленности создаются сообщества в социальных сетях (например, ВКонтакте) и телеграм-канале, канале МАХ, где пользователи получают поддержку, актуальную информацию и

могут обратиться за помощью к специалистам. В ряде регионов чат-боты интегрированы в официальные каналы региональных Минздравов, что позволяет гражданам получать консультации, оставлять обращения или жалобы, а также узнавать о правах пациентов.

Таким образом, в России формируется целая система цифровых профилактических инструментов — чат-ботов, социальных каналов и онлайн-сообществ, которые способствуют эффективной профилактике зависимого поведения, предоставляют психологическую поддержку, информируют и направляют к специалистам. Эти решения разрабатываются как на федеральном, так и на региональном уровнях, а также в партнерстве с профильными организациями и экспертами, что обеспечивает их актуальность и эффективность для различных целевых групп.

Интеграция цифровых инструментов в комплексные программы первичной профилактики создает мощную экосистему поддержки, способную эффективно предотвращать развитие зависимостей и способствовать формированию трезвого, безопасного и здорового образа жизни среди различных половозрастных и социальных групп населения.

Таким образом, применение мобильных приложений в первичной профилактике наркологических заболеваний позволяет своевременно минимизировать риски для здоровья и укреплять факторы защиты. Использование цифровых инструментов формирует систему персонализированной профилактики, направленную на сохранение и укрепление трезвого образа жизни.

2.9.4. Вторичная профилактика зависимостей в цифровом формате

Вторичная профилактика зависимостей представляет собой критически важный этап профилактической работы, направленный на раннее выявление и предотвращение развития зависимого поведения у лиц, допускающих эпизодическое употребление ПАВ или уже имеющих начальные признаки формирующейся зависимости на донологических стадиях наркологического заболевания или находящихся в группе риска. Основной целью вторичной профилактики является изменение деструктивных форм поведения и предотвращение их негативных последствий для физического, психического и социального здоровья.

В современном мире цифровые технологии становятся незаменимым инструментом для осуществления эффективной вторичной профилактики зависимостей. Мобильные приложения, носимые

устройства, дистанционные технологии и чат-боты предоставляют уникальные возможности для раннего выявления проблемного поведения, мониторинга состояния пациентов и оказания своевременного профилактического вмешательства. Эти технологии обеспечивают доступность и непрерывность профилактических мероприятий, иногда анонимность, что особенно важно для целевых групп, которые могут испытывать стеснение или страх при обращении за наркологической помощью.

Вторичная цифровая профилактика наркомании

Одним из значимых направлений вторичной цифровой профилактики является предупреждение психических и поведенческих расстройств, связанных с незаконным потреблением наркотических средств. Данный вид профилактики ориентирован на раннее выявление деструктивного поведения и коррекцию модифицируемых факторов риска у лиц, находящихся на донологических стадиях формирования зависимости. В этой связи особое значение приобретают мобильные приложения, основанные на научно обоснованных подходах, прежде всего на методах когнитивно-поведенческой терапии, цифрового самоконтроля и поддерживающего сопровождения.

К числу таких решений относится российское приложение «Счетчик трезвости», которое является эффективным помощником при лечении алкоголизма, наркомании, табакокурения или любой другой химической и нехимической зависимости. Приложение открывает доступ к базе знаний частной наркологической клиники доктора Лазарева, предоставляет круглосуточный доступ к службе поддержки через WhatsApp.

Зарубежные цифровые продукты также ориентированы на поддержку лиц, находящихся в процессе восстановления. Так, приложение «Heu, Charlie», разработанное в Массачусетском технологическом институте, помогает людям, находящимся в стадии ремиссии или проходящим лечение от наркотической зависимости. Программа поддерживает успехи пользователя с помощью текстовых предупреждений.

Приложение «SURE Recovery», созданное Королевским колледжем Лондона, представляет собой комплексное решение для отслеживания прогресса в восстановлении и достижения персональных целей. Приложение разработано при участии потребителей наркотиков и специализированной компании Mindwave Ventures.

Наряду с мобильными приложениями, во вторичной профилактике наркомании начинают использоваться AI-powered чат-боты. Так, чат-бот «RAY», разработанный для помощи людям в процессе восстановления от наркотической зависимости. RAY использует обработку данных для адаптации к индивидуальным потребностям, делая помощь персонализированной.

Вторичная профилактика злоупотребления алкоголем и алкоголизма: цифровые продукты

Вторичная профилактика алкоголизма ориентирована на лиц, уже употребляющих алкоголь, но еще не имеющими сформированного наркологического заболевания. Контингент вторичной профилактики нередко характеризуется наличием поведенческих нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, что требует своевременного профилактического вмешательства, направленного на снижение уровня потребления алкоголя, укрепление мотивации к отказу от него и предупреждение дальнейшего развития зависимости.

Важным инструментом такой профилактической работы становятся цифровые продукты, позволяющие сочетать информирование, самоконтроль, мотивационную поддержку и элементы дистанционного сопровождения. Так, Российское приложение «Dionysys», разработанное выпускницей Тюменского медицинского университета, направлено на информирование людей о вреде алкоголя и мотивацию к обращению за медицинской помощью. Встроенный чат-бот начинает диалог с вопросов о количестве употребляемого алкоголя и предоставляет персонализированные рекомендации.

Наряду с этим используются и зарубежные цифровые решения, ориентированные на снижение тяги к алкоголю и развитие навыков саморегуляции. «StopDrinkingwithAndrewJohnson» — зарубежное приложение для iPhone и Android, которое помогает пользователю преодолеть тягу к алкоголю. По своему функционалу представляет собой аудиоконтент, сочетающий элементы релаксации, гипнотерапии, позитивных предложений и визуализации. В свою очередь приложение «AlcoDroidAlcoholTracker» — выполняет функцию счетчика потребления алкоголя, который позволяет отслеживать количество выпитого алкоголя и контролировать его потребление. Американские ученые создали программу для смартфонов, которая в течение дня задает пользователю контрольные вопросы, а если его ответы вызывают сомнения — сообщает

об этом врачу.

Поддержанию мотивации к трезвости способствуют и приложения, ориентированные на фиксацию положительной динамики. К их числу относится «SoberTime» — приложение для отслеживания трезвости, которое помогает пользователям отслеживать дни, проведенные без алкоголя, и предоставляет мотивационную поддержку. Приложение включает функции для расчета сэкономленных денег и улучшения здоровья.

Вторичная профилактика табакокурения: цифровые инструменты

Вторичная профилактика табакокурения ориентирована на группу риска и направлена на выявление лиц, имеющих опыт курения. Главная задача — не опоздать с принятием оздоровительных мер, пока не сформировалась психическая и физическая зависимость.

Среди российских цифровых решений следует выделить мобильное приложение «Бросить курить», которое набирает популярность и активно помогает тысячам желающих отказаться от табачной зависимости. В алгоритме приложения использованы методические рекомендации Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины. Сервис постоянно мотивирует пользователя, предоставляет виртуальные награды за достижения и включает кнопку экстренной помощи для критических ситуаций.

Значимую группу составляют международные приложения, основанные на принципах когнитивно-поведенческого подхода и поведенческой саморегуляции. Так, приложение Kwit получило одобрение ВОЗ как соответствующее современным подходам к отказу от употребления табака. Оно построено на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и помогает пользователю справляться с побочными эффектами отказа от курения с помощью стратегий преодоления тяги.

Наряду с индивидуальными цифровыми инструментами важное значение имеют приложения, включающие элементы социальной поддержки. Примером является приложение «QuitNow!» в котором пользователь может создать учетную запись и начать общаться с другими пользователями, также бросающими курить, делиться с ними советами и перенимать опыт в избавлении от вредной привычки. В приложении прописаны показатели процесса улучшения здоровья.

«Smokebeat» — отслеживает активность в плане курения в реальном времени с использованием данных от датчиков, которые существуют в смарт-часах и браслетах. Приложение работает на программной платформе Somatixdataanalytics.

Персонализированная поддержка реализуется и в приложениях, сочетающих мониторинг тяги с поведенческими техниками отвлечения. К таким решениям относится австралийское приложение «MyQuitBuddy», которое предоставляет индивидуальные рекомендации и поддержку для бросающих курить. Приложение включает функции отслеживания тяги, игры-отвлечения и систему достижений.

Вторичная цифровая профилактика интернет-зависимости

Вторичная профилактика интернет-зависимости способствует раннему выявлению зависимости, а также работе с группой риска, имеющей ярко выраженную склонность к избыточному и дезадаптивному использованию цифровой среды. По данным исследований, около 30% пользователей социальных сетей демонстрируют признаки интернет-зависимости.

Для решения этих задач применяются цифровые инструменты, ориентированные на ограничение избыточного пребывания в сети и формирование навыков самоконтроля в цифровой среде. Так, «AppBlock — StayFocused» — мобильный трекер-менеджер, предназначенный для блокировок отвлекающих приложений, социальных сетей, электронной почты и веб-сайты. Его использование позволяет снизить уровень тревожности и часы, проведенные в интернете. Сходные задачи решает приложение StayFree, ориентированное на самоконтроль, повышение продуктивности и преодоление чрезмерной зависимости от смартфона.

Особый интерес представляют отечественные профилактические разработки, адаптированные к подростковой и студенческой аудитории. Так, челябинские ученые создали приложение «Цифровая аскетика» для школьников-старшеклассников и студентов младших курсов вузов. Методика цифровой аскетики помогает учащимся эффективно объединять их деятельность в интернете и в реальном мире для повышения качества жизни.

Наряду с приложениями, ориентированными на поведенческую саморегуляцию, используются сервисы для жёсткого ограничения цифровой активности. К ним относится приложение Freedom, позволяющее блокировать отвлекающие веб-сайты и приложения

одновременно на нескольких устройствах. Пользователь может формировать индивидуальные списки блокировки и планировать периоды концентрации, что особенно важно при профилактике компульсивного использования цифровых ресурсов.

Дополнительные возможности предоставляет мониторинг экранного времени в повседневной жизни. Так, приложение Moment для iOS автоматически отслеживает использование iPhone и iPad, демонстрируя пользователю длительность взаимодействия с устройством. Кроме того, приложение позволяет устанавливать ежедневные лимиты и получать уведомления при их превышении, что способствует развитию навыков самоконтроля и раннему выявлению проблемного цифрового поведения.

Вторичная цифровая профилактика игровой зависимости

Вторичная профилактика игровой зависимости направлена на предупреждение формирующейся зависимости от игр. Согласно исследованию Гарвардской медицинской школы, психологические аспекты игр могут вызвать зависимость даже при игре в мобильные приложения.

«Gamban» представляет собой мощный инструмент для блокировки доступа к сайтам и приложениям с азартными играми. «GamBlock» — программное обеспечение для блокировки онлайн-гемблинга, которое использует сложные алгоритмы для блокировки как существующих, так и новых сайтов с азартными играми.

«BetBlocker» — бесплатное приложение, которое блокирует доступ к тысячам сайтов азартных игр и приложений. Оно работает на всех устройствах и может быть настроено для блокировки на период от 24 часов до 5 лет.

«GAMSTOP» — британский сервис самоисключения для онлайн-гемблинга, который позволяет пользователям исключить себя из всех лицензированных онлайн-гемблинг-операторов в Великобритании.

Дистанционные технологии вторичной профилактики

Дистанционные технологии вторичной профилактики обеспечивают доступность профессиональной помощи на раннем этапе развития зависимости. В этой связи онлайн-консультации врачей-психиатров-наркологов становятся всё более востребованными, поскольку позволяют пациентам получать специализированную помощь без необходимости личного посещения медицинской организации.

Телемедицинские консультации проводятся в целях уточнения диагноза, уточнения тактики лечения, определения необходимости госпитализации пациента. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» проводит телемедицинские консультации для медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих медицинскую помощь по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология».

Важными направлением вторичной профилактики выступает дистанционное социально-психологическое сопровождение пациентов наркологического профиля включает диагностику психического состояния пациента, анализ, проведенный им работы согласно полученным мотивационно-аналитическим заданиям, обучение стратегиям распознавания триггеров и путей противостояния им, информирования о процессах, имеющих тенденцию возвращать человека к старому образу жизни.

Носимые устройства для вторичной профилактики

Носимые устройства предоставляют уникальные возможности для непрерывного мониторинга физиологических показателей и поведенческих паттернов людей. Современные носимые технологии включают акселерометры, шагомеры, барометры и GPS, используемые для измерения расхода энергии и моделей движения.

Особый интерес представляют умные часы как инструмент мониторинга алкогольного поведения. Умные часы становятся важным инструментом в мониторинге алкогольного поведения. Так, исследование «AlcoWatch», проведенное Университетом Бристоля, использует умные часы для сбора подробных данных о потреблении алкоголя за длительный период времени с применением методов «микрoэкологической мгновенной оценки».

Перспективным направлением является использование носимых устройств для выявления эпизодов употребления наркотических веществ. Ученые из Медицинской школы Массачусетского университета используют носимые устройства для борьбы с зависимостью от опиоидных наркотиков. Часы E4 компании Empatica измеряют температуру, частоту сердцебиения, движения и электрическую проводимость кожи, фиксируя со 100%-точностью, когда пациент принимает наркотик.

Наряду со специализированными решениями, профилактический потенциал имеют и массовые потребительские устройства. Apple Watch Series 9 — последнее поколение «яблочных» умных часов, которое

включает пульсометр, измерение АД, контроль уровня стресса и ЭКГ. Samsung Galaxy Watch 3 предоставляет продвинутую технологию контроля качества сна, точные датчики для измерения ритма сердечных сокращений, уровня кислорода и артериального давления.

Чат-боты для вторичной профилактики

Чат-боты становятся важным инструментом круглосуточной поддержки людей находящихся на донозологических стадиях зависимости. Их значение в системе вторичной профилактики определяется доступностью, оперативностью реагирования и возможностью предоставления информационной, кризисной и психологической помощи в дистанционном формате. Практическое значение имеют чат-боты, ориентированные на кризисную помощь и снижение рисков тяжёлых последствий употребления ПАВ. Так, Telegram-бот с аналогом в MAX @overdosehelp_bot, созданный фондом «Гуманитарное действие», помогает оказать доврачебную помощь при передозировке различными психоактивными веществами и позволяет напрямую связаться с наркологом для получения консультации.

Отдельную группу составляют чат-боты, направленные на снижение уровня стресса как одного из значимых факторов риска зависимого поведения. К ним относится российский чат-бот «StressLessBuddy», предназначенный для самостоятельного снижения стресса, разработанный специалистами Научного медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского и Ижевского государственного технического университета. Бот использует методику аутогенной тренировки в формате цифровой диалоговой системы.

Вторичная профилактика всё активнее включает и решения на основе искусственного интеллекта. Примером является «Zigmund.GPT» — бесплатный телеграм-бот психолог на основе искусственного интеллекта. Психологи сервиса Zigmund.Online создали бота, к которому можно обратиться за поддержкой 24/7. Чат-бот обучен техникам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Одновременно используются чат-боты кризисной самопомощи, ориентированные на быстрое снижение интенсивности аффективных состояний. Например, «Faino» — бот, разработанный психологами, которые работают в кризисных ситуациях. Faino полезен здесь и сейчас: бот дает техники самопомощи, которые помогают снизить интенсивность

переживаний. Таким образом, цифровые технологии являются дополнительным перспективным инструментом вторичной профилактики наркологических расстройств. Использование цифровых платформ, мобильных приложений и онлайн-сервисов способствует своевременному выявлению факторов риска, повышению приверженности профилактическим мероприятиям и формированию мотивации к изменению поведения.

2.9.5. Третичная профилактика зависимостей в цифровом формате

Третичная профилактика зависимостей представляет собой специализированный комплекс мероприятий, направленных на поддержание восстановленной трезвости, предотвращение рецидивов. Этот этап профилактической работы является важным для обеспечения устойчивого выздоровления и возвращения пациентов к полноценной социальной жизни. Основными задачами третичной профилактики являются максимальное восстановление качества жизни пациента и медицинская, психологическая и социальная поддержка.

Современные цифровые технологии революционизируют подходы к третичной профилактике зависимостей, предоставляя инновационные инструменты для долгосрочной поддержки пациентов в состоянии ремиссии. Мобильные приложения для поддержания восстановленной трезвости, умные системы мониторинга, дистанционные программы сопровождения и AI-powered чат-боты - экосистема поддержки, способная обеспечить непрерывное наблюдение и своевременное профилактическое вмешательство при угрозе рецидива.

Цифровые решения для третичной профилактики характеризуются высокой степенью персонализации, способностью к адаптации под индивидуальные потребности каждого пациента. Эти технологии не только дополняют традиционные методы профилактики, но и открывают принципиально новые возможности для создания устойчивых паттернов здорового поведения.

Третичная цифровая профилактика наркомании

Третичная профилактика наркомании направлена на социальную поддержку лиц, прошедших курс лечения, а также лиц с аддиктивным поведением. Её основными задачами являются поддержание восстановленной трезвости, профилактика рецидивов и содействие

возвращению пациента к полноценному социальному функционированию.

Важное место в системе третичной профилактики занимают цифровые инструменты, ориентированные на длительное сопровождение пациента в период восстановления. К ним относится американское приложение Addicaid, оснащённое ИИ-помощником для поддержки людей, в восстановлении от различных видов аддикций. Приложение предоставляет персонализированные планы восстановления, трекинг прогресса и доступ к сообществу поддержки.

Существенную роль в третичной профилактике играют цифровые инструменты, направленные на стабилизацию эмоционального состояния и поддержание повседневной психологической устойчивости. Примером является «Replika» — ИИ-бот, который используется для поддержки при депрессии, тревожности и зависимости. Replika создает эмоциональную связь с пользователем и помогает развивать здоровые коммуникативные навыки.

В период ремиссии цифровые сообщества взаимопомощи могут выступать дополнительным ресурсом социальной поддержки, укрепления мотивации к сохранению трезвости и профилактики рецидива. CoberGrid представляет собой социальную сеть для людей, находящихся в выздоровлении, которая позволяет общаться с пользователями, проходящими аналогичный путь восстановления. В приложение встроена функция SOS, уведомляющая участников сообщества о том, что одному из пользователей требуется срочная поддержка.

Третичная цифровая профилактика алкоголизма

Третичная профилактика алкоголизма направлена на людей, зависимых от алкоголя, и является преимущественно медицинской. Она разделяется на две части: предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем и предупреждение рецидива у людей, прекративших употребление алкоголя.

Третичная профилактика алкоголизма ориентирована на лиц с алкогольной зависимостью и носит преимущественно медицинский характер. Она включает два взаимосвязанных направления: предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем и профилактику рецидива у лиц, прекративших его употребление.

В рамках данного направления используются различные цифровые инструменты, обеспечивающие мониторинг трезвости, поддержание мотивации и сопровождение в период ремиссии. Так, российское

приложение «Счетчик дней: вредные привычки», помогает отслеживать прогресс в отказе от алкоголя, фиксировать продолжительность трезвого периода, подсчитывать сэкономленные средства и получать мотивационную поддержку через систему достижений.

Дополнительные возможности для поддержания восстановленной трезвости предоставляет приложение «Тренер по трезвости» — комплексная научно обоснованная программа, направленная на преодоление алкогольной зависимости. Программа основана на 12-шаговой модели выздоровления и включает различные методы психологической поддержки, в том числе элементы когнитивно-поведенческой терапии.

Существенное место в цифровой поддержке лиц, находящихся в ремиссии, занимают и ресурсы, ориентированные на самопомощь и укрепление мотивации к трезвости. В частности, «AA Big Book» представляет собой цифровую версию основного текста сообщества Анонимных Алкоголиков с дополнительными функциями для чтения, прослушивания, ведения заметок и рефлексии. Приложение «I Am Sober» также направлено на поддержание трезвости: оно позволяет пользователям устанавливать цели, отслеживать динамику отказа от алкоголя, получать символические награды за достижения и делиться прогрессом с сообществом.

Третичная цифровая профилактика табакокурения

Третичная профилактика табакокурения направлена на предупреждение возврата к курению и основана на представлении о табачной зависимости как о хроническом рецидивирующем заболевании.

Для поддержки устойчивого отказа от курения применяются различные цифровые решения, ориентированные на самоконтроль, укрепление мотивации и профилактику срыва.

Российское приложение «Не курю!», насчитывающее более миллиона скачиваний, позволяет отслеживать время, прошедшее с момента выкуривания последней сигареты, и включает рекомендации по отказу от курения, в том числе основанные на ключевых идеях ме-тода Аллена Карра.

Важное место занимают приложения, формирующие навыки самонаблюдения и самоконтроля. Приложение «SmokingControl» предлагает уникальный подход — ведение учета выкуренных сигарет и контроль процесса курения. Приложение помогает осознанно наблюдать за привычкой, что приводит к постепенному снижению количества выкуренных сигарет. «CessationNation», разработанное TruthInitiative,

которое предоставляет персонализированную поддержку для бросающих курить. Приложение использует геймификацию и социальные элементы для поддержания мотивации. Сходные задачи решает приложение «Smoke Free», которое отслеживает прогресс отказа от курения и показывает улучшения здоровья в реальном времени. Включает игры-отвлечения и техники преодоления тяги.

Третичная цифровая профилактика интернет-зависимости

Третичная профилактика интернет-зависимости направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих интернет-зависимость, и повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Как вид третичной профилактики рассматриваются методы социальной поддержки и обучение контролируемому пользованию интернетом.

Третичная профилактика интернет-зависимости направлена на снижение влияния факторов риска, способствующих рецидиву зависимого интернет-поведения, и укрепление факторов защиты, обеспечивающих более устойчивое и контролируемое взаимодействие с цифровой средой. В рамках данного направления особое значение приобретают методы социальной поддержки, развитие навыков самоконтроля и обучение регулируемому использованию интернета.

Встроенные функции контроля «Экранное время» позволяет отслеживать продолжительность использования гаджета, устанавливать расписание отдыха и задавать ограничения на использование отдельных приложений.

«DigitalWellbeing» — встроенная функция Android, которая помогает пользователям понимать свои цифровые привычки. Включает инструменты для установки лимитов приложений и режима «Не беспокоить».

«Offtime» — приложение, которое блокирует отвлекающие приложения и звонки на заданное время. Пользователи могут настроить различные профили для разных ситуаций (работа, сон, семейное время).

Аналогичные задачи решает функция «Digital Wellbeing» на устройствах Android, предназначенная для анализа цифровых привычек пользователя и формирования более осознанного взаимодействия с цифровой средой. Она включает инструменты для ограничения времени использования приложений, а также режим «Не беспокоить», способствующий снижению цифровой перегрузки и упорядочиванию повседневной цифровой активности.

Дополнительные возможности для профилактики рецидива интернет-зависимого поведения предоставляет приложение «Offtime»,

позволяющее временно блокировать отвлекающие приложения и входящие звонки. Пользователь может настраивать различные профили использования — например, для работы, сна или семейного времени, что способствует формированию структурированного и контролируемого режима взаимодействия с цифровой средой.

Третичная цифровая профилактика игровой зависимости

Третичная профилактика игровой зависимости направлена на предотвращение рецидивов зависимости от игр. Она включает поддержку людей, которые уже избавились от зависимости от игр.

Программа «12 шагов» адаптирована для лечения игровой зависимости и считается одним из наиболее эффективных методов борьбы с игроманией. Программа основана на принципах терапевтического сообщества и включает психологический подход для профилактики срыва.

«GamblingTherapy» — международная онлайн-служба поддержки для людей, пострадавших от проблем с азартными играми. Предоставляет бесплатные онлайн-консультации и групповую поддержку.

«BetBlocker» — продвинутая версия блокировщика азартных игр с дополнительными функциями для долгосрочного использования. Включает функции самоотчетности и связи с группами поддержки.

Третичная профилактика игровой зависимости направлена на предупреждение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии у лиц, ранее страдавших игровой зависимостью. Важное место в данной системе занимают программы взаимопомощи и цифровые сервисы поддержки, ориентированные на профилактику срыва, укрепление мотивации к отказу от азартных игр и восстановление социального функционирования.

Одним из наиболее известных подходов в этой области является адаптированная к работе с игровой зависимостью программа «12 шагов», рассматриваемая как один из эффективных методов профилактики рецидива игромании. Программа основана на принципах терапевтического сообщества и включает психологические механизмы поддержки, направленные на формирование устойчивой ремиссии и предупреждение срыва.

Дополнительные возможности для третичной профилактики предоставляет международная онлайн-служба поддержки «GamblingTherapy», ориентированная на лиц, столкнувшихся с проблемами азартных игр. Платформа обеспечивает доступ к бесплатным онлайн-консультациям и групповым формам поддержки, что особенно важно для сохранения терапевтического контакта и своевременного получения помощи.

В качестве цифрового инструмента самоконтроля и ограничения доступа к гемблинг-ресурсам используется приложение «BetBlocker» — расширенная версия блокировщика азартных игр, предназначенная для длительного применения. Помимо функций блокировки, приложение включает инструменты самоотчётности и возможности взаимодействия с группами поддержки, что повышает его ценность в системе профилактики рецидива.

Дистанционные технологии третичной профилактики

Дистанционные технологии третичной профилактики включают программы «Телеабилитации», которые предоставляют профессиональную помощь в решении проблем, связанных с различными зависимостями.

Дистанционная психотерапевтическая программа лечения алкоголизма позволяет пройти полноценный курс противоалкогольного лечения под наблюдением врача, не выходя из дома. Специалисты помогают поддерживать трезвость, проводят комплексную диагностику и дают рекомендации по предотвращению срывов.

Internet-based CBT (computerized CBT) — автоматизированные протоколы когнитивно-поведенческой терапии с минимальным участием специалиста. Эти программы показывают высокую эффективность в поддержании долгосрочной ремиссии.

«MoodGYM» — интерактивная программа когнитивно-поведенческой терапии для самопомощи. Программа помогает пользователям развивать навыки управления настроением и предотвращения депрессивных эпизодов.

Носимые устройства для третичной профилактики

Носимые устройства в третичной профилактике используются для долгосрочного мониторинга состояния пациентов, находящихся в ремиссии, и поддержания восстановленной трезвости.

Современные фитнес-трекеры и умные часы предоставляют возможности для мониторинга стресса, который является одним из основных триггеров для рецидивов (пагубного потребления ПАВ и патологического вовлечения). Биометрические сенсоры позволяют отслеживать изменения в сердечном ритме, качестве сна и уровне активности.

«Pathroot» — инновационная платформа, которая использует данные с носимых устройств для создания персонализированных оценок риска

рецидива. Система использует машинное обучение для анализа паттернов поведения и предупреждения о потенциальных рисках.

Huawei Watch D — смарт-часы с сертифицированной TÜV функцией измерения артериального давления и ЭКГ. Часы позволяют своевременно выявлять риски для здоровья и контролировать физиологические показатели в процессе восстановления.

Чат-боты для третичной профилактики

Чат-боты для третичной профилактики обеспечивают долгосрочную поддержку людей в ремиссии и поддержание восстановленной трезвости.

Чат-боты-наркологи предоставляют множество преимуществ: круглосуточную доступность, анонимность, системность и память для отслеживания прогресса.

Всемирная организация здравоохранения создала специализированные цифровые инструменты для долгосрочной поддержки отказа от курения. Чат-бот WHO Quit Challenge доступен в мессенджерах WhatsApp, Viber, Facebook Messenger и WeChat.

«ПТСР помощник» — бесплатный телеграм-бот, разработанный клиническим психологом. Бот помогает людям, пережившим травматические события, поддерживать эмоциональное равновесие и контроль над своей жизнью.

«DBT-skills» - бот, основанный на техниках из диалектико-поведенческой терапии. Этот метод учит справляться с сильными эмоциями, выдерживать неопределенность и строить здоровые отношения. Есть кнопка SOS для ситуаций, когда эмоции зашкаливают.

«Искусство пауз» — бот, который помогает развивать осознанность и снижать стресс через внимание к своим эмоциям. Пользователь регулярно получает уведомления с вопросом «Привет, как ты сейчас?» и учится отслеживать свое состояние.

Чат-боты в системе третичной профилактики обеспечивают длительную поддержку лиц, находящихся в ремиссии, и способствуют поддержанию восстановленной трезвости. Их использование позволяет расширить доступ к психологической и информационной помощи за счет круглосуточной доступности, анонимности, возможности регулярного сопровождения и отслеживания динамики состояния пользователя.

Важное место среди цифровых инструментов поддержки занимают решения, ориентированные на отказ от табакокурения и сохранение устойчивой ремиссии. Так, Всемирная организация здравоохранения разработала специализированный чат-бот WHO Quit Challenge,

предназначенный для долгосрочной поддержки отказа от курения. Сервис доступен в мессенджерах WhatsApp, Viber, Facebook Messenger и WeChat, что повышает его доступность для широкого круга пользователей.

Наряду с этим в практике цифровой поддержки используются чат-боты, ориентированные на стабилизацию эмоционального состояния и развитие навыков саморегуляции, что имеет особое значение в профилактике рецидива. «ПТСР помощник» — бесплатный телеграм-бот, разработанный клиническим психологом, — помогает людям, пережившим травматические события, поддерживать эмоциональное равновесие и восстанавливать чувство контроля над собственной жизнью.

Сходные задачи решает бот «DBT-skills», основанный на техниках диалектико-поведенческой терапии. Он направлен на развитие навыков эмоциональной регуляции, повышения толерантности к дистрессу, преодоления неопределенности и выстраивания более адаптивных межличностных отношений. Наличие кнопки SOS расширяет возможности его использования в ситуациях выраженного эмоционального напряжения.

Развитию осознанности и регулярному самонаблюдению способствует бот «Искусство пауз», который помогает пользователю отслеживать собственное эмоциональное состояние и снижать уровень стресса. Регулярные уведомления с вопросом о текущем самочувствии формируют навык систематического внимания к собственным переживаниям, что может рассматриваться как дополнительный ресурс профилактики рецидива.

Виртуальная реальность в третичной профилактике

Виртуальная реальность представляет собой инновационный метод долгосрочной поддержки людей в ремиссии. VR-терапия позволяет пациентам безопасно столкнуться с триггерами и отработать стратегии совладания в контролируемой среде.

C2Addict — комплексная система управления зависимостями с использованием виртуальной реальности. Система создает экологические виртуальные среды для лечения зависимости от табака, алкоголя, азартных игр и наркотиков.

VR-терапия особенно эффективна для работы с зависимостями, поскольку позволяет пациенту в безопасной среде столкнуться с ситуациями, провоцирующими тягу, и выработать новые модели поведения. Метод помогает минимизировать риск рецидива и научить пациента справляться с тягой.

Искусственный интеллект в третичной профилактике

Искусственный интеллект становится надежной системой раннего оповещения в третичной профилактике от зависимости. ИИ может анализировать огромные массивы данных о пациентах: медицинские сведения, психологические тесты, данные о повседневной активности и поведении человека.

Машинное обучение позволило ученым впервые «увидеть» зависимости от еды и наркотиков на МРТ. Исследователи выделили различные нейробиологические сигнатуры влечения, которые можно распознать с точностью 82%.

Персонализированные планы восстановления на основе машинного обучения анализируют поведенческие модели для адаптации стратегий преодоления трудностей. Алгоритмы ИИ могут предсказывать периоды повышенного риска и предлагать превентивные вмешательства.

Третичная профилактика зависимостей с использованием современных цифровых технологий представляет собой революционный подход к долгосрочной поддержке людей в состоянии ремиссии и к поддержанию восстановленной трезвости. Интеграция мобильных приложений, носимых устройств, виртуальной реальности, искусственного интеллекта и дистанционных технологий создает мощную экосистему поддержки, способную обеспечить непрерывное наблюдение и своевременное предотвращение рецидивов.

Особую значимость приобретает персонализированный подход, позволяющий адаптировать профилактические мероприятия под индивидуальные потребности каждого пациента. Цифровые технологии обеспечивают возможность долгосрочного мониторинга, раннего выявления признаков надвигающегося рецидива и оперативного вмешательства, что критически важно для поддержания устойчивой ремиссии.

Российские инновации в области цифровых технологий для третичной профилактики зависимостей демонстрируют соответствие мировым стандартам и высокий потенциал для дальнейшего развития. Будущее третичной профилактики связано с дальнейшим совершенствованием ИИ-систем, способных предсказывать и предотвращать рецидивы, развитием более точных биометрических технологий и созданием интегрированных платформ, объединяющих все доступные цифровые инструменты.

Таким образом, экосистема цифровых сервисов (мобильные

приложения, чат-боты, аппараты на основе технологий ИИ/VR, AR, MR, цифровые устройства, дистанционные технологии коммуникаций и обучения), применяемые в третичной профилактике, дают возможность своевременно справляться с причинами рецидивов наркологических заболеваний.

В заключении, обобщая рассмотренные комплексы цифровых продуктов в сочетании с традиционными методами первичной, вторичной, третичной профилактики открывают принципиально новые возможности для обеспечения профилактических вмешательств, а также долгосрочного выздоровления и поддержки на всех этапах наркологической помощи.

Выводы

Материалы данного раздела освещают роль телемедицины и ИИ в обеспечении перехода от рутинного оказания медицинской помощи к непрерывному лечебно-профилактическому сопровождению пациента. Интеграция цифровых решений в медицинскую практику существенно расширяет возможности раннего выявления факторов риска, дистанционного мониторинга состояния здоровья, персонализации профилактических вмешательств и повышения доступности специализированной помощи.

Таким образом, цифровая трансформация здравоохранения открывает новые возможности для повышения эффективности превентивной медицины, оптимизации маршрутизации пациентов, снижения нагрузки на персонал и формирования персонализированных моделей сопровождения, ориентированных на сохранение здоровья, предупреждение зависимости и поддержание устойчивой ремиссии.

Вопросы



1. Каковы основные направления применения искусственного интеллекта в первичной, вторичной и третичной профилактике наркологических расстройств?
2. В чем заключаются особенности применения телемедицинских технологий в наркологической практике?
3. Какие цифровые технологии используются в первичной профилактике наркологических расстройств и какие компоненты

здорового образа жизни они поддерживают?

4. Каковы цели, задачи и основные цифровые инструменты вторичной профилактики наркологических расстройств?

5. Какова роль цифровых технологий в третичной профилактике зависимостей и предупреждении рецидивов?

Список литературы

Антонов А. И. Кризис фамилистической цивилизации в XXI веке / Экономические стратегии. – 2016. – № 1. – С. 40–43.

Антонов А. И. Медков В. М. Социология семьи: учебник. М., 2005. – 640 с.

Антонов А. И., Сорокин С. А. Судьба семьи в России XXI века. Размышления о семейной политике, о возможности противодействия упадку семьи и депопуляции. – М., 2000. – 414 с.

Бакуменко М. А. Научное обоснование совершенствования работы врача по формированию здорового образа жизни у пациентов: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2018. – 24 с

Березин С.В., Лисецкий К.С. Наркомания глазами семейного психолога. Самара, 2005. – 238 с.

Битти М. Спасать или спасаться? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе. – М., 2016. – 411 с.

Боуэн М. Использование семейной теории в клинической практике // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика/под ред. К. Бейкер, А. Я. Варги. – М., 2005. – С. 104–146.

Боуэн М. На пути к дифференциации «Я» в собственной семье // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика/под ред. К. Бейкер, А. Я. Варги. – М 2005. – С. 147–214.

Браун С. Льюис В. Семейная терапия при алкоголизме: Модель развития семьи в процессе выздоровления. – М., 2020. – 280 с.

Брюн Е. А., Цветков А. В. Практическая психология зависимости. – М., 2014. – 144 с.

Брюн Е. А. Организационно-методические основы межведомственной и семейной профилактики зависимого поведения: методические рекомендации. – М, 2015. – 48 с.

Гусев А.В., Ившин А.А., Владимирский А.В. Российские мобильные приложения для здоровья: систематический поиск в магазинах приложений // Российский журнал телемедицины и электронного

здравоохранения. 2021. Т. 7, № 3. С. 21–31.

Голубев В. Л., Данилов А. Б., Добрушина О. Р. Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли // РМЖ. – 2011. – № 1. – С. 1–5.

Илюк Р. Д., Шишкова А. М. Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей опиатных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами: методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012. – 56 с.

Инновационные технологии преподавания спортивных дисциплин / под ред. А. А. Обвинцева. Смоленск, - 2025. - 295 с.

Искандаров Р. Р. Нейросети как инструмент получения информации о потреблении и обороте наркотиков / Наркоконтроль. – 2023. – № 4. – С. 21–24.

Кузьминых М. И., Целищева Ю. Г. Школа по отказу от курения. Школа здоровья для пациентов, решивших отказаться от курения: учебно-методическое пособие. – Киров: КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 2020. – 32 с.

Лищенко О. В. Актуальные вопросы проведения мотивационного консультирования. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. – М., 2024. – 28 с.

Миллер У., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. – М., 2022. – 544 с.

Мелёхин А. И., Веселкова Ю. В. Стратегии когнитивно-поведенческой психотерапии в реабилитации полинаркомании // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23, № 2. – С. 93–115.

Минухин, С. Калейдоскоп семейной психотерапии. Семья и семейная терапия // О тех, кто выжил: Фокусы семейной терапии. – М., 1998. – С. 13–156.

Минухин, С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М., 1998. – 304 с.

Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2014. – 352 с.

Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под редакцией Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М., 2018. – 720 с.

Новосёлова Е.Н. К проблеме чрезмерного потребления алкоголя в российских семьях // Вестник Московского университета. Серия 18.

Социология и политология. 2020. №4, – С.142-160.

Олиферович Н.И. Интегративный подход к психотерапии дисфункциональной семьи // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. – 2011. – № 14. – С. 108–115.

Ослон В. Н. Психологическое сопровождение семьи с приемным ребенком: концепция, принципы, направления // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 44–53.

Ослон В. Н. Психодиагностический комплекс для оценки ресурсности семьи для приема ребенка. – М., 2013. – 78 с.

Погосова Н.В., Бойцов С.А. Школа отказа от курения. – ГНИЦ профилактической медицины. – М., 2013.

Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2019. - 165 с.

Погорелова И. Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Организация профилактического консультирования: учебное пособие. – Иркутск, 2024. – 53 с.

Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара, 2002. 206 с.

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершенно-летних детей: методические рекомендации/ Авторы - составители: Масякин А.В., Сазонова А.С., Деменко Е.Г., Аршинова В.В., Кирюш-ина Е.Е., Сафонцева С.В., Радионова М.С. – М., 2024. -132 с.

Прохазка Дж., Норкросс Дж., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / М., 2013. – 320 с.

Райан Р. М., Деси Э. Л. Теория самодетерминации // Психология мотивации и эмоций: хрестоматия / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. — М., 2009. — С. 232–244.

Роджерс, К. Клиент-центрированная психотерапия. Ее современная практика, происхождение и теория. М., 2002. – 512 с.

Розенгрэн, Д. Мотивационное консультирование: воркбук для психологов. – М., 2023. – 624 с.

Садовникова Т. Ю. Адаптация опросника FAD на российской выборке: проверка психометрических характеристик и перспективы работы // Журнал «Семейная психология и семейная терапия». — 2013. — № 2. — С. 50.

Сатир В. Совместная семейная терапия: Практическое руководство по теории и технике. - М., 2002. — 320 с.

Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб., 2001. – 283 с.

Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом. Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. - № 2(16).

Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (с изм. от 15.05.2026).

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационное консультирование подростков, употребляющих ПАВ и склонных к рискованному поведению // Вопросы наркологии, 2005, №4-5, с. 20-29.

Сирота Н. А., Ялтонский В. М «Копинг-поведение как проблема наркологии»//«Вопросы наркологии»,1996 году, №1, с. 76–82.

Сотова А. О. Не доверяй, не чувствуй, не говори. Главные сценарии созависимости и как из них выйти / А. О. Сотова. — Москва: Эксмо: Бомбора, 2025. — 206 с.

Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. – М., 2018. – 251 с. Школа здорового образа жизни. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь / О. М. Драпкина, Л. Ю. Дроздова, А. В. Концевая [и др.] // Первичная медико-санитарная помощь. – 2026. – Т. 3, № 1S. – С. 160–168.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., Личко А. Е. Семейная психотерапия. – Л: 1990. – 192 с.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 2008. – 672 с.

Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Часть 2 / А. М. Калинина, Р. А. Еганян, М. Г. Гамбарян [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 4. – С. 13–18.

Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory // Englewood Cliffs (N. J.), Prentice-Hall, 1986. - 617p.

Bateson G. Toward a theory of schizophrenia / G. Bateson, D. D.

Jackson, J. Haley, J. Weakland // Behavioral Science. – 1956. – Vol. 1, № 4. – P. 251–264.

Bateson G. Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology / G. Bateson. – San Francisco: Chandler Publishing Company, 1972. – 545 p.

Black C. It Will Never Happen to Me! Denver: M.A.C., 1982. — 183p.

Bowen M. The use of family theory in clinical practice / M. Bowen // Comprehensive Psychiatry. – 1966. – Vol. 7, № 5. – P. 345–374.

Cermak T. L. Diagnosing and Treating Co-dependence: A Guide for Professionals Who Work with Chemical Dependents, Their Spouses, and Children / T. L. Cermak. – Minneapolis: Johnson Institute Books, 1986. – 192p.

Chen X., Hay J.L., Waters E.A., Kiviniemi M.T., Biddle C., Schofield E, Li Y., Kaphingst K, Orom H.// Health Literacy and Use and Trust in Health Information. J Health Commun. 2018. – Vol.23, №8. – P.724-734.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV / American Psychiatric Association. – 4th ed. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.

Engel G. “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”// Science, 196 (4286), 1977, p 129–136.

Krysan M., Moore K. A., Zill N. Identifying successful families: An overview of constructs and selected measures. – Washington, DC : Child Trends, 1990.

Miller W.R. «Motivational interviewing with problem drinkers», «Behavioural Psychotherapy», 1983, T. 11, p.147–172.

Miller W. R. W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R.G. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. – US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992. – 121 p.

Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. / Guilford press, 2012 - 482 p.

Miller W. R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. / New York: The Guilford Press, 2002. - 428 p.

Moussaoui L. S., Claxton N., Desrichard O. Fear appeals to promote better health behaviors: an investigation of potential mediators //Health Psychology and Behavioral Medicine. – 2021. – T. 9. – №. 1. – C. 600-618.

Prochaska J. O., DiClemente C. C. The transtheoretical approach //Handbook of psychotherapy integration. – 2005. – T. 2. – C. 147-171.

Ramaswami S.B., Jensen T., Berghaus M., De-Oliveira S., Russ S.A., Weiss-Laxer N., Verbiest S., Barkin S. Family health development in life course research: a scoping review of family functioning measures // *Pediatrics*. – 2022. – Т. 149. – №. Supplement 5. – С. e2021053509J.

Ruiter R. A. C. et al. Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence // *International journal of psychology*. – 2014. – Т. 49. – №. 2. – С. 63-70.

Schwenker R., Dietrich C.E., Hirpa S., Nothacker M., Smedslund G., Frese T, Unverzagt S. Motivational interviewing for substance use reduction // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023. - Vol. 12, № 12, Art. No. CD008063.

Walsh F. A family resilience framework: Innovative practice applications / F. Walsh // *Family Relations*. – 2002. – Vol. 51, № 2. – P. 130–137.

Walsh F. *Strengthening Family Resilience* / F. Walsh. – 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2016. – 438 p.

Witte K., Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns // *Health education & behavior*. – 2000. – Т. 27. – №. 5. – С. 591-615.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный материал был направлен на освещение на освещение основных практик в области профилактики наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм (лудомании).

В современных условиях профилактика наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм относится к числу стратегически значимых направлений здравоохранения, общественного здоровья и социальной политики. Это обусловлено не только высокой распространённостью наркологических расстройств, но и их выраженным влиянием на демографические процессы, уровень преждевременной смертности, состояние физического и психического здоровья населения, трудовой потенциал общества, безопасность дорожного движения, устойчивость семейных отношений и качество человеческого капитала в целом. В этих условиях профилактике отводится особое значение как самостоятельного и значимого направления, начиная с превентивной медицины и поднимаясь до уровня национальной безопасности.

В пособии предупреждение наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм (лудомании) рассматривается как целостная система, объединяющая теоретико-методологические основы, правовые и организационные механизмы, клинические и психолого-профилактические технологии, а также межведомственные и межсекторальные модели взаимодействия. Системность изложения заложила фундамент для формирования у будущих специалистов целостного взгляда на раннее выявление наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм и оказание своевременной специализированной медицинской помощи. Понимание структуры факторов риска, механизмов развития зависимостей, особенностей их клинического течения, значение семейного и социального окружения, а также потенциала современной системы здравоохранения позволило сформировать целостное профилактическое мышление будущих специалистов в сфере антиаддиктивной превентологии.

Анализ современной наркологической ситуации в Российской Федерации и в мире задаёт необходимую широту профессионального взгляда на проблему наркологических расстройств, которая затрагивает не только отдельного пациента, но и широкий круг медико-социальных, демографических, экономических и правовых вопросов. Последствия наркологических заболеваний отражаются на репродуктивном здоровье,

обострении ХНИЗ, продолжительности жизни, семейном благополучии, воспитании детей, учебной и профессиональной продуктивности, уровне травматизма, преступности и социальной дезадаптации. В связи с этим профилактика закономерно включается в систему мер по сохранению здоровья населения, укреплению института семьи, снижению социальных потерь и повышению качества жизни.

Практические разделы пособия последовательно раскрывают основные формы профилактической деятельности наркологической службы и смежных специалистов в межведомственном взаимодействии. Санитарно-гигиеническое просвещение, участие в профилактических медицинских осмотрах обучающихся, профилактика хронических неинфекционных заболеваний, диспансерное наблюдение, консультативная, семейная и мотивационная работа представлены как взаимосвязанные инструменты, используемые в работе медицинских работников. Это особенно важно в условиях, когда результативность работы наркологической службы определяется не количеством отдельных мероприятий, а их согласованностью и системностью.

Особое место в структуре пособия занимают вопросы организации и проведения консультативной работы с различными целевыми группами. Профилактическое, мотивационное и семейное консультирование рассматриваются как значимые методы современной профилактической наркологии. Они позволяют не только повышать информированность пациента и его ближайшего окружения о последствиях употребления ПАВ и иных формах аддиктивного поведения, но и формировать внутреннюю готовность к изменению образа жизни, укреплять мотивацию к лечению, снижать вероятность срывов и рецидивов.

Современная практика убедительно показывает, что предупреждение зависимого поведения требует согласованного участия первичного звена здравоохранения, систем образования и социальной защиты, работодателей, структур, обеспечивающих безопасность дорожного движения, и иных субъектов профилактики. В этом контексте особую значимость приобретают корпоративные программы, работа с лицами, лишёнными права управления транспортным средством в связи с вождением в состоянии алкогольного опьянения, профилактика социального сиротства, связанного с потреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей, а также программы с использованием адаптивной физической культуры и спорта. Реализация этих программ наглядно доказывает, что наибольшая эффективность возможна лишь при условии межведомственного взаимодействия и объединения общих усилий.

Принципиально важным представляется включение в пособие вопросов профилактики патологического влечения к азартным играм (лудомании). Развитие цифровой среды, расширение онлайн-платформ и повышение доступности азартных игр создают новые вызовы для системы антиаддиктивной профилактики, требуя совершенствования научно обоснованных подходов к раннему выявлению факторов риска, предупреждению формирования лудомании и её интеграции в общую систему профилактики наркологических расстройств.

Навыки профилактической работы медицинских специалистов включают освоение цифровых и телемедицинских технологий, необходимых на этапе трансформации здравоохранения, ориентированного на повышение доступности медицинской помощи, персонализацию профилактических программ и обеспечение непрерывного сопровождения пациента. Телемедицинские консультации, дистанционный мониторинг, мобильные приложения, цифровые платформы, чат-боты, онлайн-программы поддержки и другие инструменты цифровой медицины создают дополнительные возможности, повышения информированности населения, доступности профилактической помощи и оперативного взаимодействия пациента с медицинским специалистом. При этом цифровизация не подменяет клиническое мышление, очное консультирование и профессиональный контакт, а требует их сочетания с технологическими ресурсами.

Врач-психиатр-нарколог сегодня выступает не только как клиницист, но и как активный участник профилактической работы, владеющий методологией профилактического консультирования, принципами санитарно-гигиенического просвещения, навыками участия в профилактических медицинских осмотрах и диспансерном наблюдении, пониманием семейного контекста заболевания, представлениями о межведомственном взаимодействии, маршрутизации пациентов, современных цифровых инструментах и организационных аспектах профилактической помощи. Одновременно возрастает роль медицинского психолога, специалистов по социальной работе наркологической службы. Пособие помогает создавать профилактический контур с участием врачей первичного звена и организаторов здравоохранения по вопросам согласованности действий для достижения результатов. Таким образом, в пособии представлен системный и практико-ориентированный подход к профилактике наркологических расстройств и патологического влечения к азартным играм (лудомании), объединяющий теоретико-методологические основания, организационные механизмы, клинические и психолого-профилактические технологии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А. НПА, определяющие порядок проведения медицинских осмотров и медицинского освидетельствования

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Цифровая профилактика

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Диагностические методики
Диагностические методики первичной профилактики
Скрининговые методики вторичной профилактики

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Фонд оценочных средств: тестовые вопросы, темы для рефератов

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Перечень основных НПА, определяющих состояние здоровья, порядок проведения медицинских осмотров и медицинского освидетельствования

Профилактические осмотры проводятся в отношении работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, в сфере транспорта, общественного питания, пищевой промышленности, торговли, образования и здравоохранения в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников».

Таблица А 2.2. Основные НПА, на основании которых проводятся профилактические медицинские осмотры и медицинское освидетельствование врачом-психиатром-наркологом

№	ФОИВ	Название	Дата и номер
1.	Постановление Правительства РФ	«Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе»	от 04.07.2013 № 565
2.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»	от 27.04.2021 № 404н
3.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении Порядка и периодичности проведения предсменных, предрейсовых, послесменных, после-рейсовых медицинских осмотров»	от 30.05.2023 № 266н

4.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»	от 26.11.2021 № 1104н
5.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»	от 25.04.2025 № 256н
6.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, и формы заключения о результатах медицинского освидетельствования таких лиц»	от 25.04.2025 № 254н
7.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), включающего определение клинических признаков опьянения и правила химико-токсикологических исследований, а также критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии	от 25.04.2025 №262н

		опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, учетной формы Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), а также формы и порядка ведения журнала регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»	
8.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование»	от 20.05.2022 № 342н
9.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы п 030-по/у «карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения п 030-по/о «сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»	от 14. 04. 2025 № 211н
10.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских	от 24.11.2021 № 1092н

		ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации»	
11.	Приказ Минздрава РФ	«О внесении изменений в некоторые приказы министерства здравоохранения российской федерации по вопросам выявления у граждан, являющихся владельцами оружия, заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием»	от 01.02.2022 № 44н
12.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и психиатрическое освидетельствование, и оформления медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника по результатам указанного медицинского освидетельствования, формы медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, а также формы журнала регистрации оформленных медицинских заключений об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника и формы сообщения об аннулировании действующего медицинско-го заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению	от 13.04.2026 № 272н

		обязанностей частного охранника»	
13.	Приказ Минздрава РФ	«Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), формы бланка и срока действия медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также формы, описания бланка и срока действия медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»	от 19.11.2021 № 1079н

14.	Приказ Минтранса РФ	«Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте»	от 19.10 2020 № 428
15.	Приказ Минтранса РФ	«Об утверждении Порядка проведения предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, включающих в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, лиц из числа специалистов авиационного персонала»	от 11.02.2022 № 41
16.	Приказ Минтранса РФ	«Об утверждении федеральных авиационных правил «порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования центральной врачебно-летной экспертной комиссией и врачебно-летными экспертными комиссиями членов летного экипажа гражданского воздушного судна, за исключением сверхлегкого пилотируемого гражданского воздушного судна с массой конструкции 115 килограммов и менее, беспилотного гражданского воздушного судна с максимальной взлетной массой 30 килограммов и менее, диспетчеров управления воздушным движением и лиц, поступающих в образовательные организации, которые осуществляют обучение специалистов согласно перечню специалистов авиационного персонала гражданской авиации, и претендующих на получение свидетельств, позволяющих выполнять функции членов летного экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеров управления воздушным	от 10.12.2021 № 437

		движением»	
17.	Приказ Минтранса РФ	«Об установлении порядка проведения обязательных предрейсовых или предсменных медицинских осмотров и обязательных послерейсовых или послесменных медицинских осмотров работников, определенных перечнем профессий работников железнодорожного транспорта, которые осуществляют производственную деятельность, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, которые проходят обязательные предрейсовые или предсменные медицинские осмотры, обязательные послерейсовые или послесменные медицинские осмотры, а также по требованию работодателей медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения), в том числе с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников и дистанционный контроль состояния их здоровья»	от 27.10 2023 № 355
18.	Приказ МВД РФ	«Об утверждении Инструкции по организации деятельности военно-врачебных комиссий в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации»	от 14.06.2018 № 370

19.	Приказ МВД РФ	«О требованиях к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, и сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, перечнях дополнительных обязательных диагностических исследований, проводимых до начала медицинского освидетельствования, порядке проведения контрольного обследования и повторного медицинского освидетельствования по результатам независимой военно-врачебной экспертизы, формах документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации, и правилах их заполнения»	от 21.10.2024 № 620
20.	Приказ МЧС РФ	«О требованиях к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в федеральную противопожарную службу Государственной противопожарной службы, и сотрудников федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы, перечнях дополнительных обязательных диагностических исследований, проводимых до начала медицинского освидетельствования граждан, поступающих на службу в федеральную противопожарную службу Государственной противопожарной службы, и сотрудников федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы»	от 30.08. 2018 № 356

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Цифровая профилактика

Представленные в таблицах (2.9.1-2.9.3) мобильные приложения отражают современные направления развития цифровой профилактики и формирования здоровьесберегающего поведения.

Таблица Б 2.9.1. Мобильные приложения для первичной профилактики наркологических заболеваний в цифровом формате

Название приложения	Краткая информация	Разработчик Страна / Язык	Ссылка
Moodfit: фитнес для психического здоровья Рейтинг 4.7 из 5	Приложение Moodfit, признанное лучшим для психического здоровья в 2020-2022 годах, предоставляет полный набор инструментов для хорошего ментального здоровья	Roble Ridge Software LLC США Английский язык	Moodfit от Roble Ridge Software LLC [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/moodfit-mental-health-fitness/id1054458809?l=ru , свободный (Дата обращения: 23.06.2025).
Отношения Рейтинг 4.5 из 5	Пошаговая программа восстановления и укрепления отношений. Разработана семейными психотерапевтами. Помогает устранить ссоры, улучшить взаимопонимание и гармонию в паре	iCognito Россия Русский, английский языки	Отношения от iCognito [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/отношения/id1469524177 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик Страна / Язык	Ссылка
	Приложение включает в себя набор упражнений для переключения внимания и подавления приступов тревоги.	АнтистрессАнтипаника от Edo самопомощь Рейтинг 4.9 из 5	Антистресс и антипаника от EDO [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/антистресс-и-антипаника-от-edo/id6449293854 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
Финансы, бюджет с CoinKeeper защита от финансово й тревоги Рейтинг 4.6 из 5	Приложение с интуитивным интерфейсом для ведения бюджета. Позволяет устанавливать лимиты, отслеживать расходы и планировать сбережения.	Disrapp Россия Различные языки, в том числе и русский язык	Финансы, бюджет от Disrapp [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/финансы-бюджет-с-coinkeeper/id1335547405 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
MindHealth улучшения псих здоровья Рейтинг 4.9 из 5	Приложение для когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) с дневником автоматических мыслей и психологическими тестами для улучшения психического здоровья	MindHelpOy / DaniilSugonyaev Финляндия Различные языки, в том числе и русский язык	MindHealth от MindHelpOy / DaniilSugonyaev [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/mindhealth-ментальное-здоровье/id1644 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
NikeTrainingClub тренировка фитнес или тренажер Рейтинг 4.9 из 5	Фитнес-приложение с тренировками под руководством сертифицированных инструкторов, планы тренировок для дома и зала	Nike, Inc. США Различные языки, в том числе и русский язык	NikeTrainingClub от Nike, Inc. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ua/app/nike-training-club/id301521403?l=ru , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).?l=ru
Calm Медитация релаксация Рейтинг 4.7 из 5	Приложение для медитации и релаксации с ежедневными практиками, музыкой для сна и рассказами	Calm.com Великобритания Множество языков	Calm от Calm.com [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/calm/id571800810 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик Страна / Язык	Ссылка
АнтиТревога самопомощь при тревоге Рейтинг 4.7 из 5	Приложение для самопомощи при тревоге с теоретической частью, диагностическими тестами и практическими упражнениями	Союз охраны психического здоровья (СОПЗ) Россия Русский язык	АнтиТревога от СОПЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://antitrevoga.softonic.ru/ iphone, свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
АнтиДепрессия Рейтинг 4.7 из 5	Мобильное приложение для самопомощи при депрессии с интерактивными методиками, дневником мыслей	Союз охраны психического здоровья Россия Множество языков, в том числе и русский язык	АнтиДепрессия от СОПЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://antidepressiia.softonic.ru/ iphone, свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
Wysa: MentalHealthAI чат бот, тренажер эмоционал. интеллекта Рейтинг 4.9 из 5	Чат-бот с эмоциональным интеллектом, который использует искусственный интеллект для реагирования на выраженные вами эмоции. Предлагает упражнения для распознавания эмоций, роста продуктивности и уверенности в себе	TouchkineServices Private Limited Индия Английский язык	Wysa: MentalHealth AI от TouchkineServices Private Limited [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/wysa-mental-health-ai/id1166585565, свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
Wellness тренажер физическ. психическ. эмоционал. состояния Рейтинг 5 из 5	Приложение, направленное на улучшение физического, психического и эмоционального состояния пользователей. Предлагает персонализирован	Seventh-Day Adventist Church (SPD) Limited Австралия Английский язык	Wellness от Seventh-Day Adventist Church (SPD) Limited [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/au/app/wellness/id1528668257 (Дата обращения: 24.06.2025)

Название приложения	Краткая информация	Разработчик Страна / Язык	Ссылка
	ые программы тренировок, отслеживание активности, рекомендации по питанию, мотивационные советы и доступ к видеоурокам от экспертов		

Следует отметить, что цифровые продукты первичной профилактической направленности, представленные в таблице 2.9.1 способствуют формированию приверженности к регулярной физической активности, снижению уровня стресса, развитию навыков эмоциональной саморегуляции и стрессоустойчивости. Использование подобных технологий может рассматриваться как дополнительный инструмент профилактики факторов риска, негативно влияющих на качество жизни и состояние общественного здоровья.

Современные мобильные приложения, направленные на профилактику интернет-зависимости и формирование трезвого и здорового образа жизни, являются важным направлением цифровой профилактики (табл. 2.9.2). Ограничение доступа к интернет-ресурсам (онлайн-казино, сайтам азартных игр), контроль экранного времени и развитие навыков концентрации внимания способствуют предупреждению развития аддиктивных форм поведения.

Таблица Б 2.9.2. Мобильные приложения для формирования трезвости, здорового образа жизни и первичной профилактики интернет-зависимости

Название приложения / Рейтинг	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
Forest – Сосредоточьтесь Тренажер для самоконтроля Рейтинг 4.9 из 5	Приложение помогает контролировать себя через выращивание дерева — чем больше вы не пользуетесь смартфоном, тем зеленее ваш лес. Каждый раз, когда вы запускаете режим фокусировки, во время которого запрещено пользоваться другими приложениями, ваше дерево растет	SEEKRTECHCO., LTD. Тайвань Различные языки, в том числе и русский	Forest от SEEKRTECHCO., LTD. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/forest-сосредоточьтесь/id866450515 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
Envelope Рейтинг 4.1 из 5	Приложение помогает снизить зависимость от смартфона, блокируя интернет и уведомления ради концентрации на важных делах или отдыхе	SpecialProjects – Experiments Великобритания Различные языки, в том числе и русский	Envelope от SpecialProjects – Experiments [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://envelope.softonic.ru/android , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
AppBlock Apps&Web Blocker Тренажер информационного образа жизни, блок- щит цифрового образа	Приложение помогает блокировать веб-сайты и социальные сети, чтобы оставаться продуктивными и вести здоровый цифровой образ жизни. Приложение	MobileSofts.r.o. Чешская Республика Различные языки, в том числе и русский	AppBlock Apps&WebBlocker от MobileSofts.r.o. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/appblock-apps-web-blocker/id1515753232 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения / Рейтинг	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
жизни Рейтинг 4.5 из 5	позволяет контролировать время, проводимое за экраном		
GamBlock Рейтинг 3,2 из 5	Предназначен для блокировки доступа к онлайн-казино и сайтам азартных игр на различных устройствах и платформах.	DavidWarr Австралия Английский	GamBlock от DavidWarr [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apkpure.com/ru/gamblock@-browser/com.gamblock.shine , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
Gamban Блокировка риска онлайн гемблинга Рейтинг 2.4 из 5	Мобильное приложение для блокировки онлайн-гемблинга, предлагающее полную неограниченную защиту от азартных игр для всех устройств.	Gamban LTD Великобритания Английский, голландский, финский, французский, норвежский букмол, португальский, испанский	Gamban от Gamban LTD [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/gamban/id1459803064 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Использование мобильных приложений (табл. 2.9.2) помогают развитию осознанного отношения к использованию цифровой среды и формированию устойчивых здоровых поведенческих привычек. Таким образом, мобильные приложения профилактической направленности становятся значимым компонентом современной системы цифровой профилактики, расширяя возможности сохранения трезвости и предупреждения интернет-зависимости.

Применение чат-ботов способствует расширению возможностей первичной профилактики за счет предоставления профилактической информации, проведения скрининга факторов риска и поддержки мотивации к изменению поведения. В таблице 2.9.3 представлены примеры цифровых сервисов, применяемых в профилактической деятельности.

Таблица Б 2.9.3. Чат-боты первичной профилактики

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«Экран БезОпасности»	Первый бесплатный цифровой помощник для родителей, созданный специально для того, чтобы защитить детей от онлайн-угроз.	Центр «Безопасность и профилактика» Россия Русский	«Экран БезОпасности» от Центра «Безопасность и профилактика». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: @BezOpasnosti_bot. свободный– (Дата обращения: 23.06.2025)
«Сюжетный бот»	Помогает подросткам разобраться в сложных жизненных ситуациях через безопасный игровой и просветительский формат, предоставляет возможность получить бесплатную анонимную помощь	Центр профилактики асоциальных и деструктивных явлений при Министерстве молодежной политики Россия Русский	Сюжетный бот от Центра профилактики асоциальных и деструктивных явлений при Министерстве молодежной политики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://t.me/cp52_bot. . – (Дата обращения: 23.06.2025)
«Ты не один»	Бесплатный психологический виртуальный помощник для подростков, Основная задача бота - оказание первой психологической помощи в кризисных ситуациях	Межрегиональная общественная организация (МОО) «Врачи детям» Россия Русский	Ты не один» от Межрегиональной общественной организацией (МОО) «Врачи детям» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: @Yarenotalone_bot – (Дата обращения: 23.06.2025)

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«StressLess Buddy»	Оказание оперативной поддержки и профилактики эмоционального выгорания и повышение психоэмоционального благополучия	Программа разработана при участии специалистов из Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, НМИЦ психиатрии им. В.П. Сербского и ИжГТУ Россия Русский	«StressLessBuddy» от Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, НМИЦ психиатрии им. В.П. Сербского и ИжГТУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: @StressLessBuddy свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Ключевым достоинством рассмотренных в таблице 2.9.3 чат-ботов выступает функция постоянной поддержки, делающая психологическую и профилактическую помощь более доступной. В частности, чат-боты играют роль эффективного инструмента цифровой первичной профилактики.

Рассмотрим цифровые технологии контроля питания помогают отслеживать потребление белков, жиров и углеводов, вести подсчёт калорий, составлять план питания и поддерживать физическую активность, что способствует формированию навыков рационального питания, развитию здоровых поведенческих привычек и приверженности к здоровому образу жизни (табл. 2.9.4).

Таблица Б 2.9.4. Мобильные приложения для здорового питания

Название приложения / Рейтинг	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
Fatsecret Рейтинг 4.8 из 5	Счетчик калорий для поиска информации о питательной ценности пищевых продуктов, а также отслеживания блюд,	SecretIndustriesPty Ltd Австралия Различные языки, в том числе и русский	Счетчик калорий от FatSecret [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/счетчик-калорий-от-fatsecret/id347184248 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Название приложения / Рейтинг	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
	физических упражнений и веса		
Худеем за 30 дней Рейтинг 4.8 из 5	План похудения с помощью тренировок и диеты за 30 дней. Физические упражнения подготовлены специально для выполнения дома	VeraMolofeeva Чувашия Различные языки, в том числе и русский	Худеем за 30 дней от VeraMolofeeva [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/худеем-за-30-дней-фитнес-дома/id1411235806 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
Fastio Интервальное Голодание Рейтинг 4.5 из 5	Приложение помогает легко и безопасно внедрить привычку интервального голодания и достичь целей по снижению веса и улучшению общего здоровья	DmitriyBiseroV Россия Различные языки, в том числе и русский	Fastio от DmitriyBiseroV [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/fastio-интервальное-голодание/id6446180590?l=ru , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
NutriSteppe Рейтинг 4.4 из 5	Приложение для здорового питания с базой более 22 тысяч блюд, составление индивидуального меню с учетом целей и предпочтений	Smart Health LLC Казахстан Английский	NutriSteppe от Smart Health LLC [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/kz/app/nutristeppe-здоровое-питание/id1599986666 , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
MyFitnessPal Рейтинг 4.7 из 5	Счетчик калорий и трекер питания с базой более 14 миллионов продуктов, интеграция с фитнес-устройствами	MyFitnessPal, Inc. США Русский, английский и множество других языков	MyFitnessPal от MyFitnessPal, Inc. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/myfitnesspal-счетчик-калорий/id341232718?l=ru , свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Цифровые продукты, представленные в таблице 2.9.4, могут рассматриваться как инструмент первичной профилактики, направленный на предупреждение факторов риска хронических неинфекционных и наркологических заболеваний.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование мобильных приложений первичной профилактики наркологических заболеваний позволяет своевременно снижать факторы риска здоровья и трезвости и повышать их факторы защиты. Совокупность цифровых продуктов, в первую очередь мобильных приложений, позволяет выстраивать современные экосистемы персонализированного антиаддиктивного профилактического вмешательства, направленного на укрепление потенциала здоровья и трезвости.

Мобильные приложения интегрируют принципы здорового образа жизни в повседневный ритм, выступая доступным инструментом первичной профилактики. Они помогают выработать полезные пищевые привычки, отказаться от психоактивных веществ и минимизировать риски развития зависимостей до обращения к специалистам. В заключение, внедрение цифровых технологий в профилактическую медицину позволяет сместить фокус с лечения последствий на управление качеством жизни. Регулярный мониторинг состояния с помощью экосистемы таких мобильных программ формирует у пользователей здоровую социальную среду, повышает личную ответственность и служит надежным превентивным барьером против вовлечения в употребление психоактивных веществ.

Использование цифровых технологий позволяет расширить возможности дистанционного сопровождения лиц, находящихся в процессе реабилитации после алкогольной, наркотической и никотиновой зависимости (табл. 2.9.5).

Таблица Б 2.9.5. Мобильные приложения для вторичной профилактики наркологических расстройств

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«SURE Recovery» Рейтинг 4,4 из 5	Приложение полезно для тех, кто употребляет алкоголь, наркотики и находится в процессе реабилитации. Приложение предлагает комплекс инструментов для поддержки: трекеры выздоровления с графиками прогресса.	Mindwave Ventures Великобритания Английский	«SURE Recovery» от Mindwave Ventures [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apkpure.com/ru/sure-recovery/com.mindwaveventures.sureapp свободный– (Дата обращения: 23.06.2025)
«Счетчик трезвости» Рейтинг 3,7 из 5	Помощь при алкоголизме, наркомании и табакокурении. В случае острой необходимости можно мгновенно вызвать нарколога на дом по специальному номеру телефона через приложение	Dr. Lazarev Россия Русский и еще около 30 языков	Счетчик трезвости от Dr. Lazarev [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rustore.ru/catalog/app/com.lazarev.clinic свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«Hey, Charlie»	Приложение помогает избегать триггеров срыва, анализируя контакты и локации пользователя. Оно присылает уведомления при сближении с «опасными» местами, предлагая связаться с наставником.	EmilyLindemer США Английский	«Hey, Charlie» от EmilyLindemer является узкоспециализированным медицинским проектом, доступ к нему чаще всего предоставляется в рамках официальных программ реабилитации

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«RAY»	AI-чат-бот, разработанный для поддержки людей на этапе реабилитации с целью предотвращения рецидивов. Он функционирует как персональный карманный наставник, обеспечивая непрерывную помощь и анонимную поддержку в формате 24/7	Comentis Германия Английский, немецкий и другие европейские языки	«RAY» от Comentis [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://comentis.свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Цифровые технологии позволяют осуществлять динамическое наблюдение за состоянием пациента, своевременно выявлять триггеры срыва и снижать риск рецидива зависимого поведения. Следует отметить, что мобильные приложения профилактической направленности, предоставленные в таблице 2.9.5, повышают доступность наркологической помощи, обеспечивают возможность дистанционной поддержки и могут рассматриваться как дополнительный инструмент медико-психологического сопровождения лиц с наркологическими расстройствами. Важное значение данные приложения приобретают в процессе сопровождения лиц, находящихся в состоянии ремиссии или проходящих реабилитацию после пагубного употребления зависимости.

Мобильные приложения в том числе позволяют отслеживать периоды трезвости, осуществлять контроль количества употребляемого алкоголя, проводить анализ поведенческих факторов риска и поддерживать мотивацию к предупреждению рецидивов и формированию приверженности к трезвому образу жизни (табл. 2.9.6).

Таблица Б 2.9.6. Мобильные приложения для вторичной профилактики алкоголизма

Название приложения	Краткая Информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«Drivemode» Рейтинг 5 из 5	Приложение, разработанное специально для безопасного использования смартфона во время вождения. отключает звонки, сообщения и уведомления с телефона при превышении скорости 15 миль в час	DrivemodeInc США Английский	«Drivemode» от DrivemodeInc [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – [https://drivemode.ru.aptoide.com/app] свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«CoberTime» Рейтинг 4,8 из 5	Удобный мобильный трекер для борьбы с зависимостью. Позволяет отслеживать время чистоты, сохранять мотивацию с помощью ежедневных вдохновляющих цитат и наглядной статистики сэкономленных денег.	Sociosoftware LLC США Английский, немецкий, русский, испанский, французский	«CoberTime» от SociosoftwareLLC [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.socio soft.sobertime&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
SAFE 2 SAVE Рейтинг 4,8 из 5	Использует программу поощрений, чтобы мотивировать водителей не писать сообщения во время вождения. Пользователи зарабатывают два балла за каждую	SAFE 2 SAVE LLC США Английский, упрощенный китайский, испанский	SAFE 2 SAVE от SAFE 2 SAVE LLC [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://apps.apple.com/us/app/safe-2-save/id1141255148?ls=1свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Название приложения	Краткая Информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«AlcoDroid Alcohol Tracker» Рейтинг 4,3 из 5	Мобильный трекер, помогает отслеживать количество выпитого, контролировать расходы на алкогольные напитки и оценивать уровень алкоголя в крови (ВАС) в режиме реального времени	Myrecsek Германия Немецкий, английский и другие	«AlcoDroidAlcoholTracker» от Myrecsek [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=org.M.alcodroid свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
OnMyWay Рейтинг 4,3 из 5	Автоматически отключает текстовые сообщения и уведомления приложений при превышении скорости 10 миль в час.	OnMyWay AI Япония интерфейс переведен более чем на 15 языков	OnMyWay от OnMyWay AI [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – [https://drivemode.ru.aptoide.com/app] свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«Stop Drinking with Andrew Johnson» Рейтинг 4 из 5	Цифровой инструмент для самопомощи, сочетающий техники глубокой релаксации. Через регулярное прослушивание аудиосессий пользователи учатся справляться со стрессом и эмоциональными триггерами без спиртного	UniversalRelaxationLtd. Великобритания. Английский	Stop Drinking with Andrew Johnson» от Universal Relaxation Ltd. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.hivebrain.andrewjohnson.drinking свободный – (Дата обращения: 23.06.2025)

Мобильные приложения, представленные в таблице 2.9.6, расширяют возможности профилактики алкогольной зависимости, способствуя поддержанию трезвости, повышению мотивации к отказу от алкоголя и предупреждению рецидивов.

Использование цифровых технологий способствует поддержанию отказа от курения, предупреждению рецидивов и формированию

устойчивой мотивации к сохранению здорового образа жизни (табл. 2.9.7).

Таблица Б 2.9.7. Мобильные приложения для вторичной профилактики табакокурения

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
«MyQuitBuddy» Рейтинг 5 из 5	Отслеживает дни без сигарет, считает сэкономленные деньги, фиксирует улучшение здоровья и предлагает инструменты совладения в моменты сильной тяги.	Australian Department of Health Австралия Английский	«My QuitBuddy» отAustralian Department of Health [Электронныйресурс]. – Режимдоступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.theprojectfactory.quitbuddy&hl=ru свободный – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Бросить курить» Рейтинг 4,7 из 5	Отслеживает восстановление организма, подсчитывает сэкономленные деньги, содержит уникальный SOS-режим с дыхательными техниками для подавления внезапных приступов тяги.	AlexanderSidorkin Россия Русский	«Бросить курить» от QUIT App / nosmoke.app [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rustore.ru/catalog/app/com.nosmoke.app свободный – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
«QuitNow!» Рейтинг 4,7 из 5	Сервис в реальном времени визуализирует личные достижения пользователя: от количества невыкуренных сигарет и финансовой экономии до конкретных индикаторов восстановления организма.	Fewlaps SL Испания Поддерживает более 25 языков	QuitNow!» от Fewlaps SL [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/quit-now/id483994930 свободный – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Smokebeat» Рейтинг 4, 3 из 5	Приложение отслеживает время курение, выявляет триггеры, геолокацию и временные интервалы курения, а также ведет автоматический подсчет финансовых затрат на табачные изделия	Somatix Израиль Английский, испанский, русский и др.	«Smokebeat» от Somatix [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://smokebeat.bd.aptoide.com/apprpsвободный . – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Kwit» Рейтинг 3,9 из 5	Популярное мобильное приложение для отказа от курения и снижения потребления никотина отслеживает время без курения, сэкономленные деньги и предлагает специальные упражнения для	Kwit SAS Франция Английский и еще 13 языков	«Kwit» от Kwit SAS [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.kwit.android&hl=ru усвободный – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
	снятия тяги.		

Возможность отслеживания длительности ремиссии, контроля динамики восстановления организма, фиксации личных достижений и использования техник совладания способствует развитию навыков самоконтроля и повышению приверженности к отказу от курения. Кроме того, цифровые технологии, указанные в таблице 2.9.7, позволяют повысить уровень осознанности в отношении негативных последствий табакокурения и поддерживать мотивацию к сохранению трезвого и здорового образа жизни

Мобильные приложения, используемые в системе вторичной профилактики интернет-зависимости, представляют собой современный инструмент цифрового контроля и коррекции зависимого поведения, связанного с чрезмерным использованием гаджетов и интернет-ресурсов (табл. 2.9.8).

Таблица Б 2.9.8. Мобильные приложения для вторичной профилактики интернет-зависимости

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
«Цифровая аскетика» Рейтинг 4,8 из 5	Помогает снизить зависимость от гаджетов, контролировать время использования экрана и бороться с	Ученые из Южно-Уральского государственного университета	«Цифровая аскетика» от ЮУрГУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://www.rustore.ru/catalog/app/com.ne_lopatin.Digital_print свободный. –

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
	прокрастинацией.	(ЮУрГУ) Россия Русский	(Дата обращения: 23.06.2025).
«AppBlock — Stay Focused» Рейтинг 4,5 из 5	Цифровой инструмент для блокировки приложений и сайтов, который помогает не отвлекаться от дел. «Строгий режим», не дает изменить настройки или удалить само приложение, пока не закончится таймер.	MobileSofts. r.o. Чехия Английский , Интерфейс переведен более чем на 15 языков	«AppBlock — Stay Focused» от MobileSofts.r.o. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=cz.mobilesoft.appblock&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«StayFree» Рейтинг 4,3 из 5	Приложение анализирует вашу активность в смартфоне и предоставляет функции для установки лимитов, помогая осознанно сократить использование гаджета.	BurakKuyucu (Burock Games) Турция Английский интерфейс переведен более чем на 20 языков	«StayFree» от BurakKuyucu (Burock Games) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=com.burockgames.timeclocker&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Freedom»	Приложение для борьбы с цифровой зависимостью,	Freedom Labs Inc	«Freedom» от Freedom Labs Inc [Электронный ресурс]. – Режим доступа: –

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
Рейтинг 3,7 из 5	которое блокирует отвлекающие сайты и приложения сразу на всех ваших устройствах. Помогает сфокусироваться на работе, исключая возможность случайного перехода в соцсети.	США Английский	https://play.google.com/store/apps/details?id=to.freedom.android2&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Использование цифровых инструментов, собранных в таблице 2.9.8, способствуют повышению концентрации внимания, снижению выраженности прокрастинации и развитию навыков осознанного использования цифровой среды.

Мобильные приложения, используемые во вторичной профилактике игровой зависимости, в том числе от азартных игр, являются одним из современных направлений цифровой поддержки лиц, имеющих опыт гемблинга (табл. 2.9.9). Использование данных технологий способствует ограничению доступа к азартным играм, снижению риска рецидива и поддержанию контроля над зависимым поведением. Важную роль цифровые приложения играют в системе предупреждения рецидивов игровой зависимости. Возможность блокировки сайтов онлайн-казино, букмекерских платформ и игровых приложений способствует снижению влияния провоцирующих факторов и формированию более устойчивых навыков самоконтроля.

Таблица Б 2.9.9. Мобильные приложения для вторичной профилактики игровой зависимости и интернет-зависимости

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
«BetBlocker» Рейтинг 4 из 5	Приложение для блокировки более 85000 сайтов с азартными играми. Если вы активировали блокировку, её нельзя отключить до окончания выбранного срока.	BetBlocker Великобритания Английский Интерфейс переведен более чем на 20 языков	«BetBlocker» от BetBlocker [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=mobile.betblocker&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«GamBlock» Рейтинг 3,9 из 5	Блокировка доступа к сайтам и приложениям с азартными играми.	GamblockPtyLtd Австралия Английский	«GamBlock» от GamblockPtyLtd [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=com.gamblock.huaoweitest&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Gamban» Рейтинг 3,8 из 5	Блокировка доступа к сайтам и приложениям азартных игр	Gamban LTD. США Английский, интерфейс переведен более чем на 15 языков	«Gamban» от Gamban LTD [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=com.gamban.beanstallkhttps.gambanapp&hl=ru свободный. –(Дата обращения: 23.06.2025).
«Gambling Therapy Mobile	Мобильное приложение, где помимо основных видов помощи есть	The Gordon Moody Association	«Gambling Therapy Mobile App» от The Gordon Moody Association

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
App» Рейтинг 4.1 из 5	мотивационные цитаты, ссылки на блокирующее ПО, а также справочник релевантных проблематике организаций.	Великобритания Английский, интерфейс переведен более чем на 15 языков	Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://apkpure.com/ru/how-to/how-to-install-xapk-apk свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«GAMSTO P» Рейтинг 3,1 из 5	Блокирует пользователю доступ ко всем лицензированным сайтам и приложениям онлайн-казино, букмекеров и слотов на выбранный срок	Gamstop Group Limited; Remote Gambling Association Великобритания Английский	«GAMSTOP» от Gamstop Group Limited; Remote Gambling Association [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – gamstop.co.uk (Дата обращения: 23.06.2025).

Использование мобильных приложений, представленных в таблице 2.9.9, обеспечивает дополнительную информационную и психологическую поддержку, повышает мотивацию к сохранению трезвого образа жизни и способствует развитию ответственного отношения к собственному поведению.

Таким образом, цифровые технологии становятся значимым компонентом современной системы вторичной профилактики наркологических расстройств, расширяя возможности дистанционной поддержки, предупреждения рецидивов и сохранения устойчивой трезвости.

Цифровая трансформация вторичной профилактики зависимостей представляет собой передовую стратегию, направленную на раннее выявление и предупреждения развития аддиктивного поведения. Внедрение мобильных приложений, носимых датчиков и диалоговых ИИ-

агентов формирует экосистему, обеспечивающую своевременное вмешательство на критических этапах формирования зависимости. Использование цифровых ресурсов) нивелирует физические барьеры доступа к медицинской помощи, гарантирует приватность и минимизирует стигматизацию, что критически важно для лиц из групп риска. Современные отечественные ИТ-разработки в этой сфере отличаются высоким уровнем эффективности и отвечают международным стандартам. Синтез цифровых инноваций с классическими клиническими методами открывает новые перспективы в предотвращении рецидивов и поддержании долгосрочной ремиссии. Таким образом, цифровые инструменты становятся базовым элементом современной наркологической помощи, многократно расширяя возможности дистанционного ведения пациентов.

Цифровые платформы, применяемые в рамках третичной профилактики, расширяют возможности длительного сопровождения лиц, страдающих наркологическими расстройствами. Использование мобильных приложений способствует поддержанию ремиссии, укреплению мотивации к отказу от психоактивных веществ (табл. 2.9.10).

Таблица Б 2.9.10. Мобильные приложения для третичной профилактики наркомании

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«Replika» Рейтинг 4,7 из 5	Используется при тревожности, депрессии и зависимом поведении. Помогает развивать навыки саморегуляции и коммуникации	LukaInc. США Английский, немецкий, французский, итальянский	«Replika» от LukaInc. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«CoberGrid» Рейтинг 4,1 из 5	Социальная сеть для людей, выздоравливающих от зависимостей. Включает поддержку сообщества, геолокацию и функцию SOS для экстренной помощи	SoberGrid США Английский	«CoberGrid» от Sober Grid [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.osu.cleanandsobertoolbox&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«Addicaid» Рейтинг 2,5 из 5	Использует элементы ИИ, персонализированные планы восстановления, трекинг прогресса и поддержку сообщества	AddicaidInc. США Английский, немецкий, французский, итальянский	«Addicaid» от AddicaidInc. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/us/app/addicaid-addiction-recovery-support/id847509209 свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Использование цифровых сервисов способствует снижению социальной изоляции, развитию навыков саморегуляции и формированию трезвого поведения. Следует отметить, что мобильные приложения, приведенных в таблице 2.9.10, могут рассматриваться как дополнительный инструмент медицинской и социальной реабилитации, направленный на предупреждение рецидивов наркологического заболевания и поддержания социально-психического благополучия выздоравливающих пациентов.

Таким образом, цифровые технологии занимают значимое место в системе третичной профилактики повышая доступность реабилитационной поддержки и расширяя возможности длительного сопровождения лиц с зависимым поведением.

Важным компонентом третичной профилактики алкоголизма являются цифровые технологии, направленные на поддержание ремиссии, профилактику рецидивов и повышение приверженности лечению. В

таблице 2.9.11 представлены мобильные приложения, которые могут использоваться в качестве дополнительных инструментов сопровождения пациентов.

Таблица Б 2.9.11. Третичная цифровая профилактика алкоголизма

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«Счетчик дней: вредные привычки» Рейтинг 5 из 5	Приложение «Счетчик дней: вредные привычки» - это мобильный трекер, помогающий отказаться от пагубных пристрастий (курение, алкоголь) и выработать полезные привычки	Artem Denisov Россия Русский, английский, испанский, китайский, французский	«Счетчик дней: вредные привычки» от Artem Denisov [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rustore.ru/catalog/app/quitBadHabits.app свободный– (Дата обращения: 23.06.2025)
«I AmSober» Рейтинг 4,9 из 5	Приложение для борьбы с различными видами зависимостей. Сервис совмещает функции точного счетчика трезвости, анализа триггеров и калькулятора сэкономленных денег с платформой взаимной поддержки.	I Am Sober LLC. США Английский, немецкий и другие европейские языки	«I AmSober» от I Am Sober LLC. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rustore.ru/catalog/app/com.thehungrywasp.iamsober свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«AA Big	Мобильный	Tushar Bhagat	«AA Big Book»от Tushar Bhagat

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
Book» Рейтинг 4, 5 из 5	путеводитель по программе Анонимных Алкоголиков, включающий полный текст книги, аудиоверсии, счетчик трезвости и базу данных собраний	США Английский	[Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/aa-big-book-e-reader-audio/id6448790511 свободный– (Дата обращения: 23.06.2025)

Использование цифровых сервисов (табл. 2.9.11) в рамках третичной профилактики алкоголизма позволяет повысить доступность поддержки для пациентов, находящихся в ремиссии, способствует формированию навыков самоконтроля, поддержанию мотивации к трезвому образу жизни и профилактике рецидивов.

Мобильные приложения, применяемые в рамках третичной профилактики никотиновой зависимости, расширяют возможности длительной поддержки лиц после отказа от курения (табл. 2.9.12).

Таблица Б 2.9.12. Мобильные приложения для третичной профилактики табакокурения

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«Smoke Free» Рейтинг 4,8 из 5	Одно из наиболее популярных международных приложений для отказа от курения. Использует поведенческие техники, систему достижений, дневник тяги и персонализированные рекомендации	23 Ltd Великобритания Английский	«SmokeFree» от 23 Ltd [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/smoke-free-quit-smoking-now/id577767592 свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«SmokingControl» Рейтинг 4,6 из 5	Приложение для контроля никотиновой зависимости и отслеживания динамики отказа от курения. Содержит статистику, мотивационные уведомления и систему достижений	MH RileyLtd Великобритания Русский, английский	Smoking Control» от MH Riley Ltd [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.locode.smoker&hl=ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).
«CessationNation» Рейтинг 4,3 из 5	Приложение, ориентированное на поддержку пользователей в процессе отказа от курения, включает образовательные материалы и элементы социальной поддержки	RonHorner США Английский	«CessationNation» от RonHorner [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apkpure.net/ru/quit-smoking-cessation-nation/com.horner.ronald.cessationnation – свободный. –(Дата обращения: 23.06.2025).
«Не курю!» Рейтинг 4,2 из 5	Российское приложение для отказа от курения. Помогает отслеживать прогресс, количество дней без сигарет, экономию денег и изменения состояния здоровья	ShamilBerdiev Россия Русский, английский	«Не курю!» от ShamilBerdiev [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.apple.com/ru/app/%D0%BD%D0%B5-%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%8E/id1258250813 свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Использование данных технологий направлено на укрепление мотивации к сохранению здоровья, снижают вероятность возврата к курению и поддерживают устойчивые изменения образа жизни. Важным преимуществом подобных цифровых сервисов, описанных в таблице 2.9.12, является возможность самоконтроля и мониторинга личного прогресса.

В третичной профилактике интернет и игровой зависимости мобильные приложения используются как дополнительный инструмент поддержания устойчивой ремиссии (табл. 2.9.13).

Таблица Б 2.9.13. Мобильные приложения для третичной профилактики интернет-зависимости и игровой зависимости

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
«DigitalWellbeing» Рейтинг 4,5 из 5	Позволяет отслеживать экранное время, ограничивать использование приложений и формировать более здоровые цифровые привычки. Используется в профилактике интернет-зависимости	Google США Мультязычный	«DigitalWellbeing» от Google [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://digital-wellbeing.updatestar.com/ru свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«GamblingTherapy» Рейтинг 4,5 из 5	Международное приложение психологической поддержки для людей с игровой зависимостью. Содержит онлайн-консультирование, группы поддержки и материалы по самопомощи	GordonMoodyAssociation Великобритания Английский. Базовый интерфейс платформы доступен на 30 языках, включая русский	«Gambling Therapy» отGordon Moody Association [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apkpure.com/ru/gambling-therapy/com.gamblingtherapy свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«Offtime» Рейтинг 4,1 из 5	Приложение для ограничения отвлекающих факторов, контроля использования смартфона и профилактики интернет- и цифровой зависимости. Позволяет временно блокировать уведомления и	MindcubedSociedadLimitada Германия Английский русский, немецкий, испанский и другие	«Offtime» от MindcubedSociedadLimitada [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://offtime-the-app-to-unplug.softonic.ru/iphone свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
	приложения		
«BetBlocker» Рейтинг 4 из 5	Приложение для блокировки более 85 000 сайтов с азартными играми. Если вы активировали блокировку, её нельзя отключить до окончания выбранного срока	BetBlocker Великобритания Английский Интерфейс переведен более чем на 20 языков	«BetBlocker» от BetBlocker [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – https://play.google.com/store/apps/details?id=mobile.betblocker&hl=ru и свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025).

Применение цифровых технологий позволяет ограничивать доступ к игровым платформам и отвлекающим интернет-ресурсам, снижать интенсивность цифровой нагрузки и поддерживать более безопасные модели взаимодействия с цифровой средой. Цифровые сервисы, представленные в таблице 2.9.13, обеспечивают дистанционную психологическую поддержку, доступ к информационным материалам и элементам самопомощи, что имеет значение в процессе длительного сопровождения лиц с интернет-зависимостью

Чат-боты используются как дополнительный ресурс третичной профилактики наркологических заболеваний (табл. 2.9.14). Формат круглосуточной дистанционной поддержки позволяет пользователям получать рекомендации, техники самопомощи и эмоциональную поддержку в режиме реального времени.

Таблица Б 2.9.14. Чат-боты для третичной профилактики наркологических расстройств

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна / Язык	Ссылка
WHO Quit Challenge	Программа поддержки для желающих бросить курить, ежедневно	ВОЗ: Digital Health Швейцария	WHOQuitChallenge от ВОЗ и DigitalHealth [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.who.int/camp

Название приложения	Краткая информация	Разработчик / Страна /Язык	Ссылка
	отправляет пользователю мотивирующие сообщения, советы по преодолению тяги к никотину, Доступна 24/7	Английский, русский, рабский, китайский, французский и испанский	aigns/world-no-tobacco-day/2021/quitting-toolkit/text-message-support/viber-support свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«ПТСР помощник»	Информирование пользователей о (ПТСР), его симптомах и механизмах работы стресса. Предоставляет упражнения и инструкции для управления тревогой, гневом и стрессовыми реакциям	SnezhanyoZamaliyevoy Россия Русский	«ПТСР помощник» от SnezhanyoZamaliyevoy [Электронный ресурс] –Режим доступа: https://t.me/ptsr_help_bot свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«DBT-skills»	Инструмент для отслеживания эмоций и практики осознанности. Помогает справиться с интенсивными переживаниями в моменте	OksanaKochenkova Россия Русский	«DBT-skills» от OksanaKochenkova [Электронный ресурс] –Режим доступа: https://t.me/Learn_DBT_Skills_Bot свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)
«Искусство пауз»	Помогает развивать внимательность к своему состоянию, поддерживать себя в ресурсе, сохранять продуктивность	Andrey Kazakov Россия Русский	«Искусство пауз» от AndreyKazakov [Электронный ресурс] – Режим доступа: @statemate_bot. свободный. – (Дата обращения: 23.06.2025)

Дополнительным преимуществом цифровых технологий, описанных в таблице 2.9.14, является возможность регулярного сопровождения пользователей вне медицинской организации, что способствует повышению доступности профилактической и психологической помощи. Чат-боты становятся важным элементом цифровой третичной профилактики, способствуя поддержанию психоэмоционального благополучия, сохранению ремиссии и предупреждению повторного развития зависимого поведения.

Таким образом, экосистема цифровых сервисов (мобильные приложения, чат-боты, аппараты на основе технологий ИИ/VR, AR, MR, цифровые устройства, дистанционные технологии коммуникаций и обучения), применяемые в третичной профилактике, дают возможность своевременно справляться с причинами рецидивов наркологических заболеваний.

В заключении, обобщая рассмотренные комплексы цифровых продуктов сочетания с традиционными методами первичной, вторичной, третичной профилактики открывают принципиально новые возможности для обеспечения профилактических вмешательств, а также долгосрочного выздоровления и поддержки на всех этапах наркологической помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ В.

Диагностические методики

Диагностические методики первичной профилактики

- Методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич);
- Тест жизнестойкости С. Мадди (по Леонтьеву Д.А., Рассказовой Е.И.);
- Бостонский тест-опросник на стрессоустойчивость «Анализ стиля жизни» (L. Miller, A. D. Smith);
- Опросник Плутчика-Келлермана-Конте: методика «Индекс жизненного стиля» (LSI);
- Опросник СЭК («семейные эмоциональные коммуникации») Разработали А. Б. Холмогорова и С. В. Воликова;
- Шкала созависимости Spann-Фишер (Spann–Fischer Codependency Scale—SF CDS, адаптация В.Д.Москаленко, 2002);
- Профиль созависимости Н.Г. Артемцевой;
- Опросник FAD (Family Assessment Device / Клиническая шкала семейного функционирования). Автор: N. B. Epstein et al. (1983) Адаптация: Т. Ю. Садовникова (2014);
- Опросник Faces-3 шкала семейной адаптации и сплоченности.

МЕТОДИКА «ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ» М. РОКИЧА

Описание методики. Методика направлена на изучение представлений о системе значимых ценностей, определяющих наиболее общие ориентиры жизнедеятельности личности. Методика основана на прямом ранжировании списка ценностей. Однако, многие авторы сомневаются в надежности методики, так как ее результат сильно зависит от адекватности самооценки испытуемого.

Опросник состоит из двух списков по 18 ценностей в каждом. Первый список включает в себя терминальные ценности, а второй - инструментальные ценности. Процедура занимает 20-30 минут. Оценка производится путем анализа иерархии ценностей, определяемой их рангами. Чем меньше ранг, тем выше значимость ценности в иерархии (ранг 1 соответствует максимальной значимости).

Обработка результатов теста. Обработка предполагает содержательный анализ иерархии терминальных и инструментальных

ценностей. Интерпретация осуществляется с учетом рангового положения отдельных ценностей, их относительной значимости для испытуемого, а также характера их объединения в содержательно-смысловые блоки. При анализе терминальных ценностей могут быть выделены группы, отражающие ориентацию на конкретные жизненные цели и абстрактные ценности, профессиональную самореализацию и личную жизнь, индивидуальные и межличностные приоритеты, а также преимущественно активную либо пассивную направленность жизненных целей. При анализе инструментальных ценностей рассматриваются возможные объединения этических ценностей, ценностей общения и профессиональной деятельности, индивидуалистических, конформистских и альтруистических установок, ценностей самоутверждения и принятия других, а также интеллектуально и эмоционально ориентированных способов поведения.

Интерпретация. Если закономерности не найдены, можно предположить наличие у человека противоречивой системы ценностей. В таком случае нужно повторить исследование, дополнить его сведениями, полученными с помощью нескольких методик.

Источники: Д. А. Леонтьев. Методика изучения ценностных ориентаций. М.: Смысл, 1992. Психологические тесты. / Под ред. А.А. Карелина. Т.1. М., 2000. С. 25 – 29.

ТЕСТ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ С. МАДДИ

АДАПТАЦИЯ: Д.А. ЛЕОНТЬЕВ, Е.И. РАССКАЗОВА

Описание методики. Методика направлена на оценку способности личности выдерживать стрессовые ситуации и на определение уровня жизнестойкости. Теоретическим фундаментом методики служит концепция жизнестойкости (hardiness) С. Мадди, согласно которой жизнестойкость является системой убеждений человека о себе, мире и отношениях с ним. Опросник включает 45 вопросов, которые распределены по трем шкалам: вовлеченность (18 вопросов), контроль (17 вопросов) и принятие риска (10 вопросов), где от 0 до 3 («нет» - 0 баллов, «скорее нет, чем да» - 1 балл, «скорее да, чем нет» - 2 балла, «да» - 3 балла), ответам на обратные пункты присваиваются баллы от 3 до 0 («нет» - 3 балла, «да» - 0 баллов). Время выполнения теста составляет 10-15 минут.

Обработка результатов теста. Для подсчета баллов ответам на прямые пункты присваиваются баллы от 0 до 3 («нет» - 0 баллов, «скорее нет, чем да» - 1 балл, «скорее да, чем нет» - 2 балла, «да» - 3 балла),

ответам на обратные пункты присваиваются баллы от 3 до 0 («нет» - 3 балла, «да» - 0 баллов). Затем суммируется общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3 субшкал (вовлеченности, контроля и принятия риска). Прямые и обратные пункты для каждой шкалы представлены ниже.

Ключ к тесту жизнестойкости

Шкалы	Прямые пункты	Обратные пункты
Вовлеченность	4,12,22,23,24,29,41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
Контроль	9,15,17,21,25,44	1,5,6,8,16,20,27,31,35,39,43
Принятие риска	34,45	7,13,18,19,26,30,33,36

Интерпретация. Высокая степень жизнестойкости означает, что человек легко справляется со стрессом, уверен в себе и получает удовольствие от своей деятельности. Уровень жизнестойкости выше среднего - человек легко переживает стрессовые ситуации и старается смотреть на жизнь с оптимизмом, но не всегда достигает полной удовлетворённости. Уровень жизнестойкости ниже среднего - человек сложно переживает стрессовые ситуации и смотрит на жизнь с пессимизмом, не готов идти на риск. Низкая степень жизнестойкости - человеку сложно справляться со стрессом, малейшая неудача выбивает его из колеи, он чувствует тревожность и беспомощность.

Источник: Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006.

БОСТОНСКИЙ ТЕСТ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ

«АНАЛИЗ СТИЛЯ ЖИЗНИ»

L. MILLER, A. D. SMITH

Описание методики. Методика позволяет выявить степень уязвимости человека к стрессу через анализ различных аспектов его образа жизни, поведенческих паттернов и психологических реакций на повседневные ситуации. Теоретическим фундаментом методики является концепция, согласно которой стрессоустойчивость определяется не только врожденными особенностями нервной системы, но и сформированными стереотипами поведения, привычками и установками. Тест состоит из 20 утверждений, охватывающих различные аспекты жизни и поведения человека.

Обработка результатов теста. Каждое утверждение оценивается по частоте проявления: «Всегда»- 1 балл, «часто» - 2 балла, «иногда» – 3 балла, «почти никогда» - 4 балл, «никогда» – 5 баллов. Необходимо сложить результаты ответов и из полученного числа отнять 20 баллов.

Интерпретация. Если сумма составляет от 11 до 30 баллов - это показатель нормального уровня стресса, который соответствует в меру напряженной жизни активного человека. Превышение 30 баллов означает, что стрессовые ситуации оказывают немалое влияние на жизнь человека. Если набрано более 50 баллов, то человек очень уязвим для стресса. В этом случае следует серьезно задуматься о своей жизни – не пора ли ее изменить и подумать о своем здоровье.

Источник: Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2005.

ОПРОСНИК ПЛУТЧИКА-КЕЛЛЕРМАНА-КОНТЕ

«ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ» (LSI)

Описание методики. Опросник предназначен для выявления доминирующих защитных механизмов индивида. Методика базируется на психоэволюционной теории эмоций Р. Плутчика и структурной теории личности. Опросник состоит из 97 утверждений, требующих ответа по дихотомической шкале «верно-неверно». Время выполнения теста обычно составляет 15-20 минут.

Обработка результатов теста. Оценка производится путем суммирования баллов по каждой шкале. С помощью ключа определяется напряженность защиты, которая равна $n/N \times 100\%$, где n – число положительных ответов по шкале данной защиты, N – число всех

утверждений, относящихся к шкале. Тогда общая напряженность защиты в целом равна $S_n/92 \times 100 \%$, где S_n – сумма всех положительных ответов по опроснику.

Ключи к тесту индекса жизненного стиля

Шкала	№ вопроса (подсчет только ответов «да»)
А - Отрицание	1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94
В - Подавление	6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89,
С - Регрессия	2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95
Д - Компенсация	3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74,
Е - Проекция	7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96,
F - Замещение	8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97
G - Интеллектуализация	4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87,
Н – Реактивное образование	5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79,

Интерпретация. Производится в соответствии с определениями исследуемых видов механизмов психологической защиты.

Источник: Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова, Н. Н. Петрова, И. Г. Беспалько, М. А. Беребин, М. И. Савельева, Л. М. Таукенова, А. В. Штрахова, Т. А. Аристова, И. М. Осадчий. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 1999.

ОПРОСНИК «СЕМЕЙНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ» (СЭК)

А. Б. ХОЛМОГОРОВОЙ И С. В. ВОЛИКОВОЙ

Описание методики. Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК) выявляет дисфункции в родительских семьях и позволяет определить мишени как семейной, так и индивидуальной терапии, которая, как правило, связана с проработкой семейного контекста пациента. Опросник предназначен для заполнения взрослыми испытуемыми, которые на основе воспоминаний дают характеристику своей родительской семье.

Обработка результатов. Ответы на **прямые** вопросы оцениваются так: «безусловно, да» — 3 балла; «пожалуй, да» — 2 балла; «пожалуй, нет» — 1 балл; «безусловно, нет» — 0 баллов. Некоторые вопросы — **обратные** (это 2, 3, 7, 22). Для них шкала переворачивается: «безусловно, да» — 0 баллов; «пожалуй, да» — 1 балл; «пожалуй, нет» — 2 балла. После

подсчёта баллы по каждому вопросу суммируются отдельно по семи подшкалам:

Подшкалы	№ вопроса
Родительская критика	8, 17, 18, 20, 24, 25, 27
Индукция тревоги в семье	11, 12, 13, 15, 16
Элиминирование эмоций в семье	1, 2, 3, 4, 7, 22
Фиксация на негативных переживаниях	10, 14, 19
Внешнее благополучие (фасад и враждебность)	5, 6, 26
Сверхвключённость	28, 29, 30
Семейный перфекционизм	9, 21, 23

Интерпретация. При анализе смотрят как на профиль по отдельным подшкалам (какие паттерны выражены сильнее), так и на общий балл. Для общего показателя семейных дисфункций часто используют такую градацию:

- 0–35 баллов — низкий уровень;
- 36–57 баллов — средний уровень;
- 58–90 баллов — высокий уровень.

Возможна и более детальная разбивка: 0–24 — очень низкий, 25–35 — низкий, 36–57 — средний, 58–68 — высокий, 69–90 — очень высокий.

Источник: Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Сорокова М. Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – №. 4. – С. 97-125.

ШКАЛА СОЗАВИСИМОСТИ СПАНН-ФИШЕР (SPANN–FISCHER CODEPENDENCY SCALE—SF CDS), АДАПТАЦИЯ: В.Д.МОСКАЛЕНКО

Описание методики. Методика разработана американскими исследовательницами Джудит Л. Фишер и Линдой Спанн для самостоятельной оценки выраженности созависимых паттернов. Созависимость в этом подходе рассматривается как устойчивая модель отношений, часто формирующаяся в дисфункциональной семье. Методика содержит 16 утверждений.

Обработка результатов. В адаптированном русскоязычном варианте используется 6-балльная шкала. «Совершенно не согласен» — 1 балл; «Умеренно не согласен» — 2 балла; «Слегка не согласен» — 3 балла;

«Слегка согласен» — 4 балла; «Умеренно согласен» — 5 баллов; «Полностью согласен» — 6 баллов. Просуммируйте полученные баллы, для получения суммы баллов переверните значения баллов для пунктов 5 и 7 и затем суммируйте.

Интерпретация. 16-32 – норма, 33-60 – умеренно выраженная созависимость, 61-96 – резко выраженная созависимость.

Источник: Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь // М.: Издательство «Пер Сэ. – 2009.

ПРОФИЛЬ СОЗАВИСИМОСТИ Н.Г. АРТЕМЦЕВОЙ

Описание методики. Опросник рекомендуется использовать как инструмент для первичной самодиагностики или стартовой точки в беседе специалиста и пациента. Методика состоит из 33 утверждений, которые описывают различные эмоциональные, поведенческие и когнитивные паттерны.

Обработка результатов. Подсчет баллов производится по каждому фактору отдельно, далее качественно анализируется структура созависимости.

- **Фактор № 1 и № 4** (вопросы: 12, 16, 17, 5, 8, 24) — «**Поглощение психологической территории партнёра**». Высокие баллы здесь говорят о том, что человек слишком глубоко вторгается в личное пространство другого или, наоборот, чувствует, что его собственное пространство нарушено.

- **Фактор № 2** (вопросы: 20, 21, 22) — «**Отказ от собственного суверенитета**». Это про ситуацию, когда человек полностью подчиняет свои желания, цели и границы потребностям другого, теряя собственную автономию.

- **Фактор № 3** (вопросы: 2, 26) — «**Любовь через отражение в значимом другом**». В этом случае самооценка и чувство собственной ценности сильно зависят от того, как к человеку относятся, что он делает для других и как его оценивают.

- **Фактор № 5** (вопросы: 31, 32) — «**Абсолютное владение и разрушение психологической территории партнёра**». Здесь речь о стремлении полностью контролировать другого, диктовать ему правила, игнорировать его границы — вплоть до того, что личность партнёра как бы «растворяется» в отношениях.

Интерпретация результатов. Если по нескольким факторам (особенно по 2–3 и более) вы видите много высоких оценок (9–10 баллов) — это сигнал, что в ваших отношениях действительно могут

присутствовать устойчивые созависимые паттерны. Если высоких оценок немного (1–2 фактора) или они не слишком выражены — это не обязательно означает проблему, но указывает на отдельные черты, которые в определённых ситуациях могут актуализироваться. Если почти по всем вопросам стоят низкие баллы (1–3) — можно говорить о том, что в данный момент созависимость не актуализирована.

Источник: Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: психологический аспект. М.: МГУДТ, 2012.

КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ/ FAMILY ASSESSMENT DEVICE (FAD). АДАПТАЦИЯ: Т. Ю. САДОВНИКОВА

Описание методики. Разработана в 1983 году Н. Эпштейном, Л. Болдуин и Д. Бишоп на основе Модели функционирования семьи МакМастера. Опросник измеряет восприятие членов семьи (начиная с 12 лет) о том, как функционирует их семейная система в целом и по отдельным параметрам.

Обработка результатов. Переведите все ответы в баллы (с учетом инверсии для обратных вопросов). Сложите полученные баллы и разделите сумму на 12 (чтобы найти среднее арифметическое). Итоговый показатель будет находиться в диапазоне от 1.0 (максимальное благополучие) до 4.0 (максимальная дисфункция).

Ключи:

Вариант ответа	Прямые утверждения	Обратные утверждения
Полностью согласен	1 балл	4 балла
Согласен	2 балла	3 балла
Не согласен	3 балла	2 балла
Полностью не согласен	4 балла	1 балл

Интерпретация результатов. Если средний балл меньше 2.0 - семейное функционирование оценивается как здоровое и адаптивное. Если средний балл 2.0 и выше — это указывает на наличие проблем и дисфункции в семейных отношениях. Если тест показывает общий балл выше критических 2.0, специалист может посмотреть, в каких именно парах вопросов пациент набрал больше всего негативных ответов, чтобы точно определить самую уязвимую зону семьи.

Источник: Садовникова Т. Ю. Адаптация опросника FAD на российской выборке: проверка психометрических характеристик и перспективы работы // Семейная психология и семейная терапия. — 2013. — № 2. — С. 50–79.

ШКАЛА СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ И СПЛОЧЕННОСТИ / FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES III (FACES-3)

**АДАПТАЦИЯ: Э. Г. ЭЙДЕМИЛЛЕР, А. Г. ЛИДЕРС, М. Ю.
ГОРОДНОВОЙ**

Описание методики. Опросник “Шкала семейной адаптации и сплоченности” оценивает уровень семейной сплоченности (степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной — автономны и дистанцированы друг от друга; для диагностики семейной сплоченности используются следующие показатели: “эмоциональная связь”, “семейные границы”, “принятие решений”, “время”, “друзья”, “интересы и отдых”) и уровень семейной адаптации (характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров; для диагностики адаптации используются следующие параметры: “лидерство”, “контроль”, “дисциплина”, “правила и роли в семье”). Методика диагностики адаптации и сплоченности семьи представляет собой один из наиболее известных стандартизированных опросников, предназначенных для оценки семейной структуры.

Обработка результатов. Определение типа структуры семьи. При обработке подсчитывается количество баллов: почти никогда — 1, редко — 2, время от времени — 3, часто — 4, почти всегда — 5.

Интерпретация. Тип семейной системы определяется двумя параметрами — суммарными оценками по шкалам сплоченности и семейной адаптации в соответствии с нормами оценок, стандартизированных на различных выборках. Уровень удовлетворенности семейной жизнью определяется как степень расхождения между реальными оценками испытуемого и его идеальными представлениями по двум ключевым шкалам: семейной сплоченности и семейной адаптации. В настоящее время не существует никаких эмпирических норм для определения оценки расхождения идеального и осознаваемого. Высокая оценка расхождения указывает на низкую

семейную удовлетворенность. Расхождение должно быть рассчитано для каждого члена семьи по сплоченности и адаптации, а общая оценка может быть получена в результате сложения этих двух оценок. Обратная зависимость полученных результатов является оценкой семейной удовлетворенности. В основе создания методики лежит “циркулярная модель” (“круговая модель”) Д. Х. Олсона. Эта модель включает в себя три важнейших параметра семейного поведения: сплоченность, адаптация и коммуникация.

Источник: Источник: Эйдемиллер Э. Г., Лидерс А. Г., Городнова М. Ю. Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-III) // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2007. С. 68–73, 335–337.

СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДИКИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- Тест Фагерстрема на никотиновую зависимость, FTND (Т. Heatherton, L. Kozlowski, R. Frecker, K. Fagerstrom);
 - AUDIT - тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя;
 - CAGE - скрининговая методика оценки хронической алкогольной интоксикации;
 - Скрининг-тест на злоупотребление наркотиками DAST (Skinnerh A.);
 - Тест на алкоголизм университета штата Мичиган (MAST);
 - Шкала оценки тяжести патологического влечения к игре (О.Ж. Бузик);
 - Канадский показатель проблемного гемблинга CPGI (Canadian Problem Gambling Index) Авторы: J. Ferris, H. Wynne (2001).
- Адаптация: А. А. Карпов, В. В. Козлов (2011).

ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА НА НИКОТИНОВУЮ ЗАВИСИМОСТЬ / FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)

Описание методики. Тест предназначен для оценки степени никотиновой зависимости. Методика опирается на нейробиологическую модель никотиновой зависимости и концепцию толерантности к никотину. Тест включает 6 вопросов, оценивающих различные аспекты курительного поведения: время первой сигареты после пробуждения,

трудность воздержания от курения, сигарета, от которой труднее всего воздержаться, количество сигарет в день, интенсивность курения в первые часы после пробуждения, курение во время болезни. Прохождение теста занимает 2-3 минуты.

Обработка результатов теста. Оценка производится путем суммирования баллов по всем вопросам.

Интерпретация. Проводится с последующим определением степени никотиновой зависимости: 0-2 балла – очень слабая зависимость, 3-4 балла – слабая зависимость, 5 баллов – средняя зависимость, 6-7 баллов – высокая зависимость, 8-10 баллов – очень высокая никотиновая зависимость.

Источник: Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerstrom K.O. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire // British Journal of Addiction. – 1991. – Vol. 86. – P. 1119-1127.

БЛАНК

Инструкция: Выберите ответ, который Вам подходит больше всего.

Вопрос	Ответы	Балл
Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
	В течение 30-60 минут	1
	Через 1 час	0
Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
Когда Вы больше курите – утром, или на протяжении остального дня?	Утром	1
	На протяжении дня	0
Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
Итого		

ТЕСТ НА ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ / ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Описание методики. Тест The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Baboretal., 1993; M.J. Bohn, T.F. Babor, H.R. Kraurler, 1995) был разработан как кооперативный проект ВОЗ с участием 6 стран. Он представляет собой инструмент для выявления лиц, употребляющих вредное для здоровья количество алкоголя. Опросник состоит из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя, поведения, связанного с употреблением, а также связанных с этим проблем.

Обработка результатов. Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов.

Интерпретация результатов. Общее количество баллов равное 8 или более – свидетельствует о вероятности злоупотребления алкоголем. Следует отметить, что для мужчин и женщин от 18 до 21 года, а также старше 65 лет, точка отсчета устанавливается на один балл ниже (7 баллов), так как воздействие алкоголя на человека зависит от средней массы тела и различий в обмене веществ. Это повышает чувствительность для данных групп населения. Если сумма баллов больше 8, то можно обратиться к дополнительной трактовке: 8-15 баллов – свидетельствует об опасном потреблении. 16-19 баллов – об употреблении с вредными последствиями. 20 и выше баллов – требуется диагностическое уточнение из-за наличия возможной алкогольной зависимости.

Источник: Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. - Geneva: World Health Organization, 2001.

БЛАНК

Инструкция: обведите номер наиболее близкого Вам варианта ответа.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?
(0) никогда,
(1) 1 раз в месяц или реже,
(2) 2-4 раза в месяц,
(3) 2-3 раза в неделю,
(4) 4 и более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день, когда Вы их употребляете?

Баллы	Стандартная порция	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17-20 об%	Сухое вино (мл) 11-13 об%	Пиво (бут. – 500 мл) 5 об%
(0)	1 или 2	30-60	75-150	75-150	250мл - 1бут.
(1)	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 - 2 бут.
(2)	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5- 3 бут.
(3)	7, 8 или 9	210-240	525-600	700-800	3,5- 4 бут.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут. и более

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы замечали, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),

- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

9. Являлось ли когда-нибудь Ваше употребление алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- (0) никогда,
- (2) да, но это было более, чем год назад,
- (4) да, в течение этого года.

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда,
- (2) да, но это было более, чем год назад,
- (4) да, в течение этого года.

СКРИНИНГОВАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (CAGE)

Описание методики. Название CAGE — это акроним, где каждый вопрос выявляет конкретный нейробиологический и социальный маркер зависимости. Тест прост для заполнения пациентом, легко и быстро оценивается специалистом. Все вопросы теста равнозначны, требуют только альтернативного ответа, а итоговая оценка производится по совокупности положительных или отрицательных ответов на каждый из поставленных вопросов.

Обработка результатов. Каждый вопрос оценивается по принципу «да» или «нет». За каждый положительный ответ «да» присуждается 1 балл, за ответ «нет» - 0 баллов. Максимальное количество баллов составляет 4, минимальное - 0. Прохождение методики занимает менее 1 минуты.

Интерпретация результатов. Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний - четвертый) не дает оснований для конкретных выводов. Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков. Положительные ответы на три-четыре вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя.

Источник: Ewing J.A. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire // Journal of the American Medical Association. - 1984. - Vol. 252. - P.1905-1907.

БЛАНК

Инструкция: Ответьте на поставленные вопросы таким образом, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет». В случаях затруднения с ответом не обводите ничего.

Ответьте на поставленные вопросы, таким образом, как Вы их понимаете. При утвердительном ответе обведите кружком «Да», при отрицательном ответе обведите кружком «Нет». В случаях затруднения с ответом не обводите ничего.		
1. Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?	Да	Нет
2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?	Да	Нет
3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?	Да	Нет
4. Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?	Да	Нет

СКРИНИНГ-ТЕСТ НА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКАМИ / DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST) H.A. SKINNER

Описание методики. Тест предназначен для выявления проблемного употребления наркотических веществ. Методика опирается на биопсихосоциальную модель наркотической зависимости и концепцию последствий употребления ПАВ. Опросник существует в нескольких версиях (28, 20 и 10 вопросов), на которые испытуемый отвечает «да» или «нет». Вопросы касаются употребления наркотиков, проблем, связанных с их употреблением, социальных последствий. Прохождение методики занимает 5-10 минут.

Обработка результатов. За каждый положительный ответ, указывающий на проблемы с наркотиками, присуждается 1 балл, за ответ «нет» - 0 баллов. Оценка производится путем суммирования баллов за положительные ответы.

Интерпретация результатов. Интерпретация проводится с последующим определением степени проблем, связанных с употреблением наркотиков: 0 баллов – отсутствие проблем, 1-2 балла – низкий уровень, 3-5 баллов – средний уровень, 6-8 баллов – существенный уровень, 9-10 баллов – тяжелый уровень проблем.

Источник: Skinner H.A. The Drug Abuse Screening Test // Addictive Behaviors. - 1982. - Vol. 7. - P. 363-371.

БЛАНК

Инструкция: пожалуйста, ответьте на нижеприведенные вопросы, что поможет оценить необходимость медицинской помощи. Вопросы относятся к употреблению наркотиков и психотропных веществ в течение последних 12 месяцев.

	Вопрос	«Нет»	«Да»
1.	Принимали ли Вы наркотические или психотропные вещества без рекомендации врача?		
2.	Употребляли ли Вы одновременно более чем одно психотропное вещество/наркотик?		
3.	Считаете ли Вы, что можете прекратить употребление психотропных веществ/наркотиков без назначения врача, всегда, когда захотите?		

4.	Бывали ли у Вас состояния полного «отключения» или «вспышки пережитого» в результате приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?		
5.	Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо или вину за употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?		
6.	Проявляли ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего употребления психотропных веществ/наркотиков без назначения врача близкие вам люди - родители, братья, сестры и т.д.?		
7.	Приходилось ли Вам игнорировать семью или обязанности, связанные с работой или учебой из-за приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?		
8.	Вовлекались ли Вы в противоправную деятельность, чтобы достать психотропные вещества/наркотики?		
9.	Испытывали ли вы симптомы отмены (плохое самочувствие) после прекращения приема психотропных веществ/наркотиков без назначения врача?		
10.	Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с приемом психотропных веществ/наркотиков без назначения врача (например, нарушения памяти, гепатит, ВИЧ-инфекция, судороги, кровотечение и т.д.)?		

ТЕСТ НА АЛКОГОЛИЗМ УНИВЕРСИТЕТА ШТАТА МИЧИГАН / MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST (MAST)

Описание методики. Мичиганский скрининг-тест на алкоголизм является одним из надежных и валидных инструментов в мировой наркологической практике для выявления алкогольной зависимости. В отличие от краткого теста CAGE, методика MAST дает более детальную клиническую картину, оценивая не только субъективное отношение человека к спиртному, но и реальные медицинские, правовые и социальные последствия его употребления. Методика используется в качестве инструмента предварительной экспресс-диагностики алкоголизма, кроме того, она может применяться в экспертных условиях.

Обработка результатов. Оценивается общая сумма баллов.

Интерпретация результатов. От 0 до 3 баллов – отсутствие признаков алкоголизма: пациент демонстрирует контролируемое

употребление спиртного. Проблемы, связанные с алкоголизацией, отсутствуют. 4 балла - пограничное состояние (группа риска): существует вероятность наличия начальной стадии зависимости. Пациенту рекомендуется пройти углубленное профилактическое консультирование. 5 баллов и более - высокая вероятность алкоголизма: результат указывает на наличие сформированной алкогольной зависимости. Пациенту требуется направление к врачу-психиатру-наркологу для диагностики и лечения. Каждому ответу присваивается определенный вес (от 0 до 5 баллов) в зависимости от диагностической значимости вопроса.

Источник: Selzer M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 127(12), 1653–1658.

БЛАНК

№	Вопрос	Да	Нет
1.	Вы считаете, что выпиваете не больше других (то есть не больше, чем основная масса людей)?		
2.	Случалось ли с Вами такое, что проснувшись утром после того, как выпивали, Вы не могли вспомнить часть прошедшего вечера?		
3.	Выражают ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего пьянства супруг(а), родители или другие близкие родственники?		
4.	Можете ли Вы без большого усилия над собой прекратить потребление алкоголя после того, как выпили 1-2 рюмки?		
5.	Вы испытывали когда-нибудь чувство вины из-за пьянства?		
6.	Ваши друзья или родственники считают, что Вы пьете не больше других?		
7.	Вы всегда можете прекратить употребление алкогольных напитков, когда захотите?		
8.	Вы когда-нибудь посещали собрание общества Анонимных Алкоголиков?		
9.	Ввязывались ли Вы в драку в состоянии алкогольного опьянения?		
10.	Возникали ли у Вас проблемы с супругом(ой), родителями или другими близкими родственниками из-за Вашего пьянства?		

11.	Ваш(а) супруг(а), родители или другие близкие родственники обращались к кому-нибудь с просьбой помочь решить проблему Вашего пьянства?		
12.	Вы когда-нибудь теряли друзей или подруг из-за пьянства?		
13.	Возникали ли у Вас неприятности на работе из-за Вашего пьянства?		
14.	Теряли ли Вы когда-нибудь работу из-за пьянства?		
15.	Случалось ли, чтобы Вы пренебрегли своими служебными и семейными обязанностями или не ходили на работу два и более дней подряд из-за того, что находились в состоянии алкогольного опьянения?		
16.	Часто ли вы употребляете алкоголь до полудня?		
17.	Вам когда-нибудь говорили, что у Вас больная печень (цирроз)?		
18.	Случалось ли так, что после пьянства Вы видели предметы, которых не было, слышали голоса, которые не существовали в действительности?		
19.	Вы обращались к кому-нибудь с просьбой помочь Вам решить проблему пьянства?		
20.	Вы когда-нибудь лежали в больнице из-за пьянства?		
21.	Вы когда-нибудь были пациентом психиатрического / наркологического отделения из-за злоупотребления алкоголем?		
22.	Вы обращались когда-нибудь в психиатрическое / наркологическое отделение (диспансер), к какому-нибудь врачу, социальному работнику, психологу, священнику за помощь в решении эмоциональной проблемы, частью которой было пьянство?		
23.	Вас когда-нибудь задерживали за управление автомобилем в нетрезвом состоянии?		
24.	Вас когда-нибудь задерживала милиция за поступки, совершенные в нетрезвом состоянии?		

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ИГРЕ О.Ж. БУЗИКА

Описание методики. Шкала направлена на выявление тяжести патологического влечения к азартным играм и диагностику игровой зависимости. Основа методики базируется на клиническом подходе к изучению аддиктивных расстройств и критериях диагностики патологического гемблинга. Опросник состоит из 10 утверждений. Шкала состоит из оценочного глоссария и заполняется специалистом. Прохождение методики занимает 5-10 минут.

Обработка результатов. Оценка производится путем суммирования баллов по всем пунктам.

Интерпретация. Высокие показатели свидетельствуют о выраженности патологического влечения к игре и тяжести игровой зависимости.

Источник: Бузик, О.Ж. Лечение зависимости от азартных игр: учебное пособие / О.Ж. Бузик; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: 2023.

БЛАНК

Компоненты и клинические признаки ПВАИ	Баллы
ИДЕАТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ	
I. Расстройства первого уровня	
1. Мысли об игре возникают эпизодически или отсутствуют, проявляются и усиливаются при разговорах на тему игры или нахождении в игровом зале. Они не затмевают и не подменяют другие жизненные интересы. Критика к игровой зависимости формальная. Установка на лечение ситуационная.	1 балл
2. Мысли об игре актуальны, возникают часто, влияют на все интересы больного, занимают значительную часть времени. Больной предпочитает говорить на «игровую» тематику, с трудом отвлекается на другие темы, невнимателен, задумчив. Недостаточно интересуется нейтральными для него событиями. Критика к болезни частичная. Возникают мысли о нецелесообразности лечения. Пессимистическая оценка жизненной перспективы.	2 балла

3. Мысли об игре и на темы, связанные с игрой, постоянны, подавляют или исключают другие мысли, характеризуются гиперболичностью, влияют на намерения и действия пациента. Они не поддаются разубеждению, отвлечению. Имеют место представления сцен игры с участием самого игрока. Любая поступающая информация соизмеряется с возможностью реализации в игре. Отсутствие критики к болезни. Мысли о лечении не возникают и полностью отвергаются при предложении со стороны. Возможно появление идей самообвинения и суицидальных мыслей.	3 балла
---	---------

II. Расстройства второго уровня

Отсутствуют	0 баллов
В первую очередь характеризуются специфическим идеаторным фоном (настроенностью), который проявляет себя настороженностью (недоверием) к людям, ощущением недоброжелательности и неискренности с их стороны, восприятием других людей (в том числе и членов семьи) как угрозы собственному благополучию; убежденностью в своей необычности, особых способностях, отличности от других, ощущением наделённости даром особого везения, верой в свою удачливость. Конкретные проявления заключаются в следующих наиболее часто встречающихся расстройствах: сверхобобщение; произвольное умозаключение; избирательное абстрагирование; преувеличение и преуменьшение; персонификация.	3 балла

АФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ

I. Депрессивная симптоматика

1. Хмурый взгляд, неразговорчивость, грустное выражение лица, сниженное настроение.	1 балл
2. Снижение интереса к окружающему, подавленное настроение, отсутствие желания работать или что-либо делать, уменьшение потребности в общении, чувство вины перед близкими за своё поведение.	2 балла
3. Снижение витальных потребностей, угнетённое тоскливое настроение, «потухший взгляд», общая подавленность, стремление к одиночеству, отвержение эмоциональных контактов, безразличие к окружающему, безучастность.	3 балла

II. Тревога

1. Возникает временами, при воспоминаниях об игре или негативных событиях, связанных с её последствиями (проигранных деньгах, семейных конфликтах и др.).	1 балл
2. Отмечается большую часть дня. Связана, как правило, с мыслями об игре или с игровыми событиями, но возможна и	2 балла

вне этой связи.	
3. Постоянная, как фон с приступообразным усилением. Напряжённое ожидание надвигающейся неопределённой опасности с ощущением своего полного бессилия перед ней.	3 балла
III. Эмоциональная лабильность	
1. Перепады настроения, возникающие при воспоминании о негативных последствиях игры и связанных с ней событиях или при разговорах на игровую тематику.	1 балл
2. Частые перепады настроения, возникающие как ситуационно, так и без внешних видимых причин, сопровождающиеся взволнованностью и слезливостью.	2 балла
3. Выраженные перепады настроения, наблюдающиеся в течение всего дня, слезливость, необоснованная обидчивость, требование к себе повышенного внимания, сочувствия.	3 балла
IV. Дисфория	
1. Гневливость, ворчливость, конфликтность, недовольство собой и окружающими.	1 балл
2. Напряжённость, раздражительность, злобность с приступами тоскливо-гневливого отчаяния.	2 балла
3. Тоска, подавленность, взрывчатость, вспышки агрессии или аутоагрессии.	3 балла
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ	
1. Некоторая суетливость и непоседливость при разговорах на тему игры. Активное поддержание разговоров на игровую тематику. Податливость к провоцированию и индуцированию на игру со стороны других пациентов. Настроенность на приём лекарств.	1 балл
2. Пронос игровых карт в стационарное отделение, организация групповой игры с вовлечением других больных. Заключение пари со ставками на телевизионные футбольные матчи. Игра в компьютерные, карточные и другие игры. Стремление к заключению пари с больными и даже персоналом по любому поводу. Конфликтность с персоналом при напоминании о приёме лекарственных препаратов.	2 балла
3. Пассивность, молчаливость, раздражительность. Конфликтность с персоналом. Настоятельная просьба отпустить на несколько часов для решения «важных» проблем на работе или дома. Негативизм при необходимости приёма лекарств. Снижение чувства дистанции при общении с врачом и медицинским персоналом, повышенная претенциозность,	3 балла

несоблюдение режима отделения, требование к себе особого внимания. Временами неусидчивость и беспокойство. Возможно суицидальное поведение.	
ВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ	
I. Нарушения сна	
1. Трудность засыпания с явлениями ментизма на игровую тематику, иногда раннее пробуждение.	1 балл
2. Трудность засыпания, частые пробуждения с трудностью последующего засыпания, раннее пробуждение с чувством разбитости, невыспанности.	2 балла
3. Трудность засыпания, частые пробуждения, тревожный поверхностный сон, нередко полное отсутствие сна.	3 балла
II. Сновидения	
1. Сновидения на игровую тематику, как правило, эмоционально нейтральные или позитивно окрашенные с картинami выигрышных ситуаций, в которых сам больной является центральным персонажем. Сон часто односюжетный. Больной без особой детализации может воспроизвести основную фабулу сна.	1 балл
2. Яркие эмоционально насыщенные сновидения на игровую тематику, как правило, негативно окрашенные со сценами значительных проигрышей или «постоянно ускользающих» выигрышей и невозможностью отыгаться. При частых пробуждениях отмечается либо смена сюжета сна, либо стереотипно повторяющееся сновидение с клишированным негативным финалом. Стройное воспроизведение сна затруднено из-за его многосюжетности и поглощённости общим эмоционально негативным фоном.	2 балла
3. Кошмарные сновидения как на игровую тематику (угроза расправы со стороны кредиторов или правоохранительных органов за растрату казённых денег), так и на тематику катастроф (крушение поезда, в котором погибает либо сам больной, либо его родственники; землетрясение, кораблекрушение, автокатастрофа и т.п.). При поверхностном сне эмоциональные реакции яркие, насыщенные. Больного нередко охватывает страх, поскольку он не всегда сразу понимает, где сон, а где явь. Воспроизведение сна затруднено, так как при попытке его описания больной вспоминает, прежде всего, эмоциональное состояние, с ним связанное, что затрудняет воспроизведение.	3 балла

III. Нарушения аппетита	
1. Неустойчивость аппетита, порой с ощутимым изменением вкусовых пристрастий (потребность в сладкой, солёной, копчёной или другой пище).	1 балл
2. Выраженное изменение аппетита (снижение или, наоборот, повышение), с нередко возникающими диспепсическими расстройствами (тошнота, ощущение тяжести в желудке, жжение в эпигастральной области и др.) при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта.	2 балла
3. Полное отсутствие аппетита или значительно повышенный аппетит без ощущения сытости. Возможно изменение (извращение) или выраженное снижение вкусовых ощущений.	3 балла
ВСЕГО	

КАНАДСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОБЛЕМНОГО ГЕМБЛИНГА / CANADIAN PROBLEM GAMBLING INDEX (CPGI)

АДАПТАЦИЯ: А. А. КАРПОВ, В. В. КОЗЛОВ

Описание методики. CPGI - один из самых надежных и валидных инструментов в мировой клинической психологии для оценки степени зависимости от азартных игр. Опросник был разработан в 2001 году группой канадских исследователей (Jackie Ferris, Harold Wynne) по заказу Канадского центра по проблемам зависимости от психоактивных веществ. Его главная особенность — акцент не только на клинических симптомах, но и на социальных и экономических последствиях лудомании.

Обработка результатов. Этот инструмент содержит девять пунктов, которые оцениваются с помощью четырехбалльной шкалы, где ноль соответствует ответу «никогда», 1 - «иногда», 2 - «чаще всего да» и 3 - «почти всегда». Небольшое количество баллов свидетельствует о менее серьезных проблемах; чем больше набранных баллов, тем более серьезные проблемы испытывает игрок от азартных игр.

Интерпретация. Все баллы по 9 вопросам суммируются. Итоговый результат (от 0 до 27 баллов) определяет категорию игрока:

- 0 баллов — Непроблемный гемблинг (Non-problem gambling). Человек контролирует игру. Риск негативных последствий отсутствует.
- 1–2 балла — Низкий уровень риска (Low risk). Есть незначительные проявления, но негативных последствий для жизни пока нет.

• 3–7 баллов — Умеренный уровень риска (Moderate risk). Наблюдаются регулярные проблемы с контролем. Игра начинает умеренно влиять на бюджет или отношения.

• 8–27 баллов — Проблемный гемблинг (Problem gambling). Тяжелая форма зависимости (лудомания). Потеря контроля, выраженные негативные последствия в личной, социальной и финансовой сферах. Требуется помощь специалиста.

Источник: А. А. Карпов, В. В. Козлов. Психология игровой зависимости. М.: ИИП, 2011; Jackie Ferris, Harold Wynne. The Canadian Problem Gambling Index: Final Report. Canadian Consortium for Gambling Research, 2001.

БЛАНК

Вопросы GPSI (оценивается период за последние 12 месяцев):

1. Ставили ли вы на кон больше денег, чем могли себе позволить потерять?
2. Возникала ли у вас потребность играть на более крупные суммы денег, чтобы получить те же ощущения азарта?
3. Возвращались ли вы к игре на следующий день, чтобы отыграться?
4. Одалживали ли вы деньги или продавали имущество, чтобы получить деньги для игры?
5. Сталкивались ли вы с тем, что игра становилась причиной ваших финансовых проблем или проблем в семье?
6. Вызывало ли у вас ваше увлечение играми проблемы со здоровьем, включая стресс или тревогу?
7. Критиковали ли вас окружающие за то, что вы играете, или говорили ли они, что у вас проблемы с гемблингом?
8. Вызывало ли у вас ваше поведение в отношении азартных игр чувство вины?
9. Сталкивались ли вы с финансовыми трудностями в вашем домохозяйстве из-за ваших азартных игр?

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.

Фонд оценочных средств: тестовые вопросы, темы для рефератов

Тестовые вопросы к первой части:

Теория и методология профилактики наркологических расстройств и патологического влечения (вопросы 1-50)

Обратите внимание, правильными являются выделенные варианты ответов.

Вопрос №1. Выберите правильное определение «психоактивных веществ (ПАВ)»:

а) Вещества, способные изменять психическое состояние человека, вызывать зависимость и оказывать разрушительное воздействие на организм

б) Вещества, способные влияющие на психическое состояние человека, и оказывать разрушительное воздействие на организм

в) Вещества, способные вызывающие зависимость и оказывать разрушительное воздействие на организм, приводящие к дезадаптации

г) Вещества, способные изменять психическое состояние человека, вызывать зависимость и приводящие к нарушению правопорядка

Вопрос №2. Наркологическая ситуация – это комплексная оценка, состоящая из:

а) Показателей медико-социальных факторов риска, приводящих к формированию патологической зависимости

б) Особенности антиалкогольной, антинаркотической, антитабачной и антигебблинговой политики страны

в) Медицинских демографических, социальных, юридических, политических и экономических показателей, влияющих на безопасность личности, общества и государства

г) Медицинских и социальных показателей с учетом показателей оборота аддитивных товаров и услуг

Вопрос №3. К интегральным (ядерным) показателям наркологической ситуации относится:

а) Заболеваемость наркологическими заболеваниями

б) Влияние пандемии COVID-19 на потребление ПАВ среди населения

- в) Госпитализация больных и исходы соматических заболеваний
- г) Профилактические осмотры и диспансеризация населения

Вопрос №4. Когда необходимо проводить оценку наркологической ситуации?

а) При разработке антиаддиктивных профилактических программ

- б) При выпуске алкогольной и табачной продукции
- в) При мотивации населения на соблюдения режима труда и отдыха
- г) При информировании школьников о правилах образовательного учреждения

Вопрос №5. Что понимается под совершенствованием институциональных механизмов реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года?

а) Закупка нового лабораторного оборудования для региональных больниц

б) Инструменты координации ресурсов, субъектов и процессов для консолидации усилий государства и общества

- в) Издание новых методических пособий для средних общеобразовательных школ
- г) Увеличение штата сотрудников правоохранительных органов в два раза

Вопрос №6. Какая главная причина уязвимости несовершеннолетних перед наркологическими угрозами?

- а) Отсутствие доступа к качественной медицинской помощи

б) Недостаток знаний и жизненного опыта

- в) Избыточное количество свободного времени
- г) Низкий уровень родительского контроля

Вопрос №7. Выберите правильное определение наркологических расстройств:

а) Группа психических и поведенческих расстройств, возникающих вследствие наследственной предрасположенности и деструктивных детско-родительских отношений

б) Совокупность психических заболеваний, возникающих вследствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды

в) Группа психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, приводящих к развитию зависимости, изменению реактивности организма, нарушению когнитивных функций, поведения и других психофизиологических процессов

г) Комплекс социально-экономических проблем, связанных с нарушением адаптации человека в обществе

Вопрос №8. Что из перечисленного относится к социальным последствиям наркологических расстройств?

а) Развитие неврологических и репродуктивных нарушений

б) Поражение внутренних органов и потеря физической формы

в) Разрушение семьи, утрата работы и криминализация поведения

г) Снижение финансовой нагрузки на государственный бюджет

Вопрос №9. К какому типу подхода осуществляется переход в рамках новой парадигмы общественного здравоохранения?

а) От «реактивного» лечения болезней к проактивному сохранению здоровья

б) От системного анализа к узкопрофильному лечению соматических патологий

в) От персонализированной диагностики к массовой изоляции групп риска

г) От превентивных медицинских осмотров к исключительно экстренной помощи

Вопрос №10. Роль каких факторов в сохранении и укреплении здоровья была определена как ведущая?

а) Генетических мутаций, не поддающихся внешней коррективке

б) Поведенческих факторов

в) Климатических и географических условий проживания

г) Социально-экономических условий

Вопрос №11. Что объединяет понятия «общественное здоровье» и «общественное здравоохранение» в контексте государственного управления?

а) Общая стратегическая цель

б) Идентичный набор медицинских инструментов

в) Единый ведомственный бюджет

г) Территориальные рамки реализации

Вопрос №12. Снижение предотвратимой смертности от каких заболеваний является приоритетом госпрограмм в рамках «общественного здоровья»?

а) От острых инфекционных заболеваний

б) От хронических неинфекционных заболеваний

в) От редких (орфанных) генетических патологий

г) От производственных травм и техногенных катастроф

Вопрос №13. Что является ключевой целью федерального проекта «Россия – страна возможностей»?

а) Развитие социальных лифтов, поддержка инициатив и талантов молодых людей

б) Материальная поддержка семей с низким уровнем доходов

в) Мониторинг информационной безопасности г) Организация волонтерского движения

Вопрос №14. Какие специфические поведенческие тенденции, помимо соматических патологий, часто демонстрируют дети из семей с аддикциями?

а) Высокий уровень критического мышления

б) Склонность к асоциальному и аутоагрессивному поведению

в) Высокую устойчивость к затяжным стрессовым ситуациям

г) Стремление к активному участию в волонтерской деятельности

Вопрос №15. К какой категории государственного учета относятся семьи, в которых развитие зависимостей у родителей привело к пренебрежению родительскими обязанностями?

а) К категории лиц, находящихся в социально опасном положении

б) К группе минимального соматического риска

в) К субъектам межведомственного взаимодействия

г) К группе семей с высоким уровнем социальной адаптации

Вопрос №16. Что является ключевым вектором и направлением комплексного медико-социального сопровождения семей в рамках профилактики социального сиротства?

а) Немедленное изъятие ребенка и его перевод в учреждения интернатного типа

б) Сохранение ребенка в кровной семье и реабилитация зависимых родителей

в) Автоматическое лишение родительских прав на основании ст.

г) Принудительное лечение родителей с наркологическими расстройствами

Вопрос №17. Какие изменения дорожной ситуации обуславливают ужесточение требований к состоянию здоровья водителей?

а) Снижение общего числа зарегистрированных транспортных средств в регионах

б) Возрастающая интенсивность дорожного движения и повышение скоростных режимов

в) Развитие сети коммерческого пригородного транспорта

г) Использование цифровых систем мониторинга состояния водителей

Вопрос №18. В чём заключается роль медицинских учреждений в контексте обеспечения дорожной безопасности?

а) В реализации комплекса мероприятий по профилактике ДТП

б) В разработке и ужесточении санкций в отношении нетрезвых водителей

в) В обеспечении непрерывного видеомониторинга дорожной сети

г) Лечение соматических патологий у водителей транспортных средств

Вопрос №19. На какие конкретные факты о влиянии ПАВ на вождение акцентирует внимание врач-психиатр-нарколог во время беседы, избегая осуждения?

а) Экономическая невыгодность покупки алкоголя

б) Замедление реакции, сужение поля зрения и ложное чувство уверенности в состоянии даже легкого опьянения

в) Уголовная ответственность и немедленный арест транспортного средства на месте правонарушения

г) Ухудшение школьной успеваемости детей водителя

Вопрос №20. Какая особенность модели ВОЗ «Навыки для здоровья» позволяет использовать её в качестве универсального инструмента превентивной работы?

а) Ориентация исключительно на медикаментозное лечение лиц, зависимых от ПАВ

б) Способность предотвращать множественные риски девиантного поведения через развитие психосоциальных компетенций

в) Использование только лекционных форм работы без вовлечения участников в процесс

г) Фокус на жестком внешнем давлении и запугивании последствиями аддикций

Вопрос №21. Какая концепция, согласно теории социального научения А. Бандуры, занимает центральное место в формировании устойчивости человека к негативному внешнему влиянию?

а) Концепция самоэффективности – субъективной уверенности в способности справляться с трудностями

б) Концепция амбивалентности привязанности к референтным группам

в) Концепция выученной беспомощности перед лицом жизненных кризисов

г) Концепция синдрома самозванца и тотального самопринятия

Вопрос №22. Какое утверждение точнее всего описывает суть теории проблемного поведения Р. Джессора?

а) Различные формы девиаций взаимосвязаны и определяются взаимодействием личностных, социальных и ситуативных факторов

б) Девиантные формы поведения никак не связаны между собой и развиваются изолированно

в) Единственным фактором риска развития аддикций является генетическая предрасположенность

г) Школьная вовлеченность всегда провоцирует рискованное поведение

Вопрос №23. Какое ключевое условие, согласно теории Г.А. Шичко, позволяет человеку деструктурировать аддиктивные паттерны?

а) Ведение дневника самоанализа перед сном

б) Применение методов суггестивной психотерапии и гипносуггестивного кодирования

в) Переход на медикаментозные способы терапии

г) Физическая изоляция от социума до момента полного исчезновения физиологического влечения

Вопрос №24. Каким образом, согласно патофизиологической теории Г. Н. Крыжановского, должна строиться профилактика рецидивов (срывов) на этапе, когда патологическая система уже сформировалась и стабилизировалась?

а) Через искусственный разрыв рефлекторного контура «стресс - воспоминание - употребление» и внедрение адаптивного звена

б) Путем немедленного переключения внимания и полного игнорирования триггеров деструктивных паттернов поведения

в) Исключительно с помощью медикаментозного подавления очагов возбуждения

г) Через преодоление анозогнозии

Вопрос № 25. Какой подход к профилактике употребления ПАВ полностью соответствует фундаментальным принципам Международных стандартов ООН/ВОЗ?

а) Унифицированная лекция-запугивание, одинаковая для всех возрастных и социальных групп

б) Однократное массовое информирование населения без последующего сопровождения

в) Стратегия, основанная на результатах рандомизированных контролируемых испытаний

г) Программа, сфокусированная исключительно на средовых рисках без учета индивидуальной готовности человека к изменениям

Вопрос № 26. Через какие форматы активности Минспорт и Росмолодежь вовлекают молодежь для реализации мер первичной профилактики?

а) Производство по делам об административных правонарушениях

б) Спорт, творчество и волонтерские движения

в) Социально-психологическое тестирование

г) Мотивационное интервью

Вопрос № 27. Какое мероприятие относится к мерам первичной профилактики употребления ПАВ в России?

а) Раннее выявление пагубного употребления ПАВ среди групп риска

б) Занятия по обучению навыкам здорового образа жизни

в) Организация поддерживающих групп и послелечебное сопровождение пациентов

г) Краткосрочные интервенции и формирование мотивации на лечение

Вопрос № 28. Что из перечисленного является основной целью третичной профилактики?

а) Предотвращение начала употребления ПАВ людьми, ранее их не употреблявшими

б) Санитарно-гигиеническое просвещение широких слоев населения

в) Предупреждение дальнейшего развития заболевания, предотвращение рецидивов и срывов

г) Направление на первичный скрининг лиц с повышенным риском зависимости

Вопрос № 29. К какой группе факторов риска и защиты, согласно классификации общего подхода, относится «профилактическая ситуация и ситуация наркотизации в учреждении, районе или стране?

а) К индивидуально-психологическим факторам

б) К медико-биологическим факторам

в) К микросоциальным факторам

г) К макросоциальным факторам

Вопрос № 30. К какому виду (уровню) превентивных мероприятий относится работа с водителями, которые уже имеют опыт лишения прав за управление техническим средством в состоянии опьянения?

а) К первичной и универсальной профилактике среди здорового населения

б) К вторичной и селективной профилактике

в) К третичной профилактике и долгосрочной медико-социальной ресоциализации

г) К мерам диспансерного наблюдения

Вопрос № 31. На какую целевую аудиторию направлена селективная профилактика, согласно классификации ВОЗ?

а) На лиц с уже клинически подтвержденным диагнозом «зависимость»

б) На генеральную совокупность (население в целом или крупные социальные группы)

в) На подгруппы населения с повышенным риском формирования расстройств (например, дети зависимых родителей)

г) Исключительно на взрослых людей, проходящих принудительное лечение по решению суда

Вопрос № 32. Какой инструмент признан доказательным методом в рамках индикативной профилактики для лиц с признаками проблемного употребления ПАВ?

а) Унифицированные школьные лекции и массовые спортивные марафоны

б) Мотивационное интервью в сочетании с краткосрочными интервенциями

в) Силовое пресечение оборота наркотиков специализированными ведомствами

г) Интенсивные тренинги родительской компетентности для широких слоев населения

Вопрос № 33. Какое ведомство в Китайской Народной Республике управляет системой принудительной изоляции и центрами реабилитации для наркозависимых?

а) Министерство юстиции КНР

б) Министерство образования КНР

в) Национальная комиссия по контролю над наркотиками г) Министерство общественной безопасности КНР

Вопрос № 34. Какое ведомство в РФ отвечает за медицинскую профилактику, проведение профосмотров, мониторинг, диагностику и реабилитацию лиц с наркологическими расстройствами?

а) Министерство здравоохранения РФ

б) Министерство просвещения РФ

в) Росмолодежь

г) Главное управление по контролю за оборотом наркотиков МВД РФ

Вопрос № 35. Какие уровни объединяет система регулирования аддиктивного поведения?

а) Государственный, муниципальный и ведомственный

б) Макроуровень, мезоуровень и микроуровень

в) Экономический, медицинский и психологический

г) Федеральный, региональный и муниципальный

Вопрос № 36. Как в тексте охарактеризовано эффективное управление аддиктивным поведением?

а) Совокупность мер медицинской профилактики

б) Система межведомственного обмена данными

в) Механизм ограничения потребления алкоголя и табака

г) Замкнутая экосистема, показывающая необходимость одновременного участия человека, системы здравоохранения и государства

Вопрос № 37. Какой уровень комплексной междисциплинарной системы регулирования аддиктивного поведения определяет порядок организации профильной деятельности, включая оказание первичной медико-санитарной и специализированной помощи лицам с рисками

развития зависимостей?

- а) Макроуровень
- б) Микроуровень
- в) Индивидуальный уровень
- г) **Мезоуровень**

Вопрос № 38. За счет каких мер реализуется снижение спроса и предложения аддитивных благ?

а) За счет проведения массовых профилактических осмотров и скрининга

б) За счет государственного контроля за оборотом ПАВ, включая ограничение их розничной продажи, а также последовательного повышения акцизов на товары

в) За счет отмены маркировки товаров, проведение рекламных кампаний брендов и снижение налоговой нагрузки

г) За счет снижения ставок акцизного налогообложения и отмены лицензирования для стимулирования здоровой конкуренции между производителями.

Вопрос № 39. Что относится к микроуровню системы регулирования аддитивного поведения?

а) Система здравоохранения, другие системы, рынок аддитивных благ

б) Человек, семья, окружение, трудовой коллектив

в) Демография, бюджет страны

г) Работа городских антинаркотических комиссий и волонтерских организаций

Вопрос № 40. В чем состоит главная стратегия предлагаемого подхода к разрушению петли привычки?

а) В полном исключении любых эмоциональных реакций на стресс

б) В медикаментозном подавлении тяги к психоактивным веществам

в) В замене старых автоматизмов полезными альтернативами и смене окружающей обстановки

г) В усилении внешнего контроля со стороны родственников

Вопрос № 41. Какие элементы, по Ч. Дахиггу, образуют «петлю привычки»?

а) Мотивация, поведение, контроль

б) Стимул, реакция, последствие

в) Триггер, шаблон и награда

г) Потребность, действие, подкрепление

Вопрос № 42. Что представляет собой триггер в структуре «петли привычки»?

а) Привычное действие, реализующее деструктивный паттерн

б) Физическое действие или ритуал, который человек выполняет на автопилоте

в) Приятный бонус или вознаграждение, получаемое после завершения действия.

г) Внешний или внутренний фактор, который в виде сигнала запускает автоматический режим цикла

Вопрос № 43. В каком случае участие профильного медицинского специалиста становится критически важным?

а) Если самостоятельные попытки пациента не увенчались успехом, и клиническая ситуация требует специализированной медицинской помощи

б) При осознании человеком деструктивных паттернов поведения

в) При появлении легкого похмельного синдрома и чувства вины на утро после редкого употребления алкоголя в компании

г) При систематическом нарушении режима сна и бодрствования

Вопрос № 44. Что лежит в основе стратегии модификации шаблона (метода замены)?

а) Механическое переключение внимания больного на более сильные физические раздражители (например, болевые)

б) Понимание того, что привычку невозможно полностью «стереть» из поведения, но её можно заместить

в) Использование шоковых и пугающих методик внушения (кодирования) без изменения образа жизни

г) Игнорирование триггеров и старых привычек с расчетом только на силу воли пациента

Вопрос № 45. Что относится к прямым немедицинским затратам при оценке экономического ущерба от аддикций?

а) Расходы на медико-социальную реабилитацию

б) Потери от преждевременной смертности и инвалидизации трудоспособного населения

в) Снижение производительности труда, прогулы и пропуски работы

г) Расходы на лечение сопутствующих соматических или инфекционных заболеваний (например, гепатиты, ВИЧ)

Вопрос № 46. Какой минимальный срок блокировки участия в азартных играх установлен при добровольном самозапрете через портал «Госуслуги» или МФЦ?

- а) 3 месяца
- б) 6 месяцев
- в) 9 месяцев
- г) **12 месяцев**

Вопрос № 47. Какая доля экономических потерь от неинфекционных заболеваний в России приходится на косвенный ущерб из-за преждевременной смертности и снижения производительности труда?

- а) 54%
- б) 67%
- в) 74%
- г) **86%**

Вопрос № 48. Что отражает показатель DALY в представленной характеристике?

а) Объем расходов государства на лечение сопутствующих заболеваний

б) Объем полноценной, здоровой и продуктивной жизни, который общество приобретает благодаря внедрению превентивных ограничений

в) Уровень распространенности психоактивных веществ среди населения

г) Количество случаев госпитализации пациентов с зависимостью

Вопрос № 49. Какая цель обозначена в обновлённой Концепции сокращения потребления алкоголя до 2030 года?

а) Снижение потребления алкоголя с 10,2 до 8,5 литра чистого этанола на душу населения

б) Снижение потребления алкоголя с 9,5 до 7,0 литра чистого этанола на душу населения

в) Снижение потребления алкоголя с 8,9 до 7,8 литров чистого этанола на душу населения

г) Снижение потребления алкоголя с 8,0 до 6,5 литра чистого этанола на душу населения

Вопрос № 50. Какая цифра названа в тексте как главный показатель экономической выгоды профилактики вредных привычек?

а) Каждый рубль, вложенный в профилактику, обеспечивает двукратную экономию

б) Каждый рубль, вложенный в профилактику, обеспечивает пятикратную экономию

в) Каждый рубль, вложенный в доказательную антиаддиктивную профилактику, обеспечивает государству десятикратную экономию бюджетных средств

г) Каждый рубль, вложенный в профилактику, обеспечивает двадцатикратную экономию

Тестовые вопросы ко Второй части:

Практики медицинской профилактики наркологических расстройств и патологического влечения (вопросы 51-103)

Вопрос № 51. Согласно какому нормативно-правовому акту, санитарно-гигиеническое просвещение признано базовой обязанностью всей системы здравоохранения РФ и фундаментальной госгарантией?

а) ФЗ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

б) ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

в) Закон РФ от 2 июля 1992 года №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»

г) Приказ Минпросвещения России от 20 февраля 2020 года №59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях»

Вопрос № 52. Какой инструмент рекомендован для оценки эффективности превентивного воздействия, а также динамики знаний и установок аудитории?

а) Обязательный устный экзамен в конце цикла занятий

б) Двухэтапный анонимный опрос аудитории (до и после проведения мероприятия)

в) Скрининг факторов риска развития наркологических расстройств

г) Ежедневное ведение дневника самоанализа

Вопрос № 52. Что из перечисленного относится к формам информационно-пропагандистской работы санитарно-просветительской направленности?

- а) Групповые дискуссии с элементами ролевых игр
- б) Проведение физикальных и лабораторных исследований биологических сред
- в) Обучение в автошколах с обязательным привлечением медицинских специалистов
- г) **Распространение наглядной агитации (плакатов, памяток) среди лиц, обратившихся за получением или заменой водительских прав**

Вопрос № 53. На сколько процентов повышается приверженность слушателей к модификации образа жизни при использовании мотивационного консультирования вместо стандартных лекций?

- а) **На 30–40%**
- б) На 75–80%
- в) На 10–20%
- г) На 50–60%

Вопрос № 54. В каком случае в профилактической работе оправдана демонстрация рисков и угроз потребления ПАВ?

- а) Когда она основывается на директивных нотациях и жесткой критике со стороны врача
- б) Когда она ориентирована на генеральную совокупность без деления на целевые группы
- в) **Когда она сочетается с повышением личной самоэффективности и предоставлением четкого алгоритма действий**
- г) Когда она заменяет собой обучение навыкам совладания со стрессом и контроля сна

Вопрос № 55. Какая медицинская процедура в обязательном порядке включает в себя консультирование врачом-психиатром-наркологом по выявленным факторам риска?

- а) Первый этап диспансеризации для всего населения
- б) **Второй этап диспансеризации при обнаружении факторов риска наркологических заболеваний**
- в) Проведение периодических предсменных осмотров водителей
- г) Ежегодное социально-психологическое тестирование учащихся в вузах

Вопрос № 56. Какие конкретные инструменты врач-психиатр-нарколог преимущественно использует на уровне первичной профилактики для работы со здоровым населением?

а) Медикаментозное лечение и изоляцию в закрытых стационарах

б) Интерактивные беседы, круглые столы и просветительские видеоролики

в) Мотивационное интервью для лиц с клиническим диагнозом

г) Внеплановые выездные проверки сотрудников в трудовых коллективах

Вопрос № 57. Виды взаимодействия наркологической службы с другими организациями по профилактике и раннему выявлению наркологических расстройств, патологического влечения и проблем, связанных с образом жизни:

а) Сетевое, линейное и параллельное

б) Внутриведомственное, межведомственное и межсекторальное

в) Правовое, силовое и информационное

г) Одноцентровое и полицентровое

Вопрос № 58. Определите субъекты внутриведомственного взаимодействия:

а) Женские консультации, родильные дома, поликлиники, центры здоровья

б) Образовательные организации, правоохранительные органы, КДН и ЗП

в) СМИ, социальные сети, бизнес-сектор, НКО

г) Наркологические диспансеры, наркологические стационары и центры профилактики наркологических расстройств

Вопрос № 59. Определите субъекты межведомственного взаимодействия:

а) Женские консультации, родильные дома, поликлиники, центры здоровья

б) СМИ, социальные сети, бизнес-сектор, НКО

в) Таможенный контроль, региональные службы по контролю за оборотом наркотиков, государственный антинаркотический комитет

г) Образовательные организации, правоохранительные органы, КДН и ЗП

Вопрос № 60. Определите субъекты межсекторального взаимодействия:

а) Наркологические диспансеры, наркологические стационары и центры профилактики наркологических расстройств

б) Образовательные организации, правоохранительные органы, КДН и ЗП

в) Женские консультации, родильные дома, поликлиники, центры здоровья

г) **СМИ, социальные сети, бизнес-сектор, НКО**

Вопрос № 61. В рамках какого взаимодействия по профилактике и раннему выявлению наркологических расстройств, патологического влечения и проблем, связанных с образом жизни пациент направляется врачом-специалистом в наркологическую службу при прохождении диспансеризации?

а) **Внутриведомственное взаимодействие**

б) Внутрисекторальное взаимодействие

в) Межведомственное взаимодействие

г) Межсекторальное взаимодействие

Вопрос № 62. В рамках какого взаимодействия по профилактике и раннему выявлению наркологических расстройств, патологического влечения и проблем, связанных с образом жизни наркологическая служба проводит информационную работу в образовательных учреждениях?

а) Внутриведомственное взаимодействие

б) Внутрисекторальное взаимодействие

в) **Межведомственное взаимодействие**

г) Межсекторальное взаимодействие

Вопрос № 63. В рамках какого взаимодействия по профилактике и раннему выявлению наркологических расстройств, патологического влечения и проблем, связанных с образом жизни наркологическая служба консультирует НКО?

а) Внутриведомственное взаимодействие

б) Внутрисекторальное взаимодействие

в) Межведомственное взаимодействие

г) **Межсекторальное взаимодействие**

Вопрос № 64. Какая процедура является обязательной и проводится ежегодно в российских школах, колледжах и вузах в целях раннего выявления незаконного потребления НС и ПВ?

а) Обязательное тестирование сточных вод образовательных учреждений

б) Принудительная изоляция учащихся из неблагополучных семей

в) Социально-психологическое тестирование

г) Рейды сотрудников полиции в образовательные организации во время экзаменов

Вопрос № 65. Формой какого вида (уровня) профилактики наркологических заболеваний являются профилактические медицинские осмотры (ПМО) обучающихся?

а) Первичной профилактики

б) Вторичной профилактики

в) Третичной (индикативной) профилактики

г) Селективной профилактики

Вопрос № 66. Кто должен подписать информированное добровольное письменное согласие для включения в поименный список профилактических медицинских осмотров (ПМО), если обучающемуся исполнилось 18 лет?

а) Исключительно оба родителя (законных представителя) подростка

б) Руководитель (уполномоченное должностное лицо) образовательной организации

в) Сам обучающийся самостоятельно

г) Врач-психиатр-нарколог, проводящий ПМО

Вопрос № 67. Каким нормативным актом регламентируется проведение ПМО среди обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях?

а) Приказом Минздрава России от 25.04.2025 № 256н

б) Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н

в) Указом Президента РФ от 23.11.2020 № 733

г) Уставом образовательной организации

Вопрос № 68. В каком случае взрослый пациент направляется на осмотр к врачу-психиатру-наркологу в рамках ПМО?

а) Осмотр является строго обязательным для всех граждан без исключения

б) Только при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования

в) По письменному требованию работодателя

г) При наличии любого установленного диагноза ХНИЗ

Вопрос № 69. Какова основная цель освидетельствования на состояние опьянения?

- а) Скрининг и раннее выявление факторов рисков ХНИЗ
- б) Определение профпригодности и допуска к работе
- в) Постановка клинического диагноза «алкоголизм» или «наркомания»

г) Юридическое подтверждение факта наличия или отсутствия в организме человека алкоголя, НС или других токсических веществ

Вопрос № 70. На что направлен первый этап диспансеризации?

- а) На проведение углублённого обследования и уточнение ранее установленного диагноза
- б) На оформление медицинской документации

в) На скрининг и раннее выявление заболеваний и факторов риска ХНИЗ, включая риск развития наркологических расстройств

- г) На проведение специализированного лечения

Вопрос № 71. С какой периодичностью проводится диспансеризация для граждан в возрасте от 18 до 39 лет?

- а) Ежегодно
- б) Один раз в пять лет
- в) Один раз в три года**
- г) Один раз в десять лет

Вопрос № 72. Что обязан сделать врач-терапевт по итогам диспансеризации и профилактического медицинского осмотра пациента?

- а) Выдать направление на обязательное химико-токсикологическое исследование
- б) Составить межведомственный отчет для передачи в правоохранительные органы
- в) Объяснить пациенту порядок прохождения этапов диспансеризации
- г) Провести индивидуальное профилактическое консультирование пациента по результатам диспансеризации**

Вопрос № 73. Какова основная цель профилактического медицинского осмотра с участием врача-психиатра-нарколога?

- а) Определение профпригодности работника
- б) Юридическое подтверждение факта употребления ПАВ
- в) Выдача водительских прав и лицензий без проведения анализов

г) Раннее выявление поведенческих факторов рисков ХНИЗ, связанных с употреблением ПАВ

Вопрос № 74. Что является основным критерием для прекращения диспансерного наблюдения по «выздоровлению» за пациентом с диагнозом «синдром зависимости», находящимся в группе ДН-2?

- а) Отсутствие обострений в течение 6 месяцев
- б) Подтвержденная стойкая ремиссия в течение 2 лет**
- в) Официальное трудоустройство и смена места жительства
- г) Письменное заявление самого пациента или его родственников

Вопрос № 75. С какой периодичностью в течение первого года должен осматриваться пациент, находящийся под диспансерным наблюдением в связи с пагубным употреблением ПАВ (без синдрома зависимости)?

- а) Не реже одного раза в месяц**
- б) Не реже одного раза в два месяца
- в) Не реже одного раза в три месяца
- г) Не реже одного раза в полгода

Вопрос № 76. Какой метод контроля является ведущим при проведении диспансерного наблюдения за лицами, употребляющими ПАВ, для раннего выявления рецидива?

- а) Регулярное проведение психологического тестирования
- б) Ежемесячный опрос близких родственников пациента
- в) Химико-токсикологические исследования биологических сред**
- г) Оценка общего клинического анализа крови

Вопрос № 77. В чем заключается ключевое отличие диспансерного наблюдения при патологическом влечении к азартным играм (лудомании) от наблюдения при химических зависимостях?

а) Полное отсутствие лабораторных маркеров биологического контроля

- б) Обязательное медикаментозное лечение в условиях стационара
- в) Снятие с учета сразу после выплаты пациентом всех долгов
- г) Наблюдение осуществляется исключительно медицинским психологом без врача

Вопрос № 78. Какое мероприятие относится к третичной профилактике рецидивов в рамках диспансерного наблюдения за лицами с поведенческими расстройствами?

- а) Назначение высоких доз психотропных препаратов при выписке**

б) Психообразование и формирование мотивации на участие в программах реабилитации

в) Изоляция пациента от общества в специализированных центрах

г) Принудительное ограничение финансовых операций пациента

Вопрос № 79. Профилактическое консультирование при наркологических расстройствах и лудомании в рамках биопсихосоциальной модели рассматривается как метод:

а) Пассивного информирования населения о вреде токсических веществ и азартных игр

б) Мотивационно-поведенческого вмешательства, направленного на дестигматизацию проблемы, актуализацию ресурсов и формирование здоровых копинг-стратегий

в) Директивного принуждения пациента к немедленной госпитализации в закрытый стационар

г) Медикаментозной коррекции врожденного дефицита нейромедиаторов

Вопрос № 80. Каковы основные временные рамки и ключевая цель краткого профилактического консультирования (скрининг-интервенции) на первичном приеме у специалиста?

а) От 30 до 45 минут; глубинный анализ детско-родительских травм

б) От 3 до 10 минут; экспресс-оценка уровня риска, информирование и запуск базовой мотивации к изменению поведения

в) Не менее 15 минут; мотивирование на получение наркологической помощи

г) Динамическое наблюдение врачом-психиатром-наркологом в течение всего периода медицинской реабилитации

Вопрос № 81. При проведении углубленного индивидуального профилактического консультирования пациента с лудоманией, основной мишенью психологического воздействия на этапе исследования амбивалентности является:

а) Перераспределение финансовых обязанностей и выплата долгов пациента его родственниками

б) Организация тотального контроля за всеми гаджетами и перемещениями пациента

в) Выявление когнитивных искажений (например, «иллюзии контроля») и развитие несоответствия между игрой и глубинными жизненными ценностями

г) Поиск исторического «мифа семьи» по системе Н. И. Олифирович

Вопрос № 82. Какое преимущество является ведущим при проведении углубленного группового профилактического консультирования для лиц с риском развития наркологических заболеваний?

а) Возможность консультанта полностью делегировать свои обязанности участникам группы

б) Разрушение социальной изоляции, преодоление анозогнозии через зеркальное отражение чужого опыта и получение безопасной обратной связи от равных участников

в) Более жесткий и директивный контроль за поведением каждого участника со стороны группы

г) Сокращение времени работы с каждым конкретным пациентом до 3–5 минут

Вопрос № 83. При проведении углубленного группового консультирования для членов семей зависимых (работа с созависимостью на этапе вторичной/третичной профилактики), фокус внимания ведущего должен быть направлен на:

а) Совместный поиск способов более эффективного контроля за трезвостью аддикта

б) Разбор результатов медицинского мониторинга употребляющего родственника

в) Смещение фокуса с контроля над зависимым на возвращение личной автономии, выстраивание гибких границ и активизацию собственных ресурсов жизнестойкости

г) Коллективное осуждение аддиктивного поведения и поиск причин в семейном кризисе

Вопрос № 84. В рамках структурного подхода С. Минухина устойчивое скрытое объединение двух членов семьи против третьего (например, матери и сына-подростка против отца) называется:

а) Триангуляцией

б) Коалицией

в) Парентификацией

г) Симбиозом

Вопрос № 85. Какая шкала Макмастерской модели семейного функционирования (FAD) оценивает способность семьи устанавливать понятные правила, стандарты поведения и вводить легальные, неунизительные санкции за их нарушение?

а) Аффективная вовлеченность

б) Роли

в) Контроль поведения

г) Решение проблем

Вопрос № 86. Что является главным методологическим отличием Модели жизнестойкости Ф. Уолш от Макмастерской или Циркумплексной моделей при работе с зависимостью?

а) Жесткая ориентация на поиск скрытых дефектов и патологий в структуре семьи

б) Использование исключительно медикаментозных биологических методов воздействия

в) Опора на ресурсный подход, поиск «островков здоровья» и актуализацию внутренних сил системы

г) Изоляция употребляющего члена семьи от его ближайшего окружения

Вопрос № 87. Последовательное разворачивание четырех сквозных процессов в Мотивационном консультировании («вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование») было впервые описано в третьем издании своего труда авторами:

а) Д. Энгелем и С. Минухиным

б) Д. Прохазкой и С. Ролликом

в) У. Миллером и С. Ролликом

г) Э. Эйдемиллером и В. Юстицкисом

Вопрос № 88. По Циркумплексной модели Д. Олсона (FACES-IV), семья, в которой полностью отсутствуют лидерство и стабильные правила, а функции членов системы меняются непредсказуемо, относится к экстремальному типу:

а) Запутанная семья

б) Хаотичная семья

в) Ригидная семья

г) Разобщенная семья

Вопрос № 89. При проведении вторичной семейной профилактики лудомании среди подростков, наиболее важной задачей консультанта в рамках психологического уровня биопсихосоциальной модели является:

а) Назначение антидепрессантов для стабилизации эмоционального фона подростка

б) Разрушение когнитивных иллюзий (например, «иллюзии контроля» над случайным выигрышем) и обучение навыкам здоровой саморегуляции

в) Полная изоляция подростка от сверстников и интернета

г) Передача родителям контроля над всеми действиями ребенка

Вопрос № 90. Какое действие консультанта является приоритетным на этапе вторичной семейной профилактики, когда у подростка выявлены первые факты эпизодического употребления ПАВ?

а) Закрепление за подростком статуса «идентифицированного пациента» с возложением на него вины за семейный кризис

б) Организация трансгенерационного анализа семьи в нескольких поколениях с поиском исторических корней проблемы

в) Экстернализация симптома, разрушение патологических коалиций и возвращение родителей в единую родительскую подсистему для изменения «правил игры» в доме

г) Немедленное направление подростка и семьи на долгосрочную медико-социальную реабилитацию закрытого типа

Вопрос № 91. На каком уровне семейной наркопрофилактики консультант делает основной фокус на преодолении созависимости у близких родственников, стабилизации гибких внутренних границ и долгосрочном сопровождении семьи, адаптирующейся к жизни с выздоравливающим аддиктом?

а) На уровне первичной (универсальной) профилактики

б) На уровне первичной (селективной) профилактики

в) На уровне вторичной профилактики

г) На уровне третичной профилактики

Вопрос № 92. Связь между терминами «мотивационные технологии», «мотивационное консультирование» (МК) и «терапия мотивационного усиления» (МЕТ) строится по принципу иерархии понятий. Какое из этих понятий является наиболее широким («зонтичным») термином?

а) Терапия мотивационного усиления (МЕТ)

б) Мотивационное интервьюирование (МИ)

в) Мотивационные технологии

г) Клинический протокол

Вопрос № 93. В рамках модели У. Миллера и С. Роллника процесс мотивационного интервьюирования, направленный на совместный поиск и согласование с пациентом конкретной терапевтической цели или

вектора изменений, называется:

- а) Вовлечение
- б) Фокусирование**
- в) Побуждение
- г) Планирование

Вопрос № 94. Что из перечисленного является главным структурным отличием метода МЕТ (Терапии мотивационного усиления) от классического мотивационного консультирования (МК/МИ)?

- а) Полный отказ от исследования амбивалентности пациента
- б) Использование жесткого авторитарного давления и конфронтации с пациентом

в) Краткосрочный, фиксированный 4-сессионный протокол, строящийся вокруг объективной диагностики и персонализированной обратной связи

- г) Обязательное привлечение всей расширенной семьи на каждую встречу

Вопрос № 95. Согласно методологии МИ, преодоление анозогнозии у пациентов с алкогольной зависимостью или лудоманией достигается за счет «развития несоответствия». Этот механизм основан на:

а) Создании контролируемого диссонанса между актуальным деструктивным поведением пациента и его глубинными жизненными ценностями

- б) Публичном высмеивании вредных привычек пациента в присутствии его семьи

- в) Доказательстве интеллектуальной несостоятельности аргументов пациента

- г) Назначении медикаментозных препаратов, вызывающих отвращение к алкоголю или играм

Вопрос № 96. На каком этапе (сессии) структурированного протокола МЕТ при работе с патологическим влечением консультант резюмирует успехи пациента и передает ему ответственность за поддержание долгосрочной трезвости или отказа от игры?

- а) На первой сессии
- б) На второй сессии
- в) На третьей сессии
- г) На четвертой сессии**

Вопрос № 97. Что понимается под цифровым здравоохранением (Digital Health / eHealth)?

а) Процесс полного отказа от традиционной медицины и переход на виртуальное лечение пациентов врачами-алгоритмами без участия человека

б) Исключительно онлайн-запись к врачу через интернет-порталы

в) Экосистема, объединяющая телемедицину, носимые устройства, мобильные приложения для здоровья, искусственный интеллект и большие данные

г) Исключительно технологии дистанционного обучения медицинских работников

Вопрос № 98. Какое ограничение установлено при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий?

а) Запрещено проведение дистанционного наблюдения пациента

б) Запрещено выписывать электронные рецепты дистанционно

в) Нельзя проводить медицинские консилиумы дистанционно

г) Постановка диагноза при первичном приёме осуществляется только в очном формате

Вопрос № 99. Как определяется искусственный интеллект в российском законодательстве?

а) Программа для автоматического заполнения медицинских документов

б) Система хранения и передачи медицинской информации

в) Комплекс технологических решений, имитирующий когнитивные функции человека и получающий результаты, сопоставимые с интеллектуальной деятельностью человека

г) Автономная информационная система, наделенная исключительными авторскими правами на результаты своей интеллектуальной деятельности

Вопрос № 100. Какова одна из основных задач третичной профилактики зависимостей?

а) Поддержание восстановленной трезвости и предотвращение рецидивов

б) Проведение скрининга наркологических расстройств

в) Выявление факторов риска у здорового населения

г) Формирование здорового образа жизни и предотвращение потребления ПАВ

Вопрос № 101. Какой из перечисленных факторов входит в основные составляющие ЗОЖ, по материалам ВОЗ?

- а) Прием комплексных биологически активных добавок
- б) Управление стрессом**
- в) Принятие контрастного душа строго по утрам
- г) Проведение регулярных детокс-программ для очищения

организма

Вопрос № 102. Какую роль играют ментальные тренажеры (например, «Mentalfitness») в контексте профилактики зависимостей?

- а) Развитие психологической устойчивости**
- б) Регуляция режима труда и отдыха
- в) Автоматический подбор лекарственных средств
- г) Удовлетворение базовых потребностей человека

Вопрос № 103. Какое мобильное приложение предназначено для блокировки доступа к сайтам и приложениям с азартными играми в рамках первичной профилактики гэмблинга?

- а) Moodfit
- б) CoinKeeper
- в) MindHealth
- г) Gamban**

Темы рефератов к Первой части.

Теория и методология профилактики наркологических расстройств и патологического влечения

1. Сравнения заболеваемости и смертности, связанные с употреблением алкоголя и табака.
2. Российский и зарубежный опыт антигемблинговой политики.
3. Особенность комплексных оценок, составляющих наркологическую ситуацию РФ.
4. Влияние употребления табачных и никотинсодержащих изделий на репродуктивное здоровье.
5. Последствия сдвига в парадигме общественного здравоохранения: от реактивного лечения к проактивному сбережению здоровья.
6. Развитие превентивной и персонализированной медицины как фактор снижения медико-социального ущерба от зависимостей.
7. Экономика аддиктивных благ: сравнительный анализ бюджетных поступлений и социально-экономических потерь государства.

8. Обеспечение безопасности информационной среды как фактор защиты несовершеннолетних от наркологических угроз.

9. Цифровая трансформация лудомании: специфика выстраивания защитных барьеров в персональных гаджетах.

10. Информационно-разъяснительные кампании в СМИ и социальных сетях как инструмент формирования наркологической безопасности общества.

11. Роль и место врача-психиатра-нарколога на втором этапе диспансеризации: консультирование граждан по выявленным факторам риска наркологических заболеваний.

12. Экспертиза и верификация научно-методических материалов по профилактике наркологических расстройств как критерий их эффективности и безопасности.

13. Цифровые технологии в санитарно-гигиеническом просвещении: использование онлайн-платформ, мобильных приложений и квизов в наркологической превенции.

14. Феномен межпоколенческой трансляции рисков в аддиктологии: механизмы и профилактика.

15. Влияние родительской аддикции на когнитивное развитие ребенка: механизмы формирования дефицитов внимания, памяти и абстрактного мышления.

16. Концепция копинг-поведения Р. Лазаруса как фундамент для формирования психологической устойчивости в контексте антинаркотической профилактики.

17. Трансформация дисфункциональных убеждений и когнитивных искажений в профилактике зависимостей на основе когнитивно-поведенческого подхода.

18. Динамика формирования здоровых привычек и принцип соответствия вмешательства стадиям поведения в рамках транстеоретической модели изменений Дж. Прохазки.

19. Амбивалентность привязанности у детей из дисфункциональных семей как фактор дезорганизации системы межличностных отношений.

20. Психопатологические риски и развитие ПТСР у несовершеннолетних, воспитывающихся в условиях хронической наркологической нестабильности родителей.

21. Синдром «взрослых детей алкоголиков» (ВДА): формирование гиперответственности, созависимых паттернов и страха отвержения во взрослом возрасте.

22. Низкая комплаентность аддиктивных родителей как барьер для восстановления воспитательного потенциала семьи.

23. Роль органов опеки и патронатных учреждений в просвещении приемных семей по вопросам профилактики девиаций у детей.

24. Роль наркологической службы в снижении аварийности и травматизма на дорогах.

25. Современные тенденции развития профилактики нетрезвого вождения: от алкозамков до механизмов своевременного приостановления права управлять транспортным средством.

26. Ограниченность административных мер наказания в изменении глубинных установок водителей-нарушителей.

27. Формирование в обществе негативного отношения к вождению в нетрезвом виде как фактор сохранения жизней.

28. Здоровье населения как высшая социальная ценность и фактор устойчивого экономического развития государства в XXI веке.

29. Роль государственной политики утверждения трезвости в сохранении и воспроизводстве человеческого капитала.

30. Зависимое поведение как выученный дезадаптивный паттерн: когнитивно-поведенческий взгляд на природу аддикций.

31. Роль когнитивных искажений в формировании зависимости от психоактивных вещества и методы их коррекции.

32. Развитие безусловного самопринятия и чувства самооценности как мишень первичной и вторичной профилактики зависимостей.

33. Влияние макросоциальных факторов (законодательство, доступность рынка, культурные нормы) на распространенность аддиктивного поведения.

34. Формирование компетенций трезвости и здоровья в рамках концепции устойчивости и протективных факторов.

35. Единый межведомственный стандарт антинаркотической деятельности: цели, структура и внедрение.

36. Влияние ближайшего социального окружения на развитие и преодоление зависимостей.

37. Роль семейных и профессиональных ценностей в противостоянии наркологическим заболеваниям.

38. Особенности разработки индивидуальных программ профилактики аддикций на основе классификации персонифицированного подхода.

39. Нормативно-правовое регулирование оборота наркотиков, алкоголя и табака в Российской Федерации.

40. Трёхуровневая комплексная междисциплинарная система регулирования аддиктивного поведения: макро-, мезо- и микроуровень.

41. Концепция государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции до 2035 года в структуре регулирования аддиктивного поведения.

42. Социально-экономические последствия потребления алкоголя, табака, ЭСДН, наркотических средств и психотропных веществ для индивида, системы здравоохранения и общества.

43. Аддиктивные блага как медико-социальный фактор риска: характеристика, виды и роль в формировании наркологических расстройств.

44. Инструменты самозапрета и ограничения интерактивных ставок как меры профилактики патологического влечения к азартным играм.

45. Ограничительные меры как инструмент профилактики аддиктивного поведения: алкоголь, табак, ПАВ и азартные игры.

46. «Петля привычки» Ч. Дахигга как модель формирования устойчивого аддиктивного поведения.

47. Сравнительная характеристика стратегий самоконтроля при управлении вредными привычками на индивидуальном уровне.

48. Модификация поведенческого цикла без силового подавления привычки: замена автоматизмов и изменение окружающей обстановки.

49. Роль профильного медицинского специалиста в формировании адаптивных поведенческих стратегий у пациентов с зависимым поведением.

50. Экономические аспекты профилактики аддиктивного поведения

51. Экономическое значение ранних превентивных мер в системе профилактики зависимостей.

52. Концепция «здоровой среды» как экономически оправданная стратегия профилактики аддиктивного поведения в Российской Федерации.

53. Профилактика лудомании как объект медико-социального и экономического анализа.

54. Механизмы цифрового самоограничения в профилактике игровой зависимости: медицинское и социально-экономическое значение.

Темы рефератов ко второй части.
Практики медицинской профилактики наркологических
расстройств и патологического влечения

55. Дифференцированный подход в санитарном просвещении: учет половозрастных и социально-психологических особенностей целевой аудитории.

56. Формирование культуры ответственного отношения к здоровью как инструмент сбережения человеческого капитала.

57. Принципы бесконфликтной и безоценочной коммуникации в профилактической работе врача-психиатра-нарколога.

58. Специфика проведения целевых информационно-разъяснительных кампаний в периоды повышенного риска (праздничные и выходные дни).

59. Нормативная база и алгоритм межведомственного взаимодействия по профилактике потребления ПАВ подростками из группы риска.

60. Основные проблемы и особенности профилактики потребления ПАВ в трудовых коллективах.

61. Особенности взаимодействия наркологической службы по профилактике потребления ПАВ с подразделениями ФСИН.

62. Профилактическое собрание в образовательной организации как инструмент повышения мотивации и снижения уровня отказов от ПМО.

63. Раннее выявление немедицинского потребления ПАВ как форма первичной профилактики наркологических заболеваний в подростковой среде.

64. Сбор анамнеза и профилактическая беседа врача-психиатра-нарколога в структуре ПМО обучающихся.

65. Наркологические расстройства как модифицируемые факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

66. Роль врача-психиатра-нарколога в раннем выявлении факторов риска развития ХНИЗ.

67. Профилактические медицинские осмотры как инструмент раннего выявления наркологических расстройств и ХНИЗ.

68. Сравнительная характеристика ПМО, ОМО и ОМОСО в системе профилактики наркологических расстройств.

69. Диспансеризация как инструмент профилактики хронических неинфекционных и наркологических заболеваний.

70. Санитарно-гигиеническое просвещение населения в деятельности врача-психиатра-нарколога.

71. Формирование мотивации к отказу от употребления психоактивных веществ в профилактической работе врача-психиатра-нарколога.

72. Критерии снятия с диспансерного учета: сравнительный анализ нормативных сроков ремиссии при различных видах зависимостей.

62. Соблюдение прав пациентов и этические проблемы при осуществлении диспансерного наблюдения в амбулаторной наркологической практике.

63. Особенности организации диспансерного наблюдения за лицами с патологическим влечением к азартным играм (гемблингом).

64. Роль медицинского психолога и специалиста по социальной работе в профилактике рецидивов в период диспансерного наблюдения.

65. Психообразовательные программы на основе углубленного профилактического консультирование и мотивационное.

66. Профилактическое консультирование как инструмент раннего вмешательства при пагубном потреблении психоактивных веществ».

67. Специфика профилактического консультирования лиц с патологическим влечением к азартным и компьютерным играм (гемблинг, лудомания)».

68. Школы здоровья и трезвости как инструмент групповой работы в сфере профилактики химических и нехимических аддикций.

69. Когнитивно-эмоционально-поведенческий комплекс созависимости как характеристика устойчивых дисфункциональных взаимоотношений в семье».

70. Системно-аналитическая диагностика семейных кризисов по модели Н. И. Олифинович в структуре первичного наркологического консультирования.

71. Концепция семейной жизнеспособности (Resilience) Ф. Уолш как методологическая основа преодоления кризиса при лечении аддикций.

72. Применение терапии повышения мотивации (MET) в профилактической работе с пациентами с лудоманий.

73. Применение мотивационных технологий, мотивационного консультирования и мотивационного интервью при вторичной профилактике табакокурения у подростков.

74. Мотивирование к изменению деструктивного поведения лиц с пагубным употреблением алкоголя в рамках корпоративных программ.

75. Искусственный интеллект в первичной, вторичной и третичной профилактике наркологических расстройств.

76. Телемедицина как инструмент повышения доступности и эффективности наркологической помощи.

77. Цифровые технологии в поддержании ремиссии и профилактике рецидивов зависимостей.

78. Мобильные приложения как инструмент формирования здорового образа жизни и профилактики зависимого поведения.

79. Носимые устройства и искусственный интеллект в мониторинге пациентов с наркологическими расстройствами.

80. Чат-боты и цифровые платформы в системе профилактики зависимостей.

81. Экосистема цифровых технологий в профилактике наркологических заболеваний: от первичной профилактики до поддержки ремиссии.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Абстиненция - симптомокомплекс психических, вегетативно-соматических и неврологических расстройств, возникающих при прекращении употребления вещества, либо отсутствии объекта аддикции, обеспечивающего определенный эмоциональный фон, к которому установились пристрастие, психическая и физическая зависимость.

Адаптация - приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде. Различают адаптацию психологическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды; социальную - приспособление человека к определенным формам социальной деятельности.

Аддиктивное поведение - поведение с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения психического состояния, посредством приема психоактивных веществ и постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, в целях развития и поддержания интенсивных эмоций. Часто становится основой формирования других поведенческих расстройств.

Алкоголизм - термин обычно применяется по отношению к хроническому постоянному пьянству или периодическому потреблению алкоголя, которое характеризуется нарушением контроля над количеством выпитого, частыми эпизодами опьянения, сужением интересов на алкоголе и употреблением алкоголя, несмотря на неблагоприятные последствия.

Амбивалентность – двойственность, противоречивость отношения к чему-либо, свойственна большинству людей, поведение которых определяется различными, иногда противоречащими мотивами.

Асоциальное поведение - поведение, направленное на разрушение или повреждение общественных норм и правил, выработанных социальными институтами (семья, образование, здравоохранение и пр.), не приводящее к поведенческим (психическим) расстройствам.

Безнадзорный – несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц.

Внутриведомственное взаимодействие - скоординированные действия наркологической службы со структурными подразделениями системы здравоохранения. Оно направлено на обеспечение преемственности помощи, обмен информацией, совместную работу по профилактике, раннему выявлению проблем, лечению и реабилитации наркологических расстройств, патологического влечения и проблем, связанных с образом жизни.

Диспансерное наблюдение - проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хронически-ми заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Индивидуальная профилактическая работа - деятельность по своевременному выявлению несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, а также по их медико-социальной реабилитации и (или) предупреждению совершения ими правонарушений и антисоциальных действий.

Индикативная профилактика — это комплекс мер, направленных на работу с лицами с подтвержденным наркологическим заболеванием или с лицами, входящими в группу риска потребления ПАВ.

Лудомания — патологическое влечение к азартным или компьютерным играм, при котором увлечение перестаёт быть просто хобби и начинает доминировать в жизни человека, вытесняя другие интересы, обязанности и имея негативные последствия.

Межведомственное взаимодействие - совместные согласованные действия наркологической службы с органами и организациями (субъектами взаимодействия) при реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и реабилитацию лиц, страдающих наркологическими расстройствами, а также на снижение рисков их вовлечения в незаконный оборот наркотиков. Основная цель такого взаимодействия — повышение эффективности профилактической работы за счёт совершенствования алгоритма последовательных действий участников.

Межсекторальное взаимодействие - согласованные совместные действия наркологической службы с различными общественными структурами, учреждениями и организациями (СМИ, волонтерские организации, бизнес-сектор, НКО), направленные на профилактику, раннее выявление, лечение и реабилитацию лиц с проблемами,

связанными с употреблением ПАВ, а также на снижение социальных, медицинских и психологических последствий наркологических расстройств.

Мотивационное консультирование – формат совместной беседы, помогающий укрепить личную мотивацию человека и поддержать его готовность к изменениям. Специалист помогает пациенту (клиенту) в осознании и разрешении противоречий в его отношениях к личному употреблению ПАВ и употреблению их другими лицами. Мотивационное консультирование способствует снижению поведения риска, и развития факторов защиты трезвости.

Наркомания - общее название хронических заболеваний, которые возникают в результате употребления наркотиков или других психоактивных веществ и проявляются психическими и поведенческими расстройствами в виде синдрома наркотической зависимости.

Равное консультирование - формат поддержки, при котором человек, имеющий личный опыт преодоления сложных жизненных ситуаций (тяжёлого заболевания, зависимости, утраты близких, насилия и др.), проходит специальную подготовку и оказывает помощь другим людям, находящимся в аналогичной ситуации. Равные консультанты работают в разных сферах: синдром зависимости, онкология, СПИД, семейные кризисы и др.

Патологическое влечение - интенсивное, навязчивое и практически непреодолимое желание совершить определённое действие или употребить психоактивное вещество, которое выходит за рамки обычного контроля и создаёт состояние глубокого психологического дискомфорта и напряжения. Такое влечение захватывает мыслительные процессы, делает невозможным его отсрочку или игнорирование, даже если человек осознаёт негативные последствия.

Профилактика (превентология) - комплекс немедицинских мероприятий, направленные на предупреждение появления заболевания.

Профилактика зависимости вторичная - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение формирования зависимости от ПАВ у лиц, их употребляющих эпизодически.

Профилактика зависимости первичная - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предупреждение приобщения к употреблению ПАВ.

Профилактика зависимости третичная - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, способствующих восстановлению личного и социального статуса больных наркоманией и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, к общественно-полезной деятельности.

Профилактическое вмешательство - выполняемый медицинским работником или иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество натурального или синтетического происхождения, способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом - психическую и физическую зависимость.

Раннее выявление потребителей психоактивных веществ - скрининговое выявление факторов риска развития болезней зависимости и потребителей ПАВ на ранних стадиях употребления, то есть до возникновения необратимых вредных последствий злоупотребления ПАВ.

Селективная профилактика - это избирательный подход к профилактике наркологических заболеваний, направленный на конкретные социальные группы, имеющие опыт потребления ПАВ, или группы, для которых потребление ПАВ влечет повышенный риск развития психических и соматических заболеваний (например, беременные).

Синдром зависимости – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ занимает в системе ценностей ведущее место; синдром зависимости проявляется комплексом поведенческих нарушений, которые являются результатом взаимодействия биологических (генетических), психологических, социальных факторов и факторов окружающей среды.

Созависимость — это патологическая форма взаимоотношений, характеризующаяся глубокой поглощенностью и всесторонней вовлеченностью в жизнь другого человека, чаще всего зависимого от алкоголя, наркотиков, азартных игр. Проявляется эмоциональными и поведенческими отклонениями, нарушениями социальной адаптации.

Социальное сиротство — общественное явление, где несовершеннолетние дети лишены заботы родителей при жизни самих биологических родителей, или когда родители отказались от ребенка, или они лишены родительских прав по суду. При этом родители могут быть признаны недееспособными, либо безвестно пропавшими или длительно отсутствующими, либо проявляющими жестокость к детям.

Социальная дезадаптация – состояние, при котором человек испытывает трудности в следовании общепринятым нормам и ожиданиям, что приводит к устойчивым трудностям в межличностном общении, реализации социальных ролей, потере профессионального статуса, распада семейных связей и разрушения систем социальной поддержки.

Токсикомания - хроническая болезнь, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) - болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. К основным типам ХНИЗ относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и сахарный диабет, а также психические расстройства и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ.



**МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ**

Горячая линия ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» +7 (495) 709-64-04
Центр профилактики зависимого поведения (филиал) +7 (499) 150-06-64
E-mail: mnpcn@zdrav.mos.ru

Учебное издание

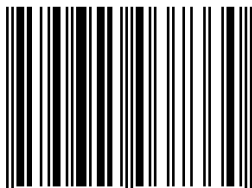
ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Под редакцией
Антон Валерьевича Масыкина

Авторский коллектив

Масыкин Антон Валерьевич, Боровков Евгений Игоревич, Сазонова Алина
Станиславовна, Деменко Елена Геннадьевна, Аршинова Виктория Викто-
ровна, Сафонцева Светлана Владимировна, Радионова Мария Сергеевна, Харук
Анастасия Олеговна, Суворова Ирина Юрьевна

ISBN 978-5-6050373-3-0



9 785605 037330 >

ISBN 978-5-6050373-3-0

Издательство ООО «Группа-НТЛ»
Москва, ул. Ленинские горы, дом 1, строение 75-А, +7 495 930-84-54

Отпечатано в соответствии с представленными материалами в ООО «Типография
Айколорит»

Москва, ул. Клары Цеткин, 4, +7 (495) 617-0924
Тираж 1000 экз.