

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение
высшего профессионального образования
«Российский государственный гуманитарный университет»

На правах рукописи

АРШИНОВА Виктория Викторовна

**АНТИАДДИКТИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ В СИСТЕМЕ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

19.00.07 – Педагогическая психология (психологические науки)

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени доктора психологических наук

Научный консультант –
доктор медицинских наук,
профессор А.Г. Жиляев

Москва – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
Глава 1. Культурно-исторические аспекты проблемы зависимого поведения у детей и подростков.....	18
1.1. Зависимое поведение — глобальный фактор вреда здоровью человека.....	18
1.1.1. Показатели распространенности аддикций.....	19
1.1.2. Факторы риска вовлечения в химические зависимости.....	22
1.2. Механизмы и условия формирования аддикций подростков.....	24
1.3. Современные научные направления психологии зависимости.....	29
1.3.1. Психологический подход в исследовании причин возникновения химической зависимости.....	33
1.3.2. Культурологический подход в исследовании причин химической зависимости.....	38
1.3.3. Семейные факторы риска вовлечение в химическую зависимость.....	42
Глава 2. Теоретический анализ подходов к антиаддиктивной профилактике.....	48
2.1. Развитие антиаддиктивной превентологической парадигмы.....	48
2.1.1. Традиционные классификации профилактических вмешательств.....	48
2.1.2. Современные классификации антиаддиктивных профилактических вмешательств.....	52
2.2. Психологические теории предупреждения химической зависимости.....	55
2.2.1. Исторические аспекты становления антиаддиктивной парадигмы.....	55
2.2.2. Теории факторов риска возникновения зависимости.....	65
2.2.3. Современные теории психологического здоровья и изменения поведения.....	72
2.2.4. Психолого-педагогические теории антиаддиктивной профилактики.....	79
Глава 3. Развитие междисциплинарного подхода, ориентированного на личностные компетенции, как новой модели антиаддиктивной профилактики учащихся в общеобразовательных учреждениях.....	82
3.1. Теоретический анализ междисциплинарного подхода к антиаддиктивной профилактике.....	82

3.1.1. Авторская (новая) терминология в области изучения зависимого поведения.....	82
3.1.2. Объект и предмет антиаддиктивной превентологии	83
3.1.3. Основы системного психологического подхода в профилактике аддикций	85
3.1.4. Системные междисциплинарные подходы в профилактике аддикций.....	88
3.2. Компетентностный подход в новой антиаддиктивной превентологической парадигме.....	89
3.2.1. Влияние зависимого поведения на образовательные компетенции обучающихся	91
3.2.2. Антиаддиктивные профилактические компетенции и методы их формирования.....	93
3.2.3. Компетенции как результат антиаддиктивных профилактических программ	99
3.3. Единство психологических подходов в антиаддиктивной профилактике	100
3.3.1. «Устойчивость» базовый феномен объединения психологических подходов	102
3.3.2. Концептуальные положения «устойчивого развития личности».....	105
3.3.3. Диагностика компонентов модели «устойчивого развития личности».....	117
3.5. Модели формирования антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся.....	119
3.6. Заключение к третьей главе. Развитие системного подхода ориентированного на личностные компетенции как новой модели антиаддиктивной профилактики детей и подростков, обучающихся в общеобразовательной школе.....	122
3.6.1. Поликомпонентная модель системы профилактики.....	124
3.6.2. Модель образовательной антиаддиктивной профилактической программы для психологов и педагогов.....	125
3.6.3. Новые подходы к мониторингу профилактических программ	126
Глава 4. Эмпирические исследования.....	129
4.1. Материалы и методы исследования.....	129
4.1.1. Характеристика исследованных групп. Выборка.....	129
4.1.2. Алгоритм и программа исследования.....	135
4.2. Описание методов исследования.....	137
4.2.1. Исследование методом экспериментального тестирования.....	137
4.2.2. Психолого-педагогический формирующий эксперимент.....	139

4.2.3. Исследование методом экспертных оценок.....	141
4.2.4. Исследование методом статистического анализа.....	143
4.3. Исследование факторов риска вовлечение подростков в химическую зависимость в системе общего образования.....	145
4.3.1. Исследование факторов риска вовлечение подростков в наркотическую зависимость.....	145
4.3.2. Исследование факторов риска вовлечение в табачную зависимость подростков и взрослых.....	146
4.3.3. Исследование факторов риска потребления алкоголя и наркотиков у студентов педагогических специальностей.....	150
4.4. Исследование профилактических антиаддиктивных личностных компетенций у подростков.....	151
4.4.1. Исследование жизнестойкости, компонентов устойчивого развития личности и антинаркотической установки.....	152
4.4.2. Исследование копинг-стратегий поведения.....	153
4.4.3. Исследование эмоционального интеллекта.....	154
Глава 5. Результаты эмпирического исследования.....	155
5.1. Анализ факторов риска вовлечение в химическую зависимость обучающихся в системе общего образования.....	155
5.1.1. Факторы риска вовлечения подростков в наркотическую зависимость.....	155
5.1.2. Факторы риска вовлечения подростков в табакокурение.....	161
5.1.3. Возрастные и гендерные особенности факторов риска вовлечения обучающихся старших классов в химическую зависимость.....	165
5.1.4. Факторы риска вовлечения в алкоголизацию и наркотизацию студентов педагогического профиля.....	170
5.2. Результаты исследования профилактических антиаддиктивных личностных компетенций.....	172
5.2.1. Сопоставления факторов риска вовлечения в химическую зависимость обучающихся старших классов с уровнем развития их профилактических компетенций.....	172
5.2.2. Анализ результатов исследования копинг-поведения обучающихся.....	177
5.2.3. Анализ результатов исследования устойчивости и антинаркотической установки подростков.....	178
5.2.4. Анализ результатов исследования жизнестойкости и эмоционального интеллекта обучающихся.....	183

5.2.5. Моделирование антиаддиктивного профилактического пространства	188
5.3. Результаты лонгитюдного исследования.....	194
5.3.1. Результаты изменений в контрольной группе.....	194
5.3.2. Сравнение результатов изменений в экспериментальной и контрольной группе.....	200
5.4. Результаты работы со взрослыми участниками образовательной среды	205
5.5. Мониторинг антиаддиктивных профилактических ресурсов в системе общего образования.....	211
5.6. Рейтингование образовательных учреждений по эффективности антиаддиктивной профилактики.....	213
Глава 6. Обсуждение результатов исследования.....	218
Основные выводы.....	239
Заключение.....	243
Литература.....	247
Приложение.....	283

Сегодня каждому государству необходимо предоставить приоритет условиям предотвращения: **расстройств, вызванных употреблением алкоголя, расстройств, вызванных употреблением запрещенных наркотиков и табака...**

mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. WHO-2008.

Национальные интересы Российской Федерации — это совокупность внутренних и внешних потребностей государства в обеспечении защищенности и **устойчивого развития личности, общества и государства.**

Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года от 12 мая 2009 г. Раздел 1. п. 6 № 537

Актуальность работы. Ухудшение психического здоровья нации, связанное с ростом численности лиц, страдающих химической и другими видами аддикций (зависимостей), является серьезной угрозой национальной безопасности для любой страны мира. Согласно оценкам ВОЗ, экономический ущерб, связанный с упомянутыми проблемами, в странах ЕС, составляет 3–4% от валового национального продукта. В России этот показатель приближается к 20% (Mental health action plan 2013-2020, Mental Health... WHO-2009). Практически все бывшие республики СССР, в том числе Россия, обременены проблемами роста численности лиц, страдающих химическими аддикциями (addicted англ. — зависеть от чего-либо): табакокурением, алкоголизмом, наркоманией, которые в 2013 г., определили новейший виток резкого роста численности зависимых лиц (WHO Report Country profile Russian Federation, 2013). Высокая численность лиц, особенно подростков, нуждающихся в специализированной помощи, отсутствие современной антиаддиктивных мер реабилитации и профилактики вызывает острую необходимость в ее создании. Насилие и жестокость, особенно применимые к детям, женщинам, депрессия, тревожность, ВИЧ/СПИД являются основными причинами злоупотребления психоактивными веществами (табакокурения, наркомании, алкоголизма). Однако, в России вопросы профилактики зависимостей среди подрастающего поколения до сих пор рассматриваются в прежнем русле. Это отрицательно сказывается на развитии отечественных научных школ по разработке научно-теоретических и практических подходов решения проблем в области

предотвращения зависимого поведения. В мировой практике профилактика это обязательные занятия на всех уровнях образования и направлены, в первую очередь, на специальное психологическое образование здоровых детей и подростков, родителей и учителей. **Актуальность исследований** проблем эффективной профилактики химической зависимости в общеобразовательной школе, связанных с системным характером мер по охране психического здоровья обучающихся в России и странах СНГ, не вызывает сомнений.

Проблема теоретико-эмпирического исследования: Проблема теоретико-эмпирического исследования сфокусирована на теории и практике профилактического вмешательства, развивающего антиаддиктивные профилактические личностные компетенции всех участников образовательного процесса. Имеющиеся отечественные и зарубежные теоретические и практические подходы не объединены единой научной парадигмой; фрагментарно классифицированы теории, объекты и предметы изучения; разрознены методологические принципы диагностики и проектирования антиаддиктивных профилактических вмешательств. Особую проблему составляет разработка и внедрение эффективных программ универсальной антиаддиктивной профилактики в системе общего образования.

Цель проведенного соискателем теоретико-эмпирического исследования состояла в разработке нового междисциплинарного научного подхода в психологии - превентологии зависимого поведения, - на основе моделирования и качества эффективной системы профилактики химической зависимости в общеобразовательной школе.

Решение поставленной цели потребовало разработки научной терминологической базы, выявления объектов и предметов изучения, структурирования теоретического багажа современного научного знания, в области зависимого поведения. Это в свою очередь позволило выстроить концептуальные теоретические положения «устойчивого развития личности» как основы эффективной профилактики зависимого поведения

Объект исследования – психологические характеристики детей и подростков, определяющие устойчивость их личностного развития и степень риска развития у них аддиктивных нарушений.

Предмет исследования – взаимосвязи факторов устойчивого личностного развития детей и подростков и формирования у них профилактических антиаддиктивных компетенций.

Общая гипотеза исследования – основу появления и развития антиаддиктивных профилактических компетенций у подростков, составляет системное психологическое новообразование, отражающее культурно-исторические психологические особенности индивидуальной, семейной и средовой устойчивости, которая формируется у подростка в соответствии с возрастными этапами развития посредством целенаправленного взаимодействия со значимыми лицами.

Представленная общая гипотеза уточнена в **частных гипотезах**:

1. основу ведущих объектов исследований антиаддиктивной превентологии, - здоровье, норма жизнедеятельности, благополучие, качество жизни, - составляет психологический феномен «устойчивости», выраженный в понятии «устойчивое развитие личности». Это метафункциональная система индивида, координирующая равновесные состояния на психофизическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом, коммуникативном и ценностно-смысловом уровнях.
2. ведущие объекты изучения антиаддиктивной превентологии, - факторы риска вовлечения в химическую зависимость (табакокурение, наркоманию, алкоголизм), имеют прямую корреляцию между показателями выявленных у подростков и взрослых (педагогов и родителей), причем факторы риска развития химической зависимости у педагогов определяют уровень влияния этих факторов на подростков в образовательном учреждении;
3. факторы риска вовлечения в наркоманию и табакокурение подростков комплементарны уровню сформированности у них антиаддиктивных

профилактических компетенций, также ведущих объектов изучения антиаддиктивной превентологии; антиаддиктивные профилактические компетенции у подростков, формирующиеся посредством антиаддиктивного профилактического вмешательства (интервенции) имеют значимые возрастные и гендерные различия;

4. ведущие объекты изучения антиаддиктивной превентологии, - профилактические вмешательства, направленные на устойчивое развитие личности у подростка; улучшают показатели становления других антиаддиктивных профилактических компетенций; в эффективной модели профилактики для системы общего образования; формирование устойчивого развития личности подростка предваряет овладения ими копинг-стратегий, антинаркотической установки, жизнестойкости и эмоционального интеллекта.

Задачи исследования:

1. исследовать и обобщить отечественный и зарубежный опыт в области теоретических и практических основ зависимого поведения на примере профилактики химической зависимости (наркомании, табакокурения, алкоголизма); провести теоретический анализ истории и современного состояния проблем профилактики зависимого поведения на примере профилактики химической зависимости;
2. установить современные тенденции развития теоретических знаний в области профилактики химической зависимости, в первую очередь наркомании, алкоголизма и табакокурения; исследовать соотношение представлений в отечественной и международной терминологической базе, психологической направленности в области профилактики; исследовать теории профилактического вмешательства как многоуровневого системного конструкта психологического содержания в области профилактики зависимого поведения; зависимости;

3. обосновать авторский подход при раскрытии феномена «устойчивое развитие личности»; исследовать его с позиций культурно-исторического, компетентного и системного подходов и психологической комплексной теории профилактики аддикций; исследовать, выстроенное на принципах феноменологии, психологическое, профилактическое, системное вмешательство и эффективную систему профилактики зависимого поведения в сфере общего образования и в семье;
4. разработать программу эмпирических исследований по выявлению закономерностей «устойчивого развития личности», как основы эффективной профилактики химической зависимости, провести эмпирическое исследование
5. проанализировать результаты эмпирических, в том числе и лонгитюдных исследований, проводимых по каждому периоду многоэтапных исследований; обосновать единую доказательную платформу научно-теоретического подхода по данным исследований, проводимых с различными группами испытуемых;
6. обосновать теоретические основы и потенциал развития нового, разработанного соискателем, научного направления – «превентология аддикций» - наука о психологической профилактике зависимого поведения; в сфере образования; сформулировать возможности и перспективы дальнейших исследований.

Теоретико-методологическую основу исследования составили труды классиков психологической и философской науки. Среди них культурно-историческая теория Л.С. Выготского, теоретические взгляды, связанные с развитием личности в деятельности С.Л. Рубинштейна, концепция жизненного пути личности К.А. Абульхановой-Славской; теории деятельности А.Н. Леонтьева; концепция периодизации психического развития детей Д.Б. Эльконина; социально-психологическая концепция личности и ее развития А.В. Запорожца, концепция социального развития личности в онтогенезе и

социально признаваемой и социально одобряемой деятельности Д.И. Фильдштейна, теория развития Э. Эриксона. В работе использованы теории жизнестойкости С. Мадди, базового принципа социального поведения Д. Майерса и др.; А. Фрейд, С. Радо, Д. Кендела, Г. Энджела, Ц.П. Короленко и др.. Общие и комплексные подходы в области аддикций, рассматривались через теории здоровья и болезни в психологии (В.В. Власов, Г.С. Никифоров, И.Б. Бовина, И.И. Брехман, Р. Гордон и др.), психотерапевтические теории (Дж. Боулби, Дж. Кейлли, и др.), теории психологических механизмов предотвращения нежелательного поведения (С. Суттон, Р. Роджерс, и др.), немедицинские подходы на основе классических теорий научения Бандуры и др., При этом психолого-педагогические основы профилактики аддикций опирались на исследования Дж.А. Солоизеса, Р. Нельсон-Джоунса, Г. Ботвина, И.А. Филипповой, Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, А.Г. Жилиева, и др. Системный подход к профилактике зависимого поведения разработан на основе фундаментальных работ по методологии системного знания И.В. Блауберга, Э.Г. Юдина, В.И. Аршинова, В.Г. Буданов Л. Берталанффи, И. Пригожина, системного гуманитарного знания А. Гуссерля, Ю.М. Лотмана, М. Питирима и др. В работе над новым теоретическим знанием об устойчивости в психологии рассмотрены системные подходы в психиатрии В.Х. Кандинского, С.С. Корсакова, В.М. Бехтерева, П.Б. Ганушкина, П.П. Волкова, системные подходы в психологии Л.С. Выготского, Э. Эриксона, Л. Росс, Р. Нисбетт, Б.Ф. Ломова, и др. Проблема профилактики с позиции теории психологических механизмов (С. Маддди, А. Лазарус, С.В. Березин, и др.), проявления личностных особенностей (В.Д. Менделевич, К.С. Лисецкий, С.В. Березин, В.В. Аршинова и др.), формирования социального контроля (Е.А. Сергеенко, С.С. Гиль, Я.И. Гишинский и др.). Соискателем уточнена научная терминология профилактики аддикций в медицине (Ц.П. Короленко, А.Е. Личко и др.), психологии, социологии и культурной антропологии (П. Абрахам, Дж. Харис. и др). Таким образом, проблема немедицинской профилактики зависимого

поведения рассмотрена в диссертационной работе через конструктивные идеи, положения и рекомендации, представленные в материалах дискуссий и обсуждений, развернувшихся в научной литературе и периодической печати в последнее время.

Научная новизна:

1. Диссертация является первым российским исследованием в психологической науке, в котором разработаны теоретические и научно-практические положения в области нового научного направления – «превентологии аддикций» или «антиаддиктивная превентология».
2. Впервые введена в психологическую науку новая терминология: антиаддиктивное профилактическое пространство, антиаддиктивное профилактическое вмешательство, антиаддиктивные профилактические ресурсы, объекты профилактики аддикций и антиаддиктивные профилактические механизмы. антиаддиктивные профилактические компетенции, антиаддиктивный профилактический вектор воспитания, антинаркотическая установка, устойчивое развитие личности и др.
3. Проводимыми исследованиями впервые установлено, что феномен - «устойчивое развитие личности» - это метафункциональная (транс-психологическая) система человека, выстраивающая интеграцию, цикличность и возобновление психических процессов, начиная от психофизиологического и до экзистенциального уровня. Эта система создает возможности для совершенствования личности, через проживание собственного реагирования, с сохранением целостности внутреннего образа мира.
4. В исследованиях раскрыты понятия и предлагается методы определения факторов риска вовлечения в зависимое поведение подростков и взрослых компонентов устойчивого развития личности и антинаркотической установки, методы анализа волной статистики для моделирования антиаддиктивного профилактического пространства, методы

сформированности антиаддиктивных профилактических компетенций подростков старшего возраста и взрослых (педагогов, родителей), методы определения качества антиаддиктивной профилактики.

Автором проведены анализ и структуризация многочисленных источников с данными по профилактике зависимости в различных областях знаний: психологии, социологии, медицины, педагогики и др., из которых в диссертации было использовано 451 источник, в том числе 206 на иностранных языках. Разработаны и адаптированы, переложены в вебформат 11 методических и диагностических инструментариев.

В новое разработанное соискателем научное направление изначально был привнесён принцип системности, что позволило выстроить системный подход в области профилактики зависимости, разработать новые эффективные системные модели профилактики химической зависимости в образовательной среде, востребованные специалистами и руководителями сферы образования. Это направление послужило основанием для написания концептуальных положений, профилактических систем федерального, регионального и муниципального уровня. Анализ зарубежных публикаций, сопоставление материалов сайтов и реконструкции национальных и транснациональных систем профилактики аддикций позволил автору разработать оптимальную концепцию для г. Москвы, разработать мониторинг качества профилактической работы и обосновать стандартизацию антиаддиктивной профилактической деятельности.

Разработанное соискателем новое научное направление позволяет соответствовать международным требованиям к знаниям в области профилактики аддикций, объективно определять набор его профессиональных компетенций, разработать алгоритм и программу подготовки кадров специалистов-превентологов.

Теоретическая значимость результатов исследования состоит в следующем:

1. Впервые разработан подход, объединяющий в общую психологическую структуру факторы риска вовлечения подростков в зависимое поведение и возрастные антиаддиктивные профилактические компетенции учащихся старших классов, формирующиеся в период обучения в системе общего образования.
2. Впервые: обоснована теория эффективного антиаддиктивного профилактического вмешательства, выстроенного на стыке психологических наук и основах культурно-исторического, системного и компетентностного подходов. Впервые описаны феномен «устойчивости» в психологии роль его в антиаддиктивных профилактических компетенциях. Выявлено, что эффективность антиаддиктивного профилактического вмешательства соотносится с уровнями жизнедеятельности: стрессовой и психологической устойчивости, психологической безопасности (социальной устойчивости) и психологической культуры (культурологической устойчивости), которые можно описать единым феноменом - «устойчивое развитие личности».
3. Впервые разработана теория «устойчивого развития личности», которая описывает метафункциональную систему, механизмы возникновения и нарушения цикличности психических процессов. Кумулятивный механизм выступает основой в формировании антиаддиктивных профилактических компетенций, которые способствуют расширению периода здорового долголетия. Нарушения, возникающие при ее формировании ведут к девиантному поведению, повреждения уже сформированной метасистемы в дальнейшем становятся предикторами возникновения зависимого поведения.

Практическая значимость полученных результатов состоит в том, что:

1. Впервые разработана поликомпонентная модель эффективной системной профилактики химической зависимости среди обучающихся, направленная на устойчивое развитие личности и антинаркотической установки у

подростков, как основы для разработки профилактических программ для учащихся подростков 6-8 классов, студентов вузов и сузов. Рассматриваемый подход позволил соискателю разработать и внедрить положения, содержание деятельности профилактического ситуационного центра, профилактического поста и системы, отвечающей за качество профилактических услуг, направленных на предотвращение зависимого поведения в сфере образования.

2. Автором впервые разработаны методы веб-форматирования для широкомасштабных онлайн исследований антиаддиктивных профилактических компетенций у подростков в условиях общеобразовательных учреждений.
3. Автором впервые разработан алгоритм обработки массивов методом волновой статистики в психологических исследованиях.
4. Автором впервые разработан комплексный показатель токсичности по агенту зависимости и метод рейтингования образовательных учреждений по токсичности агента зависимости и антиаддиктивной защищенности.
5. На основе разработанного соискателем нового направления профессиональной подготовки по специальности «Превентология аддикций» соискателем предложены образовательные Программы для факультета переподготовки МГППУ, ИПП повышения квалификации психологов, социальных педагогов, педагогов-предметников (18, 24, 36, 72 акд.час), специализации (144, 180 акд.час), переподготовки (504 акд.час) и программ по выбору для студентов факультета педагогического образования и факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

Положения, выносимые на защиту. В ходе исследований в рамках рассматриваемой диссертационной работы были доказаны следующие положения, которые выносятся на защиту:

1. Переосмысление психологических подходов теорий возникновения зависимого поведения, теорий профилактики зависимого поведения,

консолидация знаний из других научных областей и выработка специальных подходов к изучению проблемы профилактики аддикции впервые позволила структурировать новый научно терминологический аппарат, разработать новую теорию и определить новое научное направление - превентология аддикций.

2. Факторы риска вовлечение подростков в зависимое поведение в образовательной среде определяют структуру и свойства их антиаддиктивных профилактических компетенций.
3. Модели антиаддиктивного профилактического вмешательства нацеленные, в первую очередь, на компоненты «устойчивого развития личности» у подростков, демонстрируют эффективность и становления у них других антиаддиктивных профилактических компетенций, через выстраивание взаимной поддержки: психолог-учитель-ученик-родитель, психолог-ученик-ученик-родитель, психолог-ученик-ученик-учитель.
4. Высокую эффективность в сфере образования демонстрируют научно-практические профилактические программы, направленные одновременно на снижение факторов риска вовлечение подростков в зависимое поведение и формирование у них возрастных, комплексных антиаддиктивных профилактических компетенций.
5. Семья является основной средой становления антиаддиктивных профилактических компетенций, развивающихся через достижения семейной сплоченности, снижения психологического напряжения, совместное преодоление возрастных и семейных кризисов.
6. Антиаддиктивная профилактическая деятельность образовательных учреждений является значимым сегментом, встроенным в основание определяющее качество образования этих учреждений.

Достоверность, надежность полученных результатов и обоснованность выводов. Достоверность обеспечивалась выбранным фундаментальными и прикладными научно-методологическими подходами и

принципами научного анализа, апробированным и стандартизированным диагностическим инструментарием. Надежность достигалась путем использования объективных методов эмпирического исследования, комплексными методами и выверенными средствами контроля результатов надежности и валидности, формированием репрезентативной выборки испытуемых, программами исследований, проведением многоплановой статистической обработки результатов, объективным обсуждением интерпретаций и логически выстроенными выводами.

Публикации по результатам проведенных исследований опубликовано 122 работ, в том числе научных статей в рекомендованных ВАК периодических изданиях - 17, монографий и глав в монографиях – 12, статей в других изданиях - 26, в сборниках трудов - 24, тезисов докладов и выступлений - 13, учебно-методических рекомендациях и программах - 30; среди публикации в зарубежных изданиях издано – 3 работы. Наиболее значимыми являются публикации в признанных ВАК изданиях, научных монографиях и программах.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, шести глав, объемом 343 стр. списка литературы 446 источников, из них 239 на английском языке, выводах, заключении, приложения с результатами статистической обработки исследования, планы образовательных профилактических программ. Работа содержит 42-таблицы, 37 рисунков (18-диаграмм, 12-графиков, 7- схем).

Глава 1. Культурно-исторические аспекты проблемы зависимого поведения у детей и подростков

Современная профилактика в области аддикций (addicted англ. — зависеть от чего-либо) невозможна без глубоких знаний о зависимом поведении как о явлении, представленном научными направлениями, начиная от психофизиологического и доходящего до культурно-исторического уровня. В этой обширной научной области решающими являются психологические исследования причин возникновения факторов зависимостей, против которых необходимо формировать особые личностные конструкты – антиаддиктивные профилактические компетенции, и постоянно разрабатывать новые методы противостояния аддикциям. Исследования профилактики зависимостей всегда идут параллельно изучению собственно аддикции, что особенно важно при выработке мер вторичной и третичной профилактики.

1.1. Зависимое поведение — глобальный фактор вреда здоровью человека

Наибольшим фактором риска жизни и здоровью по всему миру среди неинфекционных заболеваний относят психические расстройства, более 70%, которых составляют расстройства, связанные с употреблением алкоголя, наркотиков, табака. Социальные эпидемиологические исследования показали, что распространенность психических расстройств у взрослых в разных странах составляет от 12,2 - 48,6%, за год, а распространенности инфекционных заболеваний за тот же период 8,4- - 9,1%, среди общей распространенности всех видов заболеваний [Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020 mhGAP, 2013]. Многоуровневая проблема зависимого поведения изучается современной наукой с учетом культурного, национального, институционального, средового и личностного фактора [EMCDDA. NIDA]. Проблемы, связанные только с лечением психических расстройств составляет около 30% от глобального бремени расходов на социальные нужды, тогда как инфекционные заболевания

несут 14,9% глобальных расходов на социальное бремя. Такое положение дел требует незамедлительных мер по выработке общей терминологию в области зависимого поведения, проведения разносторонних сравнительных исследований, анализа многих научных подходов.

В современном знании о зависимом поведении наиболее представительный теоретический и практический блок научных знаний разработан с применением психологического подхода. В нем представлены разнообразные психологические теории и модели, в первую очередь теории развития и научения, объясняющие причины возникновения и характер изменений при аддиктивном поведении. К значимым направлениям в исследованиях зависимости необходимо отнести и культурно-исторический подход, включающий в себя комплексные (междисциплинарные) и психолого-медицинские (психотерапевтические) знания.

1.1.1. Показатели распространенности аддикций

Современные тенденции развития зависимого, или аддиктивного поведения, отражают прогнозы ООН прошлого столетия (1996) о том, что в XXI веке основная проблема человеческих страданий в большинстве случаев будет сконцентрирована в этой области, а общество встанет перед решением вопросов по его преодолению [Сборник полезных методических и информационных материалов, 2002]. Относительная бедность, низкий уровень образования и социальное неравенство, напрямую влияют на повышение риска развития психических расстройств и проблем психического здоровья, в первую очередь, связанных с употреблением психоактивных веществ [mhGAP, 2013, Флорова, Аршинова, 2009]. Особенно это характерно для показателей развивающихся стран. Среди населения России, тенденции распространения аддиктивного поведения продолжают усиливаться. Анализ первых девяти топ-факторов, представленных в Женеве, в докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Глобальные факторы риска для здоровья»,

представлен в таблице 1 [Global Burden of Diseases..., 2013].

Таблица 1

Глобальные факторы риска для здоровья Global Burden of Diseases (GBD), 2009-2013

Ранг	Факторы риска	%%
1	Инфекции	7,8
2	Табакокурение	5,3
3	Промышленное загрязнение воздуха	5,1
4	Высокий холестерин	4,8
5	Ожирение	3,3
6	Алкоголь	3,2
7	Загрязнение воды и продуктов питания	2,9
8	ДТП	2,3
9	Наркотики	0,24
10	ГМО содержащие продукты питания	0,19

По мнению специалистов, в структуре преждевременной смерти, самую большую опасность для каждого человека представляет, прежде всего, зависимое поведение, провоцируемое химической зависимостью, начиная с курения табака, затем наркомании и алкоголизма. В общей картине факторов риска, влияющих на ухудшение здоровья, курение табака занимает второе место (5,3%) после инфекционных заболеваний. Далее, на четвертом и пятом месте стоят факторы, связанные с пищевой зависимостью, обуславливающие высокое содержание холестерина в крови (4,8%) и ожирение (3,3%). На шестом месте находится алкоголизм (3,2%). Потребление наркотических средств (0,24%) находится на девятом месте. Его вред на порядок ниже в сравнении с табачной зависимостью. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) было особо отмечено, что если специалисты найдут решение, позволяющее снизить величину первых пяти факторов риска, то продолжительность жизни человека на Земле возрастет почти на пять лет. Поэтому упомянутые пять факторов введены в ранг особо опасных угроз для

жизни и здоровья людей (табл. 1). Среди них инфекции, табакокурение, промышленное загрязнение воздуха, высокий холестерин и ожирение. Первые места среди глобальных факторов, безобидно называемых в нашей стране «вредными привычками», в профессиональной терминологии фактически являются опаснейшими зависимостями (аддикциями). В их перечень входят: курение табака, алкоголизм, наркомания и ожирение. Во многих странах мира и в России – это факторы вреда национальной безопасности, а меры, направленные на их предотвращение, входят в государственные концепции национальной безопасности. Среди них - экономически развитые страны такие как: США, Канада, Австралия, Япония, Германия, Англия, Франция. Бразилия, а также страны СНГ — Белоруссия и Казахстан. Россия при этом, все свои силы тратит на борьбу, в основном, с наркоманией, забыв, кажущуюся не страшной, зависимость от табака. Между тем ВОЗ табачную зависимость приравнивает к героиновой. Следует особо отметить, что зависимость от табака является также грозным пусковым механизмом в современной молодежной среде, не только для алкоголизма, но и для наркомании в целом.

Проведенный нами сравнительный анализ статистических данных индивидуального финансирования и показателей численности лиц, страдающих табакокурением и алкоголизма подтверждает тесную связь между недостаточным финансированием здравоохранения и избыточностью лиц с химической аддикцией. Несмотря на то, что лиц с алкоголизмом в России в среднем в 2–3 раза больше, чем в развитых странах мира, финансирование отечественного здравоохранения оказалось в десятки раз меньшим, чем в тех же странах [Сирота, 2010]. Сегодня решение проблемы профилактики и реабилитации зависимости становится первоочередным в рамках выполнения международных, федеральных и региональных законодательных актов. Первоочередность продиктована тем, что Россия является зоной высокого социального и психологического напряжения, в которой зависимое поведение может активировать развитие глубоко негативных проблем.

1.1.2. Факторы риска формирования химической зависимости

При изучении причин возникновения химической зависимости, в первую очередь, в общеобразовательной школе, необходимо использовать теоретико-практические модели, позволяющие выстраивать весь комплекс научных исследований и практических мероприятий: от понимания терминологии и диагностики причин - до лечения и последующей реабилитации больных, страдающих от аддикций [Anthony Elizabeth et all, 2009; Asakawa et all, 2009; Bernburg, 2009, Зыков с соавтр. 2012, Аршинова, 2013]. При использовании теоретических основ возникновения и протекания зависимости, разрабатываются образовательные программы, направленные на снижение факторов вовлечения в зависимое поведение. Анализ научной литературы показал, что существуют различные моно- и комплексные научные подходы в изучении причины возникновения зависимого поведения в образовательной, профессиональной среде и в семье [Hansson 2008; LaBrie Joseph, 2009; WHO, 2013;. Услуги по охране психического здоровья ... Доклад ВОЗ. 2013, Аршинова 2012 и др.]. При этом психологический подход является ведущим в изучении зависимого поведения. Он наряду с медицинским, социально-экономическим и биологическим подходом применяется учеными разных стран для исследования факторов вовлечения в зависимое поведение [DeJong, et all 1998; Brand et all 2009; Jaffee et all 2009; Шпеня, 2011 и др.]. Культурно-исторический подход, включающий в себя комплексные направления изучения причин аддикций, стоит на стыке между психическими, культурологическими, социальными и биологическими знаниями [Report on the Global Tobacco Epidemic];. Это можно продемонстрировать на примере теорий Clark, Stanton Mc.Ardle, Coleman, Lewi и других, объясняющих криминогенные и культурологические взгляды на причины и особенности протекания аддикций у детей и взрослых при совершении преступления. под влиянием наркотической зависимости. Комплексный характер причин позволяет не только изыскать

причинно-следственные связи, но и повлиять на судьбы этих людей и разработать социокультурные меры противодействия комплексным аддиктивным факторам [Langhinrichsen-Rohling, 2009; White et al., 2010, Мейлахс, 2013 П. Зыков, 2012; Ульянкина, 1997, Аршинова, 2012 и др.].

Исследование состояний перманентного стресса показало, что он является дополнительным деструктивным психологическим фактором для постоянно возрастающего числа аддиктов [Effective Strategies .. 2008; Umberson, 2008; Койман, 2012; Гринберг, 2002; Аракелов с соав., 2008; Маликова с соавт., 2004 и др.]. Доказано, что лица, не способные справиться со шквалом надвигающихся проблем, закрываются от дискомфортной им реальности, вместо того, чтобы попытаться что-либо в ней изменить. Они фиксируют свое внимание на положительных эмоциях, вызывающих приятные ощущения и не требующие активного приложения душевных усилий характерных для отрицательных эмоций. Такой тип реагирования определяется термином – «пусковой механизм формирования аддиктивного поведения». Особенно часто жертвой развивающейся зависимости становятся лица с узким пространством психологического комфорта [De Genna 2009; Zuckerman, 2011; Собчак, 2009; Эллис, Аандж, 1997 и др.]. Они прибегают к различным химическим веществам, которые гарантируют «быструю защиту» от суровой действительности. Ученые отмечают, что эти люди в короткое время обретают «химические костыли» в виде никотина, алкоголя, кофеина, наркотиков и прочих веществ, меняющих физическое и психическое состояние. У них очень быстро закрепляется способ простого решения проблем в виде так называемых предиктов аддиктивного поведения, которые, в свою очередь, начинают управлять жизнью человека, делая его безвольным.

Формированию и становлению аддиктивных механизмов способствуют некоторые типы воспитания, а также особый стиль поведения и специфическая манера общения в аддиктивных семьях (женщины ненавидят пьянство, а мужья – алкоголики, и т.п.). Длительными исследованиями Stanton (1976), Мюррей

(2004), и VanDeMark с соавторами (2004) и другие установили, что наряду конкретной зависимостью, у аддикта развивается еще одна ее форма, связанная со взаимоотношениями. Это, так называемая, «коммуникативная» зависимость. Особенно остро она проявляется в семьях, где один из ее членов страдает какой-либо формой зависимости, чаще химической, а остальные члены семьи начинают подстраиваться под зависимый тип поведения и сами становятся ее жертвой. Профессор В.Д. Москаленко (2010) считает, что к коммуникативной форме можно отнести также любовную и сексуальную зависимость. Люди, страдающие коммуникативной зависимостью, определяются как «созависимые». Нередко созависимые люди имеют свои аддикции или, так называемые, социальные аддикции. воспринимаемые обществом как достоинства и социально одобряемое поведение. М. Битти и R.V. Jonson пришли к выводу, что созависимые в семье аддикты нередко становятся работоголиками [Битти, 1997; Jonson, Rouz, Tailor et al., 2005]. Поэтому нередко говорят: «родители — уважаемые люди, занимают в обществе высокое положение, а их ребенок — наркоман». На самом деле один или оба родителя — социальные аддикты или созависимые в собственной семье, уже включенные в аддиктивные механизмы.

Таким образом, можно констатировать, что факторы риска возникновения зависимого поведения преимущественно лежат в области психологических феноменов, независимо от вида аддикции (химическая, нехимическая, промежуточная). Знание причин возникновения зависимости становится впоследствии основой для выстраивания профилактической работы и прежде всего с лицами высокого риска возникновения аддикции.

1.2. Механизмы и условия формирования аддикций у детей и подростков школьного возраста

Наши исследования показали, что проблема формирования аддиктивного поведения среди детей и молодежи особенно остро стоит в сфере образования.

В России взаимодействие человека со сферой образования начинается с первых лет жизни и продолжается минимум до 17 лет. Имеется в виду период обучения в средней общеобразовательной школе и средних профессиональных образовательных учреждениях. С учетом получения высшего профессионального образования, этот период может продолжаться до 23–27 лет. Поэтому сегодня ни одна социальная сфера России не принимает на себя столь мощного провоцирующего удара со стороны сил, вовлекающих детей и молодежь в зависимое поведение, как сфера образования. Складывается парадоксальная ситуация, в которой формируемая аддикция проецируется на образовательный процесс. Многие виды зависимостей начинают формироваться в детско-подростковом и юношеском возрасте; по достижении 25–30 лет зависимость развивается редко. Соответственно, если считать, что к 33–35 годам основная часть населения уже имеет все проявления аддикции, то в период обучения и получения профессиональной подготовки это явление охватывает от 80 до 90% страдающих зависимостью в студенческой среде.

В отечественных высших учебных заведениях, по данным исследований автора, ежегодно вовлекается только в табачную зависимость более двух миллионов человек (Аршинова, 2011). Между тем известно, что предупреждать любые виды зависимости намного экономичнее и проще, чем лечить и проводить реабилитацию. Это подтверждается и главными факторами риска вреда здоровью и преждевременной смерти, требующие незамедлительного профилактического вмешательства. По данным Министерства социальной защиты населения и здравоохранения РФ к ним относят, в первую очередь, курение табака и чрезмерное потребление алкоголя, наравне с высоким артериальным давлением, высоким уровнем холестерина. Перечисленные факторы составляют основной вклад в общую структуру смертности населения в нашей стране, достигающую ежегодно 87,5%.

На современном этапе развития общества формирование различных заболеваний, связанных с аддиктивным поведением, которое наиболее часто

становится основной причиной развития поведенческих расстройств. Особенно остро проявляется это у детей, подростков и юношей. В современных медицинских и психологических науках термин «аддиктивное поведение» означает разновидность девиантного поведения. По совокупному определению ряда авторов [Сирота, 2010; Менделевич, 2001; Койман, 2011, Клочковой 2009 и др.], аддиктивное поведение связано с формированием у индивида стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения собственного психического состояния. Мы предполагаем, что такой уход достигается посредством: 1) приема определенных веществ; 2) постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций, обусловленных дефицитом информации; 3) чрезмерного развития одной из базовых потребностей. Вначале аддиктивное поведение проявляется, как адаптация, переходящая впоследствии в дезадаптивные, и далее - в деструктивные формы поведения. При этом, чем меньше возраст ребенка, в котором состоялся дебют и последующее эпизодическое потребление химических агентов зависимости, тем более быстротечно проходят периоды становления аддиктивного поведения. По данным ВОЗ, наносимый социуму вред от индивидов, находящихся в состоянии аддикции, можно выстроить в ряд серьезных проблем, возникающих от различных форм зависимого поведения [Global Burden of Diseases..., 2009]. По объему вреда первое место занимают лица, злоупотребляющие психологически активными веществами, вызывающими изменение психической деятельности. Среди них курение табака, алкоголизм, наркомания и др. Данные доклада министра социальной защиты и здравоохранения России за 2009 г. и результаты исследований Национального научного центра наркологии Росздрава (ННЦ наркологии) позволяют оценить интенсивность влияния факторов зависимого поведения в детском и молодежном возрасте [ESPAD, 2007]. О динамике вовлечения детей и молодежи России в поведенческую зависимость в 2013-2009 г. можно судить о том, что интенсивность вовлечения в зависимость от

курения табака у детей, подростков и молодежи находится на первом месте, что согласуется с данными ВОЗ. На втором месте зависимость по алкоголизму, на третьем — по наркомании. При этом интенсивность интернет-зависимости практически не определяется.

Наш анализ закономерностей агрессивности факторов риска здоровью зависимого поведения в России показал их сопряженность с мировыми тенденциями. Из этого следует, что обнаруженная нами не известная ранее психологическая закономерность действия деструктивной среды, связанной в жизни нашего общества с зависимым поведением, несет потенциальную агрессию, такую же, как и в развитых странах мира. При этом самым распространенным злом в мире сегодня выступает курение табака. Это подтверждается данными опросов: распространение курения среди российских мужчин больше 60%, среди женщин — свыше 30%, что вдвое превышает аналогичные показатели в странах ЕС и США. Общая численность зависимых от курения в нашей стране — самая высокая в мире (более 52% населения). Это почти в 2 раза выше, чем в странах ЕС, и в 7 раз выше, чем в США. По данным Министерства социальной защиты населения и здравоохранения потребление сигарет в России с 1985 по 2006 г. увеличилось на 87%, в основном, за счет увеличения численности курящих женщин и подростков. В настоящее время численность курящих в нашей стране составляет более 40 млн. человек, в том числе 63% мужчин, 31% женщин, 42% юношей и 7% девушек. Причем количество курящих мужчин в России самое высокое в мире. Ежегодный прирост курящих составляет 1,5–2%, в основном за счет женщин и подростков. При этом темпы роста появления курящих лиц в нашей стране - одни из самых высоких в мире.

Столь высокая степень развития агрессивного воздействия факторов риска в России обусловлена в первую очередь слабой защищенностью от них детей и населения в целом. В результате за последние три года количество сигарет, выкуриваемых в нашей стране, увеличивалось на 2–5% в год, и это

несмотря на то, что курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и провоцирует многие онкологические болезни (Сердюков, 2003; Сперанская, 2011; Аршинова, 2012 и др.). Плохой пример противодействия курению подают наши врачи. Число курящих врачей не уменьшается, а по некоторым специальностям (хирурги, стоматологи) оно становится все больше. В то же время курящий врач в странах Запада – редкость. По данным Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD) аналогичные результаты развития пагубных привычек, хотя и в меньших масштабах, наблюдаются в молодежной среде всех европейских стран [ESPAD, 2007]. Данные о прогнозах на 2010-2011 г., предотвращения потребления психологически активных веществ детьми, подростками и молодежью, представленные Министерством социальной защиты населения и здравоохранения РФ, позволили оценить динамику профилактического пространства у детей по возрастам [Заключение Счетной палаты РФ..., 2008]. Имеющиеся показатели вовлечения населения различных групп в зависимое поведение впервые были представлены автором в форме так называемого профилактического пространства (см. вторую главу). При первичной профилактике зависимого поведения крайне необходимые для каждого жителя нашего государства максимальные границы охвата профилактического пространства составляют 100% населения по каждому возрастному периоду. Так, в возрастных группах 10-летних подростков профилактическое пространство наиболее широкое. Однако и оно сужено началом проявления табачной зависимости у той части мальчиков и девочек, для которой стали необходимой реабилитация, так как профилактические мероприятия им уже не помогут. В среде 15-летних подростков профилактическое пространство оказалось суженным еще больше и составило по разным видам зависимостей от 4-х до 15%. В среде 25- и 35летних индивидов профилактическое пространство начинает сужаться в связи с ростом лиц, страдающих курением табака, алкоголизмом, наркоманией и игроманией.

В результате профилактическое пространство в этом возрасте сужается по алкоголизму в 4 раза и наркомании — в 16 раз. В данном случае наблюдается коллапс профилактического пространства у детей РФ, т.е. неуправляемости его сужения, начиная с 15 летнего возраста.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что для нашей страны наиболее актуальны исследования механизмов вовлечения в химическую аддикцию (курение табака, алкоголизм, наркомания) подростков. Сегодня эти механизмы лежат в социальном окружении учащегося – табакокурение, алкоголизм и наркомания родителей, учителей, врачей. Тогда, причины возникновения зависимого поведения, наряду с механизмами (способами) вовлечения в аддикцию, становятся проводящими путями, появившихся преадидиктивных проблем у подростков. Это накладывает особый отпечаток на разработку методов противодействия химической зависимости подросткового возраста. При этом наиболее слабым звеном становления системы профилактики аддиктивного поведения в нашей стране является отсутствие научной антиаддиктивной платформы знаний, что снижает уровень подготовки кадров, встроенных в систему общего образования и высшую школу, и не дает развитию эффективных профилактических программ.

1.3. Современный взгляд на психологию зависимости

Современные представления о зависимости начали закладываться в прошлом веке, когда в 1951 г. ВОЗ признала алкоголизм серьезной медицинской проблемой, а АМА в 1956 г. объявила алкоголизм излечимой болезнью и уже в 1960 году Е.Jellinek была разработана первая комплексная теория заболевания алкоголизмом [Е.М. Jellinek, 1960].

В 1965 г. Американская психиатрическая ассоциация одобрила использование разработок Е.М. Jellinek, в качестве терминологической основы при характеристике заболевания алкоголизмом. Затем эту концепцию признала

также Американская медицинская ассоциация. Из всех видов зависимости рассматриваемая концепция болезни первоначально была применена к алкоголизму и лишь после обобщения данных, ее стали применять к наркомании в целом.

В последние пятьдесят лет понятие «наркомания-болезнь» общепризнана и рассматривается в качестве основного заболевания, т. е. существующего само по себе и не являющегося вторичным по отношению к некоторым другим условиям и видам зависимостей [Казаков, Колесов, 1990]. В Соединенных Штатах признаки физической зависимости, злоупотребления и выхода из наркотического опьянения, вызванного влиянием наркотических веществ, изложены в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (51. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to Icd-10, Dsm-III-r, And Dsm-IV - 1999). В этом руководстве термин «зависимость», не используется вообще. Вместо этого предлагается термин «пристрастие». Также, например, как в словосочетании «вещество, вызывающее пристрастие (или психологически активное вещество)». Такое вещество определяется при злоупотреблении алкоголем или другими психоактивными веществами, «вызывающим проблемы, связанные с их использованием» [Lende, Smith, 2002].. В таком случае может быть поставлен диагноз проявления зависимости от психологически активных веществ. Если прием вещества случайно остановлен или отмечен повторно, то это рассматривается как толерантность к действию наркотиков и снятию, снижению или остановке симптомов. Это состояние можно трактовать как злоупотребление психологически активными веществами. В таком случае рекомендовано использовать термин «болезни от веществ, вызывающих пристрастие» [Lende, Smith, 2002]. Ученые все чаще высказывают мнение о том, что многочисленные формы зависимого поведения относятся к психологическим феноменам, в которых доминирует стремление к уходу от реальности. Эти феномены имеют свои закономерности формирования и

развития. Например, концепция аддиктивного поведения, разрабатываемая Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой (2009), позволяет изучать основные факторы и закономерности химической зависимости. Авторы-психологи считают, что существует два альтернативных подхода к вопросу формирования аддиктивного поведения в онтогенезе личности.

Современная терминология в этой области стала сложным явлением. Фармакологи продолжают трактовать зависимое поведение с точки зрения физиологической зависимости, психиатры относят зависимость к болезненным состояниям, большинство врачей, психологов и педагогов считают, что наркомания и другие виды зависимого поведения — это психологическая зависимость. Для более полного раскрытия термина «профилактика аддикций» необходимо предварительно четко представить «зависимость» с позиции «болезни», «отклонения», «неблагополучия», «недостойного качества жизни» либо «фактора риска здоровью». Эти позиции зависимости выступают как явление, на которое направлены профилактические меры воздействия.

В Большом толковом словаре современного русского языка Д.Н. Ушакова (2008) «зависимость» как термин имеет различные трактовки: состояние и положение зависимого человека, подчинение чьей-либо воле, обусловленность чьего-либо поведения волей кого-нибудь. Слово «зависимость» используется как синоним термина «наркомания» и означает пристрастие индивида к ряду объектов и явлений, среди которых еда, шоколад, книги, Интернет, трудовая деятельность [Психологический словарь / Под общей ред. Петровского А.В. - 1990].

В повседневной жизни активно используется также понятие «вредные привычки», трактуемое как распространенные действия, навязчиво повторяющиеся у людей, несмотря на то, что они не полезны или даже опасны. Привычка — это характерная форма поведения человека, которая в определенных условиях приобретает характер потребности [Encyclopedia Britannica, 2008]. Если же она оказывает негативное воздействие на организм

человека, на его здоровье, разрушает его жизнь — это вредная привычка. В современной научной литературе встречается понятие «вредная привычка» по отношению к начальной стадии зависимости (скрытый, латентный период) или по отношению к детям 12–15 лет и взрослым, имеющим отдельные симптомы зависимого поведения, так называемую неклиническую стадию заболеваний.

Использование понятия «вредные привычки» вносит определенные противоречия в терминологию. Так, например, считается, что многие вредные привычки имеют характер зависимости, т. е. «человек осознает наносимый ими вред, однако не может от них избавиться из-за желания получить кратковременное удовольствие, либо облегчение». Зависимость в настоящее время узко определена как неконтролируемое, компульсивное использование психологически активных веществ. При этом считается, что если нет вреда или ущерба, нанесенного одного человека другому, то его клиническое состояние можно не считать зависимостью, и отнести его к навязчивым состояниям. На практике упомянутые два вида зависимости трудно отличить. Зависимость, в особенности химическая, часто имеет как физические, так и психологические компоненты. Существуют также менее известные ситуации, которые называют псевдозависимостями [Lende, Smith, 2002]. Этот термин применяется в том случае, когда пациент предъявляет жалобы, напоминающие психологическую зависимость от наркотиков, но, как правило, за ними скрываются либо болевой синдром и желание его снять, либо другие симптомы, которые были первичными в отношении зависимости от наркотиков. В отличие от истинной психологической зависимости такое поведение, как правило, прекращается. Терминология в области зависимого поведения осложняется постоянным поиском причин, вызывающих формирование зависимого поведения. Упомянутые причины изыскиваются специалистами различного профиля, а они, так или иначе, вносят дополнительный терминологический ряд, соотносящийся с зависимым поведением. В этот понятийный ряд входит также терминология, рассматривающая способы помощи зависимым людям, и т.д.

1.3.1. Психологический подход в исследовании причин возникновения химической зависимости

Анализ отечественных и зарубежных публикаций, свидетельствует о том, что стремительный рост численности молодых индивидов с аддиктивным поведением и высокая социальная значимость проблемы возводят актуальность ее изучения в одну из центральных задач современной психологии.

Спектр психологических агентов, вызывающих аддикции, весьма широк. Помимо более известных, их перечень, в настоящее время, пополнился игровой, компьютерной, спортивной, сексуальной и трудовой зависимостями. Например, аддиктивные азартные игроки испытывают наибольшее удовольствие, проводя время в казино, сексуальные аддикты ищут мимолетных встреч, компьютерные аддикты с трудом отрываются от экранов мониторов.

Изучая причины возникновения зависимого поведения посредством немедицинских наук, исследователи обращают внимание на психологические, социальные, экономические и другие особенности. При этом рассматривается не только развитие самого заболевания, но и факторы, вызывающие аддикции. Так, по мнению В.Д. Москаленко, ряд ученых В.Я. Семке, А.И. Мандель, А.П. Усков рассматривают причиной развития аддикций соответствующее реагирование людей на нарастающие темпы прогресса, политической и экономической нестабильности, а также на девальвации общечеловеческих ценностей [Москаленко, 2010]. В результате человеку все труднее адаптироваться в изменяющемся мире, не отставая, при этом, от темпов развития социума.

Многочисленные отечественные работы, посвященные психологии аддиктивного поведения, рассматривают эту проблему преимущественно с биомедицинских позиций. Это вызвано тем, что после прекращения потребления алкоголя и наркотика на человека продолжают действовать глубинные психологические механизмы, или, так называемые механизмы аддикции. Преодоление зависимости — это долгое и трудное дело, требующее

постоянного сопровождения пациентов, страдающих этим недугом. Например, пережив алкогольную абстиненцию или наркотическую ломку, можно самостоятельно прекратить потребление психологически активных веществ либо пройти, так называемое, кодирование. Однако, без необходимой психологической поддержки и работы над собой, некоторое время спустя, наступает срыв. При этом, не только срывы поджидают тех, кто решил преодолеть зависимость самостоятельно. На этом пути немало подводных камней и остаточных явлений. Причины, связанные с началом и рецидивами зависимого поведения, зачастую являются продолжением взаимоотношений и реагирования социального окружения аддикта. Такой взгляд положил начало психодинамическому направлению в изучении аддикции, стремящемуся объяснить взаимосвязь между социальными и психологическими переменными в проявлении адаптивного и дезадаптивного поведения как причины дальнейшего формирования зависимого поведения. Другие психологические подходы отличаются более выраженной тенденцией, объяснения зависимости как следствия эмоциональной болезни, возникающей по причине социальных явлений, связанных с бедностью, полом и расой аддикта. Однако ни экономический детерминизм, ни сексизм, ни расизм не могут объяснить большие различия в способности людей решать проблемы класса, пола и расы, не прибегая к употреблению психотропных веществ или другим способам ухода от реальности. Современные тенденции распространения аддиктивного поведения свидетельствуют о том, что формирование аддикции имеет преимущественно психологические причины — реальное воздействие касты или социального класса аддикта, характер адаптации среди богатых и бедных, и другое.

О результатах исследований семей в Пуэрто-Рико сообщал Оскар Льюис. Он изучал особенности зависимого поведения у представителей классов власти и нищеты [Lewis, 1966]. Полученные им результаты показали, что в семьях латиноамериканцев и негров, а также в бедных и богатых белых семьях, отказ

от наркомании и вовлечения в нее были разными. Поэтому решение проблем зависимости оказалось связанным с индивидуальными различиями и культурой каждой из них. Значимость социальных факторов в наркотизации подростков разного пола, при их общении, в период формирования сексуальной составляющей, показали [Kandel, 1973; Jessor, Jessor, 1975], что наличие таких «друзей», на фоне возрастного нарастания сексуальной составляющей и коллективное употребление наркотиков — это лишь элементы общей адаптации аддикта. Полное выявление причин возникновения аддикции, требует изучения других психологических детерминант. Для психологического обследования аддиктов использовали, усовершенствованный соискателем, прием сессии неструктурированных интервью, осуществляемых на основе свободных ассоциаций, ассоциативных связей, передачи реакции, бездействия, мечты и фантазий [Hendlin, 1964; Rado, 1926]. Это позволило создать уникальный чувствительный метод исследования индивидуальной и семейной динамики формирования зависимостей. В более ранних исследованиях Rado еще в 1926 г. [Rado, 1926] показал, что при изучении наркомании ученые игнорируют социальные и даже семейные факторы и фактически рассматривают аддикта в психологическом вакууме. Еще в 1945 г. О. Fenichel сообщал, что 195 видах наркотиков вызывают одну и ту же болезнь, характеризующуюся как импульс-беспорядок. При этом архаичная нужда выражалась лишь в потребности орального удовлетворения [Fenichel, 1945]. К сожалению, отечественная наркология учитывает всего несколько десятков видов наркотиков. Недостаточный уровень исследований в этой области, снижает качество оказания медицинских услуг аддиктам с зависимым поведением.

В 60-е годы XX века рядом исследователями E.Guarner (1966), T.Allen & L.West, (1968), H.Wieder & E.Kaplan, (1969) и другими были найдены адаптационные механизмы защиты человека от наркотиков. Исследованиями было установлено, что героин, марихуана, ЛСД и амфетамины приводят людей

к различным видам зависимости. Вызываемые разными препаратами психические и фармакологические эффекты, были описаны в 70-х годах прошлого столетия Н. Hendin (1974), Н. Milkman, & W. Frosh (1973) и другими западными учеными. Наркомании, возникающие от приема смешанных наркотиков, имеют свои особенности протекания и возникновения. Поэтому исследователи, рассматривая проявления каждого вида препарата, часто ограничивались лишь определением регрессивных состояний пациентов. Нередко они находили параллели между регрессивным состоянием и конкретными фазами развития ребенка [Milkman, Frosh 1973]. Н. Hendin (2005) считал, что употребление наркотиков — это часть личности аддикта, поэтому терапию следует направлять на восстановление здоровой социальной среды, борьбу с потребностями и конфликтами в отношении других людей. Поскольку перечисленные переменные меняются в зависимости от возраста и уровня жизни аддикта, необходимые психотерапевтические приемы следует применять направленно, с учетом различных точек жизненного цикла аддикта. Можно предположить, что А. Фрейд в 1965 г. предложила первую психологическую (психотерапевтическую) теорию возникновения и протекания зависимого поведения [Фрейд, 1999]. Используя метод психологического анализа, она изучила защитные механизмы развития личности в алкогольной семье и описала особенности прохождения оральной, анальной, фаллической, латентной и генитальной стадии их становления. После этого она предположила, что в основе формирования зависимости лежат внутренние психологические дефекты, формирующиеся посредством внутренних личностных конфликтов, развивающихся при психосексуальном созревании ребенка, приобретенном им на оральной и/или анальной стадии развития. В дальнейшем, под действием наркотического вещества, психическое развитие человека регрессирует до более раннего периода развития, когда конфликтов не было, уходя, таким образом, от решения насущных проблем.

Психологические теории развития и научения, объясняющие аддиктивное

поведение, внесли свой вклад в развитие науки о причинах возникновения химической зависимости. В конце второй половины XX в. появляются многочисленные психологические теории, описанные в «Руководстве для подготовки специалистов в области аддикции — Теории наркомании» (Theories on drug abuse), изданном в 1980 г. [Theories on drug abuse... 1980]. Эта книга не раз переиздавалась Управлением алкогольной, наркотической зависимости и психических расстройств Министерства здравоохранения США, службой общественного здравоохранения Департамента здравоохранения и социальных услуг штата Мэриленд. Над руководством работали видные ученые того времени, такие как Avraam Goldstein, профессор Фонда исследований зависимого поведения Калифорнии; Jerome Jaffe, профессор Колледжа врачей и хирургов Колумбийского университета в Нью-Йорке и другие. При анализе базовых и современных теорий зависимого поведения, соискателем выявлено ряд особенностей и закономерностей их построения. Из названий теорий в области аддикции не всегда можно сразу понять, к каким видам зависимости они относятся. Например, теория S.Coleman «Неполный траур и аддикт» («Трансакция семьи: теория для понимания злоупотребления героином») [Coleman, 1976]; Н. Hill «Социальные аддикты и начальные склонности к алкоголизму и наркомании» [Hill, Haertzen, Glaser, 1960]. Теории в области зависимого поведения состоят из определенных последовательных частей. Первая часть содержит такие компоненты, как: первый компонент — причина возникновения наркомании, объясняет почему люди начинают употреблять наркотики; второй компонент — дебют (инициация) и продолжение употребления, позволяет понять, почему люди поддерживают употребление наркотиков; третий компонент — стаж и особенности злоупотребления, объясняющий, как и почему возникает злоупотребление наркотиками; четвертый компонент — прекращение — раскрывает причины прекращения приема наркотиков; пятый компонент — рецидив (повторный прием наркотиков после временной остановки) — объясняет, как и почему происходит

возобновление приема наркотиков.

Во второй части теории на каждый компонент предлагаются рекомендации по стратегии реагирования на том или ином уровне, которые не всегда научно обоснованы и эмпирически подтверждены. Теории в области зависимого поведения являются основой для разработки вторичной и третичной профилактики. Теории в области профилактики зависимого поведения, строятся несколько иначе. Чаще всего их строят таким образом, что причины возникновения зависимого поведения представлены в них в виде осложнений или как окончание превентивной теории. Это особенно четко прослеживается в ранних теориях профилактики наркомании. Название и содержание профилактических теорий нередко носит, как бы, отвлеченный от зависимого поведения, характер. Например, «Теория жизнестойкости» Сальваторе Мадди [Maddy S., 1983] или «Теория поведенческих рисков» и многие другие. Из литературных данных видно, что одна из причин возникновения наркомании и других видов зависимого поведения — это снижение самоконтроля поведения. Так, в «Теории поведенческих рисков» указано, что при несоответствии уровня риска с уровнем его восприятия, у человека возникают различного рода отклонения, одно из которых и приводит к развитию зависимости. В настоящее время проблемы предотвращения различных зависимостей (аддикций) у людей рассматриваются в области профилактики психических заболеваний или, как принято их называть сегодня, «в области изучения поведенческих и личностных расстройств», против которых и направлена профилактика.

1.3.2. Культурологический подход в исследовании причин химической зависимости

В культурологических теориях определяющим влиянием в зависимом поведении признается культура, которая подходит к ней целостно, не разделяя зависимых лиц по формам аддикции. Рассмотрим примеры культурологического подхода к описанию различных форм зависимости.

Алкоголизм редко встречается в Саудовской Аравии, где производство спирта затруднено, а употребление алкоголя запрещено. В Северной Америке в конце XX в. наблюдалось расширение игровой индустрии, как следствие этого — увлечение азартными играми и в дальнейшем рост игровой наркомании (гемблинга). В последние тридцать лет в странах Азиатско-Тихоокеанского региона – Китае, Японии, Тайланде, Гонконге, Филипинах - стремительными темпами развивается интернет зависимость, а кибер-зависимость мобил-зависимость и другие техногенные виды зависимого поведения [Young 1996; Mercken, 2009; Малыгин, 2010]. Во многих странах Азии длительное использование наркотиков было одним из элементов социальной жизни и культуры, хотя теперь этот обычай подвергается в ряде стран осуждению и даже строжайшему запрету (вплоть до смертной казни) как представляющий серьезную угрозу для здоровья и производительного труда людей.

Большое место в имеющихся культурологических теориях возникновения зависимого поведения занимает семья [Fonda J., 2009]. Отмечено, что половина больных с диагнозом алкогольного синдрома рождается в семьях, где активно используется алкоголь. Дети, родившиеся в алкогольных семьях, особенно не имеющие чувства меры, со временем легко вовлекаются в алкогольную зависимость [Goodwin D., 1979].

В семьях, употребляющих алкоголь, имеет место фиксация неизвестной ранее алкогольной психосоматической установки, в том числе у детей. Исследованиями Д.Н. Узнадзе (1961) доказано, что для реализации любой установки необходимы два обязательных условия: 1) актуальная потребность и 2) возможности ее осуществления. По нашим уточненным данным, для алкогольной психосоматической установки также необходимы: 1) актуальная потребность — желание выпить спиртной напиток, 2) условия для ее осуществления — наличие алкоголя у аддикта [Аршинова, 2012]. Обусловленное культурой потребления алкоголя в семье, многократное повторение сочетаний: «потребность выпить и наличие спиртного» - приводит в

итоге, к фиксации упомянутой установки в церебральных структурах мозга. Исследователи Л. Казаков Д. Колесов и другие, ранее считали, что главным движущим мотивом употребления наркотиков и алкоголя подростками в нашей стране является любопытство. Однако по нашим данным, сегодня этот фактор уступает место первенства желанию рисковать. [Аршинова, 2013]. Алкоголизмом, особенно в подростковом возрасте неосознанно содействует фиксации алкогольной установки и развитию зависимого поведения, у всех членов семьи, в том числе, у собственных народившихся младенцев и вынашиваемых беременными матерями, еще не народившихся детей. В дальнейшем, уже фиксированная в церебральных структурах мозга, алкогольная психосоматическая установка, становится грозным пусковым механизмом не только алкоголизма, но и наркомании в целом.

Следует отметить, что отсутствие одного из обязательных условий, в том числе, и представлены нами, в ранее описанных теориях, ее осуществление, становится невозможным, в связи с чем зависимое поведение у людей тормозится и не развивается вообще. Это, неизвестное ранее, свойство алкогольной психосоматической установки, является ключевым и имеет важное значение для ограждения от алкоголя детей и подростков. Поэтому для профилактики зависимости, либо вывода аддикта из зависимого поведения, следует воздействовать на алкогольную психосоматическую установку всеми, имеющимися у властных структур, средствами, которые, с одной стороны, — снижали у аддиктов актуализированную потребность в алкоголе и наркотиках, а с другой — предпринимали все необходимые меры по устранению условий для употребления психологически активных агентов.

При этом следует учитывать, что наиболее эффективным средством в борьбе с зависимостями, особенно у детей и подростков, является не дорогостоящее лечение, реабилитация и сопровождение аддиктов, а плановая, профессиональная и последовательная, системная профилактика зависимого поведения. В соответствии с древними культурологическими моделями

морального состояния, встроенными в религиозные воззрения, наркомания является результатом человеческой слабости и недостатков. Приверженцы этих взглядов заранее отрицают какую-либо биологическую основу наркомании или других видов зависимости. Люди с глубокой зависимостью не вызывают сочувствия у таких толкователей, которые полагают, что человек с большой моральной силой может волевым усилием сломать зависимость, а если он не сможет сделать этого, то продемонстрирует порицаемую слабость и явное моральное поражение. Чаще всего о моральных возможностях преодоления зависимости, можно слышать от людей, впервые столкнувшихся с наркоманией в быту. Теория морали широко применяют при объяснении зависимости от запрещенных веществ. Она может быть вплетена в контекст появления зависимого поведения по социальным или политическим причинам. По мнению многих ученых и нашему опыту, эта культурологическая теория сегодня становится органическим включением в любое терапевтическое воздействие. Элементы морального подхода особенно сосредоточены в теориях индивидуального выбора различных подходов к лечению зависимостей. Предложенная Томасом Сасом [Theories on drug abuse... 1980], одна из моделей культурологического подхода, отражает само понятие «зависимость». Автор утверждает, что наркомания является метафорой (выдуманном рассказом о жизни), единственной причиной ее возникновения является привычка, которая с годами вплетается в картину «преследования человека со стороны кого-либо». Однако, характер такой метафоры остается неясным, а предложенная Т. Сасом теория отвергает любое психическое заболевание, представляя его мифологическим образованием. Данный подход не признается научным сообществом. Этому же мнения придерживается Американская психиатрическая ассоциация (АПА) и Национальный институт психического здоровья (НИМН).

Иллюстрация культурологических подходов позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на многовековую историю существования культурных

моделей зависимости, их научное обоснование началось сравнительно недавно. Это направление профилактики и реабилитации зависимости имеет большое будущее и требует незамедлительной научной разработки.

1.3.3. Семейные факторы риска вовлечения в химическую зависимость

Отечественный социолог А.И. Антонов пришел к выводу, что с точки зрения экзистенциальной психологии, при анализе жизнеспособности экосистемы (в том числе и семьи) важно определить «единицу выживания» [Антонов А., 2007,2005]. Если среди членов семьи, имеются представители, «борющиеся за ее выживание», то они разрушают свою среду существования (семейную целостность). К аналогичному выводу пришли исследователи аддиктивного поведения, изучавшие влияние на семью табакокурения алкоголизма. Они доказали, что аддикты изменяют не только свое поведение, но и негативно влияют на общий климат в семье.[Brook Judith 2009; Pamela, 2009; Harrell 2009; Mc.Ardle 2000; Sen 2009;Эйдемиллер, 2007 Котельникова,1998; Кулаков, 2008 и др.]

P.Mitchell и другие ученые Австралии считают, что если рассматривать причины зависимого поведения в семье, то происходит нарушение ее профилактического пространства, которое заменяется деструктивными условиями проживания {Mitchell, Spooner, Copeland,. et al. 2001}. Они пришли к выводу, что к общим семейным факторам, приводящим к аддикциям ее членов, можно отнести:

- жестокое обращение с детьми и другими членами семьи,
- отцовская и материнская депрессии,
- наркомания, алкоголизация и другие зависимости,
- безработица,
- социальная изоляция,
- завышенные требования к ребенку,

- злоупотребление алкоголем и другими зависимостями со стороны родителей.

- повышенный стресс даже у одного из родителей или опекунов.

Авторы рассматривают более глубокий слой деструкции, указывая на то, что сегодня основным фактором, приводящим подростков к потреблению наркотиков, является жестокое обращение с ними в семье. Этот фактор обусловлен такими причинами, как:

- наличие в истории жизни родителей физического насилия в семье;
- молодой возраст матери, незапланированная беременность или негативное отношение к беременности;
- неблагоприятное состояние здоровья одного из родителей;
- родительская токсикомания;
- нарушения психики у матери;
- социальная изоляция хотя бы одного из родителей;
- низкий уровень образования матери;
- низкий социально-экономический статус;
- многочисленный состав семьи.

В свою очередь семейные факторы приводят к рискам сексуального и жестокого обращения с детьми. Это:

- семья без родного отца или матери;
- наличие отчима или мачехи;
- плохие отношения между родителями;
- неразвитость детско-родительских отношений;
- молодой возраст матери;
- смерть одного из родителей.

Специалисты Австралийского института исследований семьи, проводившие изучение факторов воздействия незаконного потребления наркотиков в семье, утверждают, что в данном случае семья может играть

позитивную роль в защите от незаконного употребления психотропных веществ [Submission..., 2007]. Во многих случаях это обратная сторона факторов риска, указанных выше.

Национальный институт наркомании и алголизма США (National Institute on Drug Abuse) отмечает, что наряду с изучением многообразия факторов риска в появлении аддикций жестокого обращения с детьми и сексуального насилия над ними, рассматривалось также профилактическое пространство, условия (факторы) которого предотвращали появление такого аддиктивного поведения. При этом, профилактическое пространство семьи охватывало периоды ее пребывания в состоянии функциональности и проявления навыков гармонизации внутренних и внешних отношений. В профилактическом пространстве лежат возможности мирного и своевременного разрешения не только конфликтных ситуаций между членами семьи, но и условия снижения нежелательного (взрывоопасного) напряжения.

Убедительные примеры защиты членов семьи от употребления психотропных веществ, приведены в работах австралийских ученых В. Локсли и других [Loxley, Toumbourou, Stockwell, Haines, Scott, Godfrey, Walters, Patton, et al, 2004]. Эти семьи всегда отличало:

- положительное отношение друг к другу;
- родительская гармония (низкие показатели родительских конфликтов);
- позитивные отношения семьи (обеспечение социальной поддержки при формировании положительных навыков) и низкий уровень взаимных конфликтов родителей с подростками.

При описании программ раннего профилактического вмешательства с участием семей, упомянутый ранее Р. Mitchell с соавторами (2001), J. Miller (1997), Э. Эйдемиллером (2007), Р Дивициной (2006) и др., предложили рассматривать ряд принципов антиаддиктивной профилактической деятельности, однако на практике их оказалось недостаточно. Исследованиями соискателя было установлено, что наиболее объективную оценку

профилактического вмешательства с участием семей можно получить, исследуя профилактическое пространство (терминология соискателя) семьи, авторским методом, позволяющим объективно анализировать соответствующую информацию, используя четыре подхода: экологический, эволюционный, расширения прав и основополагающего влияния значимых лиц.

Рассмотрим разработанный соискателем метод более подробно с учетом профилактического пространства. Специалисты США Т.Дж. Дишен и Д.В. Эндрюс рассматривали экологический подход как условие формирования берегающего здоровье поведения у детей и молодых людей как внутри, так и вне семьи [Dishion T., Andrews D., 1995]. Считается, что для изменения отношений, знаний, навыков и поведения детей и молодежи, необходимо объединить их со сверстниками, изолировать от своих семей и школы и проводить с ними соответствующие программные мероприятия. Между тем, именно оторванность от семьи может привести к еще большему использованию психотропных веществ.

Исследованиями установлено, что не только генетические и биологические факторы формируют здоровье и благополучие. Они — результат взаимодействия генетики, биологии, жизненного опыта, условий социальной и окружающей среды молодого человека. По мнению исследователей Б. Зукермана и Р. Кана, центральное место в жизни молодого человека занимает семья, затем школа и сверстники [Zuckerman, Kahn, 2000]. Профилактическое пространство семьи отражает важные социальные факторы, в которые она погружена. Семья и ее культурные ценности - это результат влияния разных видов искусств, средств массовой информации, а также отношения ее членов к политической и общественной жизни. Многие ученые Zundert van Rinka (2009), Zielinski T. (2009), Сибгатуллин (2003), Б. Братусь (1998), Е. Бахадова (2009) считают, что национальная и социальная субкультура, в которую внедрена семья, не может быть оторвана от социальных рисков, качества района проживания, легкости и доступности приобретения вредных веществ.

Эволюционный подход [National Crime Prevention, 1999] к исследованию формированию профилактического пространства семьи с помощью разработанного соискателем метода, рассматривается как результат психолого-социального развития детей и других членов семьи. Развитие ребенка связано с нарастающими у него внутренними процессами познания мира и самосознания, требующего помощи и заботы со стороны взрослых. Родители и взрослые представители семьи, в своем развитии связаны с карьерой и благополучием, независимостью и самодостаточностью. Престарелые члены семьи: бабушки и дедушки, также стремятся к независимости и самодостаточности. Они вовлечены в процессы сохранения здоровья и нуждаются в заботе и поддержке со стороны более сильных ее представителей.

Исследуя проблему формирования профилактического пространства семьи [Аршинова В., 2009], мы использовали разработку ученых Калифорнийского университета о расширении прав и возможностей защиты от химической зависимости в период становления личной автономности и самоэффективности молодого человека в ней [PIPE-Partners in Parenting Education, 1997]. Представленные к изучению процессы, связаны с борьбой и разочарованием, недовольством и оппозиционным поведением ребенка и других представителей семьи. Профилактическое пространство, при таком подходе, объединяет условия принятия и оказания взаимопомощи, поддержки и заботы о близких лицах. В. Cornwel (2009), М. Ungar (2008) К. Meyers (1991); В. Пелипас (1998) и др. пришли к выводу, что важным фактором в семье выступает возможность критического отношения к себе и своим поступкам, а также наблюдательность в отношении других членов семьи. В данном случае важную роль играют имидж и отношения на работе, признание потребностей внутри семьи и вне ее. Профилактическое пространство распространяется на признание роли родителей, прав и обязанностей детей и других членов семьи, создание условий поощрения, наказания, а также обучения самостоятельности и саморефлексии подрастающего поколения в ней. Защита от психотропных

веществ выстраивается в семье на потребности решать проблемы, способности принимать решения, поиске компромисса и умении налаживать теплые и дружеские отношения в семье и добрососедские отношения за ее пределами. Главное в построении профилактического пространства — это желание родителей приложить все усилия к воспитанию самостоятельного доброго сына или дочери, способных своевременно решать свои проблемы, оказывать помощь родителям и другим членам семьи. Профилактический подход в области предотвращения аддиктивного поведения, формирующийся на основополагающем влиянии значимых лиц, был разработан британским психологом и психоаналитиком Edward John Mostyn известном как «John Bowlby». Он установил, что выживание в младенчестве зависит от физического и эмоционального воспитания, которое позже влияет на взаимоотношения и психическое здоровье ребенка [Bowlby 1995, 1999]. По его данным, на протяжении детских лет, особую роль играют отношения ребенка со значимым взрослым. В своей теории привязанности Дж. Боулби раскрыл общие детерминанты влияния на отношения между детьми и взрослыми таких составляющих поведения как отношение к здоровью и отношению к психотропным веществам.

Таким образом, при исследовании факторов риска вовлечения в химическую зависимость в семье, необходимо учитывать не только в ситуации проявления зависимого поведения, но и теоретические подходы в области профилактики. Многочисленные исследования, с использованием авторских подходов, позволило соискателю предложить собственный концептуальный подход факторов риска вовлечения в химическую зависимость в системе общего образования.

Глава 2. Теоретический анализ подходов к антиаддиктивной профилактике

2.1. Развитие антиаддиктивной превентологической парадигмы

Профилактика (гр. *προφύλασσω* — для охраны или предотвращения) является процедурой медицинского, либо общественного характера, цель которой не лечение больного, а предотвращение возникновения у него болезни.

2.1.1. Традиционные классификации антиаддиктивных профилактических вмешательств

Анализ современной научно-практической литературы по проблемам зависимого поведения предполагает четкую дифференциацию уровней и типов профилактики, образующих взаимосвязанные континуумы (неразрывность явлений, процессов) профилактики аддикций [Mental health action plan 2013-2020, 2013]. Изучая многочисленные классификации, мы пришли к выводу, что все они рассматривают те или иные стороны профилактического вмешательства. Выступая центральным классификационным признаком, профилактическое вмешательство становится более упорядоченным для восприятия и, в то же время, оказывается барьером для изучения других звеньев профилактической деятельности. Широко известные классификации профилактического вмешательства в нашей стране, такие как первичная, вторичная и третичная профилактика зависимого поведения, постепенно выходят из употребления среди зарубежных специалистов. Тем не менее, распространенность этой классификации достаточно широкая, поэтому остановимся более подробно на ее положениях. Первичная (информационная) профилактика, согласно более ранней классификации ВОЗ, охватывает экологические, экономические, социальные и политические условия жизни. Мероприятия первичной профилактики направлены на оптимизацию упомянутых условий.

«Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается тех, кто уже испытывает на себе влияние употребления наркотических средств, но не обнаруживает признаков болезни. Цель вторичной профилактики — максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на учащегося, прекратить дальнейшую наркотизацию, восстановить его личностный и социальный статус. Педагоги, психологи, социальные работники вместе с родителями должны стремиться создать психотерапевтическую атмосферу непримиримости к повторному употреблению ПАВ, оптимизировать здоровые, личностные и социальные устремления детей» [Концепция профилактики злоупотребления... 2000, с. 11].

Третичная профилактика аддиктивного поведения направлена на социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию аддиктов, которые прошли лечение.

- целевой группе (объекту воздействия) — вид профилактического вмешательства;
- содержанию деятельности (по предмету деятельности) — тип профилактического вмешательства;
- точке приложения усилий — уровень профилактического вмешательства.

В современном научном сообществе обсуждается вопрос о четвертичной профилактике. Еще в 2008 г. предложил проводить ее бельгийский специалист общей практики Marc Jamouille. Градацию четвертичной профилактики он предложил ввести для обозначения мер социализации, направленных, в первую очередь, на снижение чрезмерного медицинского вмешательства в жизнь больного, профилактируемого или выздоравливающего, и, тем самым, оставлять человеку пространство для решения своих проблем [Marc Jamouille, 2008,2012]. Расширяя представления о классификационных признаках, мы предложили решить проблему подачи профилактической деятельности, когда ее внешняя актуализация мешает ее деятельности. Если следовать этому принципу, то в классификации типов профилактического вмешательства по

содержанию и по предмету деятельности, необходимо раскрыть содержание псевдо- и истинно профилактируемых программ.

Общесоциальное (неспецифическое) профилактическое вмешательство — сфера деятельности, не затрагивающая непосредственно проблему употребления наркотиков и других психотропных веществ, влияющая на нее косвенно — через административные механизмы, - педагогическими средствами или с помощью информационных технологий. Так, например, к этому типу относятся: благоустройство подъездов, затрудняющее доступ к потенциальным местам употребления наркотиков; организация досуга подростков, создающая альтернативу приему наркотиков и организация занятости подростков в свободное от учебы время.

Специфическое профилактическое вмешательство — мероприятия и программы, призванные влиять на проявления проблем наркомании, алкоголизма, табакокурения и на их медицинские и социальные последствия (Bailey et al, 2009; Desesquelles et al 2009; Mackenbach et al 2009 и др.]. К этому типу пространства можно отнести: специализированные информационные кампании в средствах массовой информации, уроки, психологические тренинги и тематические занятия, экскурсионная деятельность, выпуск специальной литературы, терапевтические программы для потребителей наркотиков, программы снижения вреда.

Истинно профилактическое вмешательство - мероприятия, нацеленные на формирование антиаддиктивных профилактических компетенций у профилактируемых, способствующих росту внутреннего противостояния агентам зависимости, снижению риска вовлечения в зависимое поведение, в первую очередь в химическую зависимость. Содержание мероприятий выстраивается в соответствии с уровнями формирования лично- и социально-позитивных конструкций, одна из которых может быть представлена устойчивым развитием личности. Псевдо профилактическое вмешательство — это мероприятия, направленные на распространение товарооборота и

воспитание (взрачивание) потребителей психотропных веществ. Содержание наполнено скрытой рекламой продукции, в которой заинтересован заказчик псевдо профилактических программ.

По материалам Т. Филипповой (2002) классификация по целевой группе строится на основе общеизвестной классификации профилактических мероприятий первичной, вторичной, третичной. Расширяя представления о классификационных признаках, Филиппова пытается решить проблему подачи профилактической деятельности, когда ее внешняя актуализация мешает ее деятельности. Если следовать этому принципу, то в классификации типов профилактического вмешательства по содержанию и предмету деятельности необходимо раскрыть содержание псевдо- и истинно- профилактируемых программах.

Однако, мы считаем необходимым добавить в предложенные уровни профилактическое вмешательство, позволяющее расширить целевые подачи профилактики. К точке приложения усилий были предложены следующие варианты. **Личностный** — на этом уровне воздействие на целевую группу сфокусировано так, чтобы содействовать формированию тех качеств личности, которые способствовали бы улучшению здоровья отдельного человека (например, консультирование, лечение, тренинги личностного роста). **Семейный** — оказывающий влияние на «микросоциум» — семью, так как она и ближайшее окружение во многом могут повлиять на приобщение детей к наркотикам (рекомендуется проводить, например, тематические родительские собрания, семейные консультации, вовлекать родителей в общественную работу в школе). **Групповой (уровень сообщества)** - оказывает влияние на профессиональное, бытовое окружение, с целью изменить поведение человека в сторону здоровья. **Социальный** — способствует изменению общественных норм в отношении употребления наркотиков и других психотропных веществ, а также в отношении к потребителям этих продуктов. Это помогает создавать благоприятные условия для работы на личностном и семейном уровнях.

Национальный – направлен на принятие и закрепление норм жизнедеятельности граждан при соблюдении законодательных норм на уровне государства, региона, района по запрету, наказанию, сокращению и урегулированию вопросов распространения и производства психотропных веществ (наркотиков, алкоголя, табачных изделий) внутри страны.

Международный — способствующий изменению международных норм по запрету на распространение наркотических средств, ограничений в реализации алкоголя, табачных изделий и других продуктов психотропного воздействия.

Многочисленные классификационные подходы в области предупреждения зависимого поведения и приведенные примеры позволяют нам сделать вывод о том, что феномен профилактического вмешательства имеет одновременно двойную ориентацию — на научное исследование и практическое применение в профилактической работе. Это позволяет ученым и практикам осваивать терминологически и выработать наиболее эффективные и действенные меры.

2.1.2. Современные классификации антиаддиктивных профилактических вмешательств

Универсальная превентивная мера — это мероприятие, направленное на каждого жителя страны. В эту категорию входят меры, предназначенные для широких слоев населения. Во многих случаях они могут применяться без профессионального совета и помощи. Как отмечал R Gordon (1983), отборочная превентивная мера желательна только для индивида, либо представителя социокультурной группы, в которой риск заболевания зависимым поведением выше среднего статистического уровня. Подгруппы или отдельные лица могут различаться возрастом, полом, занятиями, семейными историями или другими особенностями. Из-за увеличенного риска возникновения болезни, в данном случае, может быть оправданным баланс выгоды против риска и стоимости. В 1989 г. R Gordon изложил свои взгляды в новой классификации психического здоровья, принятой в дальнейшем ВОЗ и

другими профессионально-общественными организациями (см. рисунок 2.1.) .

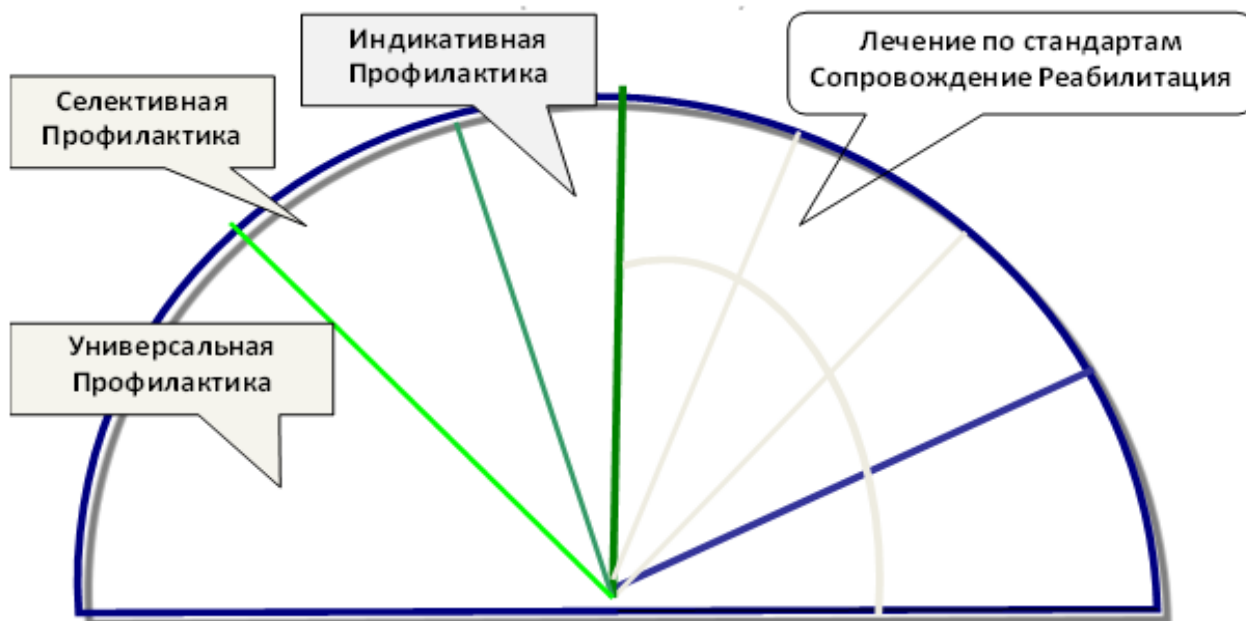


Рисунок 2.1. Международная классификация деятельности по сбережению психического здоровья (по R Gordon, US, 1989)

Такой подход позволил шестьдесят третьей Сессии Европейского Регионального Комитета ВОЗ сосредоточиться на оценке систем психического здоровья, а не болезни, и на повышении защитных факторов профилактических вмешательств, идентифицируемых с моделями снижения риска развития зависимостей [Услуги по охране психического здоровья, 2013]. На основе подхода предложенного R. Gordon, в 1992 г. вышла в новой редакции «Американская классификация поведенческих и личностных расстройств», в которой профилактика зависимого поведения по рекомендации ВОЗ рассматривается как преимущество над реабилитацией зависимых лиц и сопровождением выздоравливающих.

Рассматривая содержание типов психического здоровья по новой классификации, можно проследить и современные тенденции в профилактике аддиктивного поведения.

Универсальный (предупредительный) — призван охватить максимально возможное число лиц. Цель такой интервенции —

предупреждение дебюта зависимого поведения среди данной целевой группы [WHO, 2009; Wang Yan et al, 2009]. Универсальные факторы, направлены на каждого практически здорового ребенка, подростка, не имеющего опыт зависимого поведения, а также предназначены для лиц, находящихся в стадии выздоровления в период ремиссии длительности более года. Универсальная профилактика применяется в первичном, вторичном и четвертичном профилактическом вмешательстве.

Селективный (выборочный) — направлен на группы высокого риска. Его цель — снижение вероятности развития зависимого поведения среди подростков, прекращение аддиктивного дебюта у лиц, а также приостановка бытовой или профессиональной ситуации зависимого поведения, которые могут быть ей подвержены [Hendin, 2005]. Селективные факторы, направленные преимущественно против определенного заболевания, охватывают практически здоровых лиц и лиц группы риска по возникновению аддикций заболеваний или проживающих, работающих в ситуации зависимого поведения. Селективная профилактика используется в первичном, вторичном и третичном профилактическом вмешательстве.

Индикативный (модификационный) — индикативные факторы учитывают уже имеющийся фон здоровья, проявления других болезней и особенности личности, и направлены на лиц со значительным опытом зависимого поведения, находящихся в начальном периоде выздоровления. Индикативная профилактика организуется при вторичном, третичном и четвертичном профилактическом вмешательстве [Toomey, 1999; Preventive Services Task Force, 1996]. Анализ традиционных и новых классификаций, продемонстрировал, что профилактические вмешательства по международной классификации традиционно представлены в виде групп ранних факторов риска вовлечения в зависимое поведение (см. таблицу 2.1).

Таблица 2.1.

Соотношение антиаддиктивных профилактических вмешательств в современных и традиционных классификаций

Профилактические антиаддиктивные вмешательства	Первичные	Вторичные	Третичные	Четвертичные
Универсальные	+	+		+
Индикативные	+	+	+	
Модификационные		+	+	+

При сопоставлении антиаддиктивных профилактических вмешательств, определяемых по современной и традиционной классификациям, можно отметить, что четкого сопоставления у них нет. Поэтому, в профилактической работе требуется придерживаться определенной выбранной заранее классификации.

2.2. Психологические теории предупреждения химической зависимости

2.2.1. Исторические аспекты становления антиаддиктивной парадигмы

Предваряя дальнейшее рассмотрение научных публикаций, напомним, что сегодня аддикции рассматриваются с позиции психических и поведенческих расстройств (психических заболеваний). Попытки лечения психических заболеваний и их предупреждения, как считает американский ученый Porter Roy, датируются, начиная с 5000 г. до н.э., о чем свидетельствует открытие трепанированных черепов в районах проживания древних мировых культур [Porter, 2002]. По А. Foerschner специалисты разных стран считают, что у древнего человека было широко распространено мнение о психическом заболевании, как результате сверхъестественных явлений, духовной или демонической одержимости, колдовства, сглаза, или гнева божества [Foerschner, 2010]. На психические заболевания древние люди реагировали по-

разному. С одной стороны они видели в них мистическое явление и поклонялись психически нездоровым людям, с другой стороны пытались лечить их трепанацией (выпускали злого духа через отверстие), в крайнем случае, применялись жестокое обращение, пытки и казни. В предупредительной практике того времени применялись молитвенные охранительные ритуалы, религиозные обряды (физические истязания и раскаяние в грехах) присутствие в доме и ношение амулетов, оберегов, написание и демонстрация магических знаков, пассов, заговоров.

Прерогатива заниматься лечением и профилактикой психических расстройств и аддикций была отдана священнослужителям, магам, колдунам, шаманам, народным целителям. Постепенно проблемой врачевания и профилактики зависимого поведения начали заниматься врачи. Так, в Древней Греции большое внимание лечению и профилактики алкогольной и наркотической зависимости. В своем «Трактате об употреблении жидкости» знаменитый древнегреческий врач Гиппократ [460 - 377 гг. до н.э] уделял значительное место проблемам потребления вина, его свойствам и отношением к нему больных. Врач описывал больных, потребляющих чистое вино, объяснял, как их выводить из пьянства, предостерегал от чрезмерного винопития [Гиппократ. Избр. Соч. -1936]. В период Средневековья «Трактатом о пользе и вреде вина» прославился и средневековый врач Авицена Ибн Сина [980 – 1037]. Он предупреждал о том, что «постоянное пьянство вредно, оно портит натуру печени и мозга, ослабляет нервы, вызывает заболевание нервов и внезапную смерть...» [Вербицкая А., 2011].

Таким образом, можно сделать вывод, что идея научного взгляда на профилактику аддикций столь же древняя, как и сама медицина.

По мнению швейцарских ученых Mrazek P., Haggerty R утверждение о том, что профилактика, легче и выгоднее чем лечение, широко распространилось уже в начале XIII в., когда превентивную методологию еще не отличали от медицины. В материалах Вашингтонского института медицины

отмечалось, что термин «профилактика» буквально обозначает «удерживать от чего-то нежелательного, что может случиться в будущем». При этом считалось, что для более полного раскрытия понятия «профилактика», необходимо четко различать термины «заболеваемость», «рецидив» и «инвалидность» [Umberson, 2008]. Приведенные термины позволяют рассматривать зависимость с точки зрения физических (телесных, внутренних) болезней. Если рассматривать зависимость со стороны психических заболеваний, то можно обратиться к поведенческим и личностным расстройствам человека. Значительную роль в развитии социальных болезней играют материальный достаток, наличие чистой воды и хорошего социального окружения. При этом следует учитывать, что наркомания, алкоголизм и курение табака рассматриваются, в настоящее время, как факторы, содействующие распространению таких опасных заболеваний человека как туберкулез, СПИД, ВИЧ и ИППП [Mrazek, Haggerty,-1994; Rowe Cynthia 2008, DiFranza, 2002].

Сегодня в развитых зарубежных странах ведется широкая научная и научно-практическая работа по различным аспектам профилактической деятельности, определяемой соответствующей терминологической базой. В нашей стране, терминология в области изучения профилактического вмешательства аддикций, еще недостаточно разработана. Поэтому исследователи нередко сталкиваются с проблемой правильного отражения международных понятий при переводе их на русский язык. В настоящее время наблюдается активная адаптация упомянутых терминов, публикуемых преимущественно на английском, испанском и немецком языках, с учетом российской специфики. При проведении дальнейшей корректировки важно не только выявлять различия в терминах, но и раскрывать новые для нас понятия и их соотношение с уже известными. Например, выявлена принципиальная смысловая разница между понятиями «аддиктивное поведение» и «профилактическое поведение». Различие этих понятий определяется их первоосновой: в первом понятии — это саморазрушение, а во втором —

самосохранение и развитие. Понятие «аддиктивное» означает поведение, трансформирующее вредную привычку в психическое расстройство — зависимость. Профилактическое поведение — это сохранение здоровья, гармоничное развитие, повышающее у ребенка (в позитивном смысле) его способность к обучению, труду, социализации и повышению творческого потенциала. Такие понятия как коррекция, реабилитация и лечение указывают на уменьшение аддиктивного поведения, связанного с «аддиктивным опытом» полученным в результате «дебюта», эпизодического, либо постоянного. Понятие «профилактика аддиктивного поведения» включает в себя сохранение здоровья, социальной и индивидуальной нормы поведения, благополучия, достойного качества жизни и др.

По нашим данным, решение проблем эффективного сохранения здоровья обеспечивается за рубежом, многочисленными научными школами и хорошо подготовленными специалистами. Сохранение здоровья, благополучия и качества жизни человека, семьи и общества в развитых странах гарантируется эффективными технологиями и информационными средствами проведения научной и инновационной деятельности, а также постоянным укреплением единой междисциплинарной структуры реагирования на имеющиеся и вновь возникающие проблемы [Nebenfachausbildung in Verhaltenstherapie, 2013].

Используя данные Национального института здравоохранения США, можно провести параллель между терминами «вмешательство» (от лат. *intervenire*) и «актом вмешательства», который влияет непосредственно на нежелательный фактор – «агент зависимости», либо на изменение результатов, связанных с распространением его влияния [The American Heritage, 2010; Mc.Ardle , 2000; DeLong, 1995 и др.]. В медицине вмешательство проводится для того, чтобы помочь, либо вылечить пациента. Раннее вмешательство может помочь детям с аутизмом начать вовремя говорить, а акупунктура, например, как терапевтическое вмешательство, широко практикуемое в США, вылечить многие болезни, в том числе и зависимости. В том же медицинском словаре

«Американское наследие» (2010), термин «вмешательство» происходит от англ. *intervention* (*inter* — внутри; *vent* от гл. *venture* — рисковать). Его толкуют в двух определениях как акт или факт внедрения в целях изменения и как любые меры, цель которых - улучшение здоровья или изменение течения заболевания.

В Медицинском словаре Wayne Jonas термин «вмешательство» определяется как действие, совершаемое для предотвращения нанесения ущерба пациенту или улучшения его психического, эмоционального либо физического состояния [Jonas Wayne B, 2005]. В США имеются, так называемые, независимые и взаимозависимые вмешательства — некая деятельность представителей здравоохранения, относящаяся к их профессиональной деятельности [Michael, 2009; Mason et al, 2009; Mackenbach 1994; Springer, 2009 и др.]. При независимом вмешательстве проводят процедуру лицензирования, наделяя представителей здравоохранения определенными правами. Независимые вмешательства не требуют какого-либо надзора или направления от других компетентных организаций, кроме здравоохранения. Взаимозависимые вмешательства соотносятся с любой деятельностью медико-санитарной помощи и осуществляются только профессионалами здравоохранения в сотрудничестве с другими специалистами (например, профилактика СПИДА и других инфекционных заболеваний).

Трансформация понятия «медицинское вмешательство» профилактической направленности в термин «профилактическое вмешательство» происходила постепенно и сейчас нередко рассматривается как синоним понятия «раннее вмешательство». Иными словами, это медицинское вмешательство до появления болезни с целью предупреждения ее вредных последствий. Данному факту соответствуют сведения в отношении внутренних болезней, по которым уже в XIX в. сложились представления о целесообразности их раннего выявления. Этим идеям мы обязаны введением в практику периодических осмотров беременных женщин и детей. Несмотря на то, что доказательств полезности этих нововведений не было, они, тем не менее,

заняли свое место в медицинской практике [Friedman, Collen, Fireman, 1986; Douglas Kara et all, 2010 и др.]. Поскольку экспериментальные испытания периодических углубленных осмотров не доказали их эффективность, в течение последних десятилетий XX в. наблюдалась тенденция к ограничению их у здоровых людей [A controlled trial of multiphasic screening..., 1997].

Сегодня можно констатировать, что древние, а в последствие и средневековые представления о профилактике психических болезней, следовательно, и зависимого поведения, сохранилось до конца 18 века, когда стало формироваться новое гуманистическое отношение к психически нездоровым людям, в том числе и к алкоголикам и наркоманам [Kachadourian, 2009; Richter 2009]. В середине 19 века стали появляться благоустроенные психиатрические лечебницы. Первая психиатрическая клиника с хорошим уходом для психически больных людей была открыта в 1840 году в США активистом Доротей Диксом, благодаря активности которого за 40 лет было открыто еще 32 подобных заведения [Foerschner, 2010].. В рамках психиатрических лечебниц стали появляться университетские кафедры психиатрии. Спустя полвека, в России также, как и в других странах психиатрия начала поворачиваться лицом к психически больному, где большую роль сыграли видные отечественные психиатры: Балинский, Мержевский, Фрезе, Корсаков, Бехтерев и др. [по монографии Некрасова,2012]

Профилактическая мысль в области аддикций в то время, все больше концентрировалась на духовно-религиозном развитии психически здоровых граждан [Foerschner, 2010]..В начале 20-го века в Европе (Англии, Франции) и затем в США начали появляться первые социальные институциональные преобразования, позволяющие финансировать психиатрические больницы за счет государства. Проведенные нами исследования показали, что до середины XX в. зависимость рассматривали как обычное недомогание, обусловленное ненаблюдаемыми психическими причинами. Такой подход не рассматривал причины возникновения зависимостей и не способствовал построению

теоретического знания, как основы профилактики, генезис различных форм зависимостей не анализировался, данные о профилактике не обрабатывались. Поэтому восстановление лиц, страдающих зависимостями, а тем более профилактика, скорее напоминали искусство, чем научный подход.

Современная профилактика аддикций формировалась под влиянием различных традиций психотерапии зависимого поведения. Выявленные и исследованные нами материалы и научные факты, в первую очередь, касаются научных подходов, предложенных классиком психофизиологии и основоположником оперантного научения Иваном Петровичем Павловым и его последователями Андре Сальтером и Джозефом Вольпе. Большой вклад в современную профилактику внесли основоположник бихевиоризма Джон Б. Уотсон, автор теории научения Эдвард Ли Торндайк и их последователи, постепенно дополнявшие и модифицировавшие теории научения необихевиористов. Среди них Эдвард Чейс Толмен и Эдвин Газри. Сюда же относятся закономерности, найденные Кларком Халлом и его последователями по методам терапии, основанной на теории конфликтов Джона Долларда и Нила Миллера, ученых, объединивших психоаналитическую теорию с теорией бихевиоризма.

В начале 80-х годов XX в. стало очевидным, что профилактика должна опираться не только на медицинские, но и в равной степени, на гуманитарные знания. Поэтому при проведении профилактики стали использовать гуманитарные (психология, философия, теология, теософия), социальные (педагогика, социология, юриспруденция, экономика), биологические (фармакология, антропология) знания, и др. В результате термин «профилактическое вмешательство» претерпел закономерные изменения. Современное определение «профилактическое вмешательство» по аналогии с «медицинским вмешательством» конкретизируется в рамках определенных стандартов профилактической деятельности и образовательных стандартов профессиональной подготовки специалистов в области профилактики [The

American Heritage, 2010].

В «Словаре комплементарной и альтернативной медицины» термин «an intervention designed» определяет профилактическое вмешательство как действия, направленные на улучшение здоровья пациента или изменение условий, негативно влияющих на его благополучие [Jonas Wayne B, 2005].

Понятие «профилактическое вмешательство» является производным от «медицинского вмешательства». Оно обозначает любое обследование, лечение и иное действие, в том числе: профилактическое, диагностическое, лечебное, реабилитационное или исследовательское, выполняемое врачом, либо другим медицинским работником в интересах конкретного пациента. Рассмотренный термин активно используется юридическими, экономическими и другими представителями науки и практики. В выписке из Письма ФФОМС (Федерального фонда обязательного медицинского страхования) от 27 октября 1999 г. № 5470 (30-3) сообщается о гарантии обеспечения прав граждан по соблюдению конфиденциальности сведений об обращениях за медицинской помощью, либо на добровольное согласие на ее разглашение [Методические рекомендации ... 1997]. В 60-х годах в США появляются первые стандарты психиатрической помощи и спустя 20 лет первые стандарты профилактики психических заболеваний государственного уровня, в первую очередь профилактики алкоголизма, наркомании (сегодня и профилактики табакокурения). В эти годы активно развивается профилактическая наука в области зависимого поведения, появляются научные школы, приводится в междисциплинарное соответствие классификационные принципы, складывается новый терминологический ряд, разрабатываются образовательные программы для подготовки специалистов и волонтеров.

В это время в СССР также начинает складываться новое научное направление в области здоровья, в том числе психического. Известными представителями того времени стали С. Павленко, Ю. Лисицин, О. Александров и др. [по монографии Менделевича, 2005]. Известный советский

профессор И.И. Брехман, один из первых ученых в стране разрабатывает науку о здоровье «валеология», он же вводит термин «превентология» - науку о профилактике, разрабатывает методологию сохранения здоровья среди здоровых людей [Брехман, 1980]. В своих работах Брехман пришел к выводам, что наука о здоровье - это совокупность интегральных, системных знаний, основанных на экологии, биологии, медицины, психологии, педагогики и других науках.

До последней четверти XX в., профилактические и лечебные вмешательства основывались на господствующих представлениях об этиологии (причинах) и патогенезе (механизмах) болезней. Так, в связи с холестериновой гипотезой атеросклероза, около трех десятилетий (период с 50-х по 80-е годы XX в.) рекомендовали ограниченное потребление продуктов с высоким содержанием холестерина [Michael, 2009; Naidoo, 2000; Sartorius, 1988; и др.]. В отечественной практике, эффективность профилактических вмешательств, относящихся к клинике и фундаментальной медицины, обычно бывают ниже, чем лечебных. В незначительных, по объему, исследованиях, относящихся к профилактическому вмешательству, преобладает медицинский подход [Зыков, 2012; Аршинова 2012,2013 и др.]. Это свидетельствует о насущной необходимости проведения исследований эффективности профилактических вмешательств в эпидемиологии, демографии, социальной статистике и экономики аддикций [Bachmann, Juni, Reichenbach et al, 2005].

Во второй половине XX в. представление о профилактике уже оценивается с позиций общественного здоровья. С этого времени профилактика заболеваний становится более плодотворным направлением усилий в сравнении с их лечением. Антиаддиктивная профилактическая деятельность рассматривается как приоритетная во многих странах мира, где ее объем находится в более выгодном соотношении в сравнении с медицинскими услугами. Баланс между ними достигается на неформальной основе и зависит от интересов влиятельных групп общества (власти, производителей

фармацевтических препаратов, медицинских и профилактических услуг, пищевых добавок и т.д.). В Кратком словаре современной медицины Graw-Hill сообщается, что вмешательство может быть организовано со стороны общественного здравоохранения и вызвано требованиями представления определенных процедур, способных даже травмировать пациента [Graw-Hill, 2002]. Данный термин включает также понятия: административное вмешательство, поведенческое вмешательство, вмешательства в кризисных ситуациях, лечебное и фармацевтические вмешательства и т.п. Современное понятие профилактическая деятельность включает в себя деятельность общества, групп населения и отдельных людей. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные, психологические и социально-технологические меры, обеспечивающие качество пищевых и непищевых товаров и услуг, т.е. вмешательства, практически, во все области человеческой деятельности.

Термин «профилактическая деятельность», по нашему мнению, следует рассматривать с позиций понятия «социальная деятельность» [Энциклопедический социологический словарь, 2008]. Если следовать аналогии, то можно сделать вывод, что профилактическая деятельность в области зависимого поведения — это способ отношения человека к внутреннему и внешнему миру. Отсюда профилактическая деятельность состоит в преобразовании и подчинении элементов мира собственным целям, свободным от зависимого поведения, которое сопровождается контролем над факторами, приводящими к аддикции. Также профилактическое вмешательство (prevention) рассматривают в виде ситуаций внедрения в период болезни, или внедрения в период здоровья, как эпидемиологические действия, направленные на преодоление причин болезни [Studdert et al, 2012; August Gerald, 2009; New grades for recommendations..., 2003; Arshinova, 2012]. Профилактическая деятельность помимо профилактического вмешательства включает в себя и такие термины, как «стратегия вмешательства» и

«исследования вмешательств» [Reducing Risks for Mental Disorders, 1994; Substance Abuse Treatment - 2014, Robbins, 1970. Tercyak Kenneth, 2008, Ungerleider, 1995 и др.]

Подводя итоги, можно констатировать, что профилактическое вмешательство в области зависимого поведения начало формироваться в конце прошлого столетия, а его научное признание состоялось спустя 30–40 лет после осознания зависимости как болезни. Несмотря на достижения в области профилактической науки за рубежом, в России до сих пор научное направление в области профилактики психических расстройств и аддикций не находит должного отражения.

2.2.2. Теории факторов риска возникновения зависимости

В настоящее время существует множество теорий и концепций, в области предупреждения зависимого поведения. Многие из них помогли понять и объяснить влияние поведения на здоровье. Однако, хотя эти теории и внесли существенный вклад в наше понимание индивидуального поведения, они часто страдали ограниченностью при более широком рассмотрении социальных и экологических условий, в которых отдельная жизнь не принималась во внимание. В настоящее время приходится констатировать, что некоторые стороны нездорового поведения отражают социальные, культурные и экологические условия, при которых их возникновение становится возможным.

Академик РАМН П.И. Сидоров [Сидоров, 2004] считал неизбежным создание обобщающего термина, объясняющего мультидисциплинарные подходы в науке о здоровье. Он предложил для максимального уровня обобщения, ввести термин «общая превентология». Это междисциплинарная наука о формировании здорового образа жизни и предупреждении саморазрушающего поведения. Частная превентология раскрывает ведущие направления предупреждения конкретных заболеваний. Одним из направлений частной превентологии, автором которой является П. Сидоров, стала

наркологическая превентология — профилактическая наука, исследующая проблемы предотвращения употребления психоактивных веществ (ПАВ).

Аналоги этого научного направления в европейских странах, США и Канаде, в зависимости от их содержания, носят различные названия. Важно то, что значимыми для них остаются как теории зависимости, так и специальные теории профилактики. В теориях зависимости особый интерес представляют причины их возникновения, определяемые факторами против которых и должны быть направлены предупредительные мероприятия.

Анализ найденных нами материалов показал, что превентивные теории, формирующие здоровый образ жизни, можно разделить в соответствии международной классификации деятельности по сбережению психического здоровья (рис.2.1.) на три категории: селективные теории, универсальные теории, индикативные теории.

До середины прошлого века к теоретическим основам профилактики в области зависимости относили только **этиологию** — причины, взятые из теорий, раскрывающих собственно зависимое поведение, этому соответствовали селективные теории (см. табл. 2.1).. Причины возникновения зависимости изучали с позиции факторов вреда, которые, по тем или иным основаниям, нельзя допустить к развитию. Американская исследовательница М. Мюррей и ее последователи отнесли причины возникновения зависимости к понятию «корни зависимости» (термин введен М. Мюррей). Исходя из такого понимания, разрабатывали соответствующие практические программы или мероприятия, которые, относили к профилактическим мероприятиям [Мюррей, 2004]. Влияние на снижение последствий, вызванных причинами возникновения зависимости, предлагается использовать в различных теориях аддикций.

Особенно показательным в данном выводе является то, что рассмотренные в них причины наркотической зависимости в настоящее время стали основой для формирования новых профилактических селективных

теорий. Более полное содержание факторов риска представлено в теориях аддикций даны в первой главе в разделе «Современные взгляды на теорию зависимости».

Теперь рассмотрим примеры таких теорий с указанием автора, краткого названия теории, и определение факторов, как причины возникновения зависимости и как цель антиаддиктивного профилактического вмешательства (см. табл. 2.1.).

Таблица 2.1.

Теории злоупотребления психоактивными веществами, относящихся к психологии научения и психологии развития

Автор и год публикации теории	Названия теории	Причины возникновения зависимого поведения
Frederick C.J., 1973	Злоупотребление наркотиками, как усвоенное поведение	Зависимое поведение от чего-либо или кого-либо до потребления наркотиков. Внутренние состояния тревожности, беспокойства, или стремлений к бунтарству. Деструктивные вредоносные факторы в состоянии риска
Goodwin D.U., 1979	Теория привычки к злоупотреблению наркотиками и алкоголизмом	Доступность наркотиков и алкоголя Давление со стороны сверстников Состояние бунтарства, тревоги и депрессии Осложненный период инициации Деструктивные семейные отношения Генетическая предрасположенность
Hill H.E., 1960	Социальные девиации и начальные склонности к наркотикам и алкоголю	Факторы уязвимости: бедность, проживание в трущобах, в окружении людей имеющих значительную степень социальной девиации Отсутствие социального контроля Потребность человека к постоянному получению удовольствия

Coleman S.B., 1976	Теория неполного траура и злоупотребления героином	Структурный или функциональный дисбаланс в семье Травматический опыт Разрушения в жизни семьи причинно-следственных связей
Jessor R., Jessor S., 1978	Социально-психологические основы изучения потребителей наркотиков	Нарушения при формировании ответственности личности и окружения за социальные девиации. Нарушения психологической и социальной экологии
Kandel D.B., 1978	Стадии психологического развития в подростковом возрасте, и влияние на них потребления наркотиков	Влияние негативных социальных и психологических факторов в период развития ребенка и юноши. Разрушающее родительское поведение Деструктивные детско-родительские отношения Провокационное окружение сверстников
Stanton M.D., 1979	Теория насилия в семье	Насилие в семье: сексуальное, физическое, психологическое, моральное, экономическое.
Steffenhagen R.A. 1974	Теория чувства собственного достоинства	Несформированное чувство собственного достоинства в процессе развития ребенка, подростка

Теория Frederick Calvin, профессора Вашингтонского национального института психического здоровья (NIMH — National Institute of Mental Health), разработанная в 1980 г. под названием «Наркомания как усвоенное поведение» [Frederick, 1980]. Причины возникновения наркомании связываются в ней с усвоением зависимого поведения в период повышенного напряжения и проявления рискованного поведения. Автор установил, что в момент высокого напряжения и в ситуации риска, происходит импринтинг (запечатление), то есть наиболее легкое усвоение поведения, связанного с употреблением наркотических веществ. Автор вывел формулу вероятностного поведения, приводящего к наступлению наркомании. Рассматриваемая теория стала

основой для разработки в 90-х годах антиаддиктивной профилактической теории А.Бандуры об эффективности поведения и жизни в целом.

Профессор кафедры психиатрии Университета Канзаса Goodwin сообщал о возрастающей потребности в наркотиках [Goodwin, 1979]. Причины наркомании среди подростков, по его мнению, связаны со злоупотреблением наркотиков, легким доступом к ним, давлением со стороны сверстников, бунтарством и проблемами в семье. Причинами могут стать также психиатрические симптомы, провоцирующие начало употребления наркотиков, особенно такие, например, как тревога и депрессия. По данным других исследований асоциального поведения в подростковом возрасте, прием наркотиков может наступить в период инициации. Чаще алкоголизм передается генетически. Однако причиной его употребления подростками могут быть проблемы в семье, обусловленные алкоголизмом ее представителей, социальные девиации и начальные склонности к наркотикам и алкоголю. Автор считает, что привыкание к алкоголю возникает, в первую очередь, при наличии факторов уязвимости, от социальных девиаций, алкоголя и наркотиков. В основном, это бедные люди, входящие в окружение индивидов со значительной степенью социальной девиации, которые имеют более легкий доступ к опиатам и алкоголю. При этом, важным фактором является отсутствие социального контроля появления и употребления наркотиков и алкоголя лицами, злоупотребляющими, либо экспериментирующими с ними. Чаще всего их используют для снятия тревоги, страха. Главной причиной привыкания к наркотикам является внутренняя извращенная потребность аддиктов к постоянному получению удовольствия. Такие индивиды страдают неводержанностью. В связи с этим наркоманы систематически наращивают дозу, вплоть до опасной для их жизни, передозировки.

Sandra Coleman «Теория неполного траура и злоупотребление героином» [Coleman, 1976] полагала, что начало употребления наркотиков обусловлено структурным, либо функциональным дисбалансом в семье. При этом,

приобщение к наркотикам одного из ее членов затрагивает семью в целом. Так, злоупотребление героином является частью жизни семьи, в которой каждый из ее членов имеет зависимое поведение. Такая зависимость возникает при неполном преодолении семьей травмирующего психику опыта (внезапная смерть или внезапная тяжелая болезнь одного из ее членов, разрушительный развод и другие причины), то есть в результате разрушения причинно-следственных связей в жизни семьи. Тогда наркомания одного из ее членов замещает отсутствующие причинно-следственные связи и становится для семьи реальным опытом ее построения. Первый опыт знакомства с наркотиками часто связан с возрастом индивидов или стадией развития семьи, но, в основном, он связан с ее кризисом и проявляется у детей подросткового возраста.

Ричард и Чарльз Джессор - авторы теории «Социально-психологические основы для изучения потребителей наркотиков» - предложили взгляд на социально-психологические основы потребления наркотиков [Jessor, Jessor, 1978]. Перечисленные теории, впоследствии стали основой для разработки Ajzen & Madden теории планируемого поведения (Theory of Planned Behavior – TPB), с ее компонентами: восприятия социальных норм, отношений, подготовки к принятию любых социальных девиаций, наркотиков, алкоголя, а также восприятия поведенческого контроля и намерений [Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986]. Об ответственности за социальные девиации, которые провоцируют начало потребления наркотиков, сообщал Kandel. В своей теории «Стадии развития в подростковом возрасте и их влияние на потребление наркотиков» он привел концепцию одновременного влияния на подростка индивидуальной патологии и социальных факторов [Kandel, 1978a]. В соответствии с выводом автора, каждое из этих понятий может применяться на различных этапах рассматриваемого процесса. В проявлении наркотического поведения на ранних стадиях развития детей более важную роль играют социальные факторы. Психологические факторы важнее для них на более поздних этапах развития. Определение этапов развития, в случае

кумулятивного действия упомянутых факторов на появление злоупотребления наркотиками, имеет важные концептуальные и методологические особенности, выступающие в качестве причины, либо последствия. На ранней стадии развития употребление наркотиков детерминируется поведением родителей. Нередко оно имеет решающее значение в желании молодых людей попробовать крепкие напитки. На более поздних стадиях ведущую роль в инициировании потребления наркотиков имеет качественная сторона отношений «родитель–ребенок». В этот период становится особенно важной близость к родителям и защита подростков от употребления наркотиков. О начале потребления подростками тяжелых наркотиков можно судить по потреблению сверстниками, так называемых, легальных наркотиков и марихуаны.

Более детальное изучение психологических теорий факторов развития зависимого поведения, показало, что все теории этой области выстроены в определенном порядке (см. рис. 2.1.)

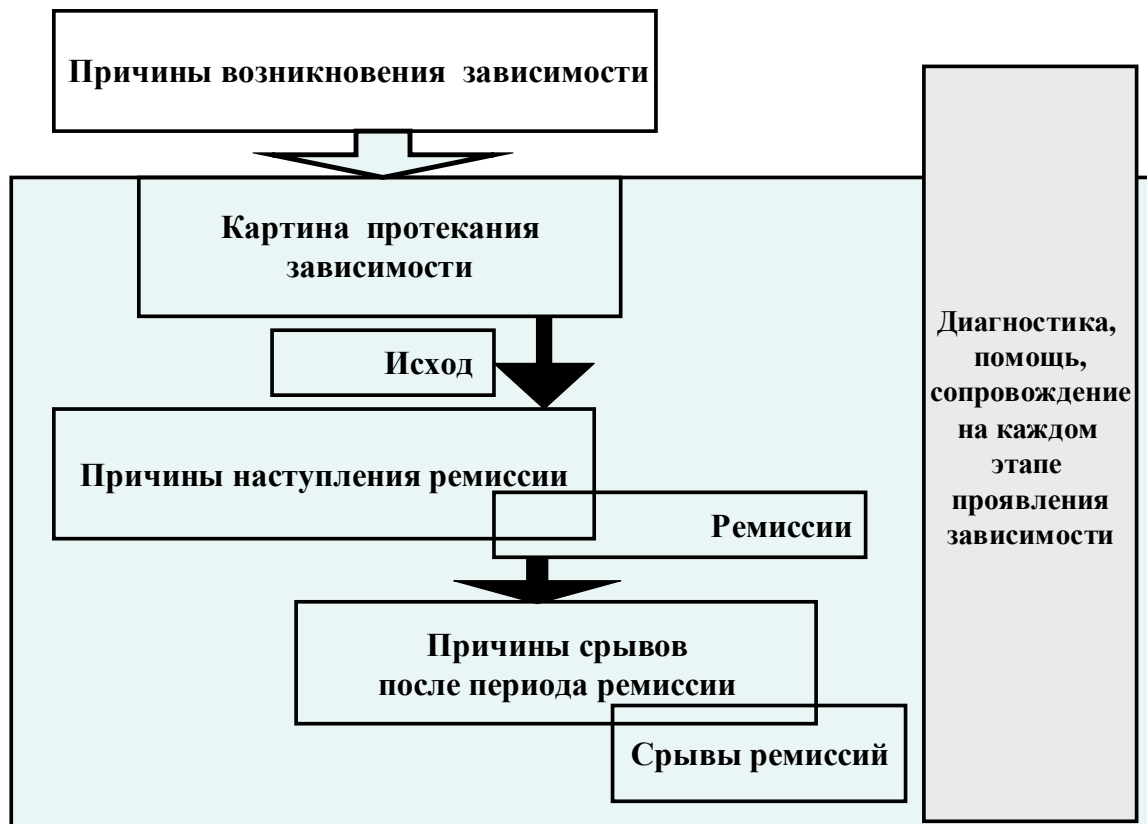


Рисунок 2.1. Схема структуры теорий, описывающие факторы риска развития зависимости у аддикта

Этот порядок задали первые авторы - врачи, которые в своих теоретических взглядах на зависимость стали придерживаться медицинской практики изложения материала.

Структура теорий факторов возникновения зависимого поведения, представленная в виде схемы на рисунке 2.1, в первую очередь включает описание причин возникновения зависимости. Описанные причины становятся основными факторами дальнейшего описания, эти факторы подвергаются изменением в процессе описания картины протекания зависимости (ее этапов развития) и вариантов исхода заболевания. Особое место в содержании отводится описанию причин наступления ремиссии и собственно ремиссии – периода остановки в развитии болезни и практического выздоровления. Далее в структуре теории отводится место описанию причин срывов возникающих в период ремиссии и ведущих к собственно срыву - появлению нового периода в развитии аддикций.

Такой подход к изложению теоретического материала нацеливает ученых на разработку практических мер, а практиков – на оценку результатов вмешательства и контроль над соответствием собственной работы с авторской методологией лечения.

2.2.3. Современные теории здоровья и изменения поведения

Современные теории, направленные на сохранение, расширение и развития здоровья активно применяются в профилактике зависимого поведения [Breidablik, 2008; Courtney, 2009 и др.]. Однако их содержание не имеет точности изложения и скорее напоминает описание прекрасного дерева, некачественным плодом, которого может стать причиной зависимого поведения. Иными словами, зависимость в этих теориях, скорее выступает артефактом, если не следовать предложенной модели действий.

Общей особенностью изученных нами теорий, изложенных в научных и

методических публикациях, является то, что лишь в определенных случаях они отклоняются от алгоритма, построенного на основе профилактической теории. В результате, могут проявляться предикты (предшественники) причин, либо непосредственно причины зависимого поведения. Иными словами, причины зависимого поведения являются некоторыми артефактами явлений, раскрываемых профилактическими теориями.

Теории здоровья. В 2007 г. сотрудниками Национального института неврологических расстройств и инсульта по заказу Главного комитета по профилактической науке Великобритании было подготовлено пособие «Профилактическая наука» по превентологии для преподавателей и студентов. В этом руководстве представлены антиаддиктивные профилактические теории, которые активно используются в настоящее время в странах Европы [Prevention Science., 2007; PIPE, 2013]. Разработки 20 века представляли собой группы теорий формирования стиля жизни и изменения поведения. Это теории по формированию стиля жизни сберегающего здоровье, теории поведения охраняющее здоровье, формирование убеждений о ценности здоровья; теории разумного действия; междисциплинарные теории (или ступени изменения поведения) направленные на формирования здорового стиля жизни и деятельности, а также модели изменения поведения в сторону здоровья с позиции социальной когнитивной теории. Следующей группой теорий стали теории по изменению поведения в обществе и экологические изменения, такие например, как распространение теории инноваций и модели коммуникации изменения поведения согласованного со здоровым стилем жизни. Теории мотиваций к здоровьесберегающим изменениям в обществе и общественных организациях. Теории этой группы помогают объяснить, «почему мы делаем то, что мы делаем», и «когда мы это делаем». Их общий смысл — это убеждение в том, что если человек реализует поведение, связанное со здоровьем, то у него есть шанс на недопущение болезни, проявление болезни, или на снижение болезни [Monitoring the Future]. Большинство современных

теорий управления поведением при инициации, позитивно поддерживает здоровье. В них рассматриваются способы регуляции физических и психических затрат, а также объемы будущих выгод от улучшения здоровья, оцениваемых самим индивидом. Многие из этих теорий сходятся в ценностно-смысловой ориентации, в отношении будущего человека. При этом, направленное изменение поведения, оказывает позитивное влияние на продолжительность его жизни [Weinstein, 1993; Janz, Becker, 1984]. К таким теориям относятся: теория Ajzen и Fishbein, (1983) — «модели веры в здоровье»; теория обоснованных действий, теория запланированного поведения Ajzen, (1991); социально-когнитивная теория Bandura, (1986); теория ожидаемой субъективной полезности Sutton, (1987); теория мотивации и защиты Maddux и Rogers, (1983). Рассматриваемые теории различаются объяснением конкретных факторов, определяющих поведенческие решения людей. Среди них: социальные нормы, самоэффективность, воспринимаемый риск и трудности. По мнению Rothman, эти теории явно или скрыто построены на предположении, что процессы, лежащие в основе инициирования нового поведения, аналогичны тем, которые определяют поддержание нежелательного поведения [A.J. Rothman, 1983]. Становление отечественного научного направления в области профилактики здоровых людей (валеологии) принадлежит профессору И.И. Брехману, который одним из первых начал разрабатывать методологические проблемы здоровья [Брехман, 1990]. При этом он считал, что наука о здоровье — интегральная наука, впитавшая в себя знания психологии, педагогики, экологии, медицины, биологии и другие.

Теории инициирования изменения поведения. Западные исследователи Lichtenstein и Glasgow (1992), Wing (1997) и другие считают, что эти вмешательства декларируют относительную пользу осуществления рассматриваемых изменений. Такой подход был эффективным в период оказания массовой помощи при инициации изменений поведения. Следует отметить, что основным недостатком упомянутой стратегии оказалась ее

ограниченность для сопровождения поведенческих изменений. Поэтому, предусмотренные в ней, профилактические вмешательства могли инициировать новые модели поведения, но оказались не способными длительно поддерживать достигнутые изменения.

Теории поддержания изменений поведения. Ряд исследователей — Miller и Taylor (1980), Lando (1993), опираясь на стратегию содействия, нацеленную на поддержание позитивных изменений поведения, выявили дифференциацию вмешательств. Оказалось, что увеличение интенсивности и/или продолжительности оригинальных профилактических вмешательств позволяет задержать рецидив нежелательного поведения. Согласно этой модели решения, касающиеся поведенческих начал, основаны на представлении о будущей выгоде, могущей впоследствии стать результатом изменений поведения. Отсюда начало этих изменений можно представить как процесс саморегуляции, с помощью, которой люди стремятся уменьшить расхождение между текущим и желаемым целевым состоянием. В отличие от поддержания установившегося образца поведения, ожидаемые изменения основаны на большей удовлетворенности ими в сравнении с текущим поведением человека. Чувство удовлетворения указывает на то, что первоначальное решение изменить поведение было правильным. Кроме того, это чувство поддерживает усилия человека по контролю собственного поведения в связи с удовлетворенностью и стремлением к минимизации, уязвимости от отложенного рецидива. Выбирают поведение с целью сохранения и поддержания благоприятной ситуации во избежание возврата назад, к предыдущей трудной ситуации с менее приятным состоянием. Отсюда содержание профилактического вмешательства можно расценивать как аннулирование нежелательного поведения, осуществляемого на основе саморегуляции. В то же время люди стремятся сохранить соответствие между текущими и нежелательными целевыми состояниями. В целом есть основание полагать, что успехом изменения поведения движет желание индивида

изменить его нынешнее состояние. В то же время успешное обслуживание движет его желание сохранить свое текущее состояние.

Теории когнитивно-поведенческого вмешательства. Когнитивно-поведенческие вмешательства направлены на преодоление различных психологических затруднений — депрессии, тревожных расстройств, сексуальных дисфункций, переживаний ситуаций насилия и др. В работах Masters (1970), Beck, (1976), Foa и Kozak, (1985) и других авторов отмечено, что эти вмешательства содержат целевые ожидания пациентов, относящиеся к результатам своего лечения и к результатам будущих событий. Эти вмешательства в первую очередь нацелены на изменение дисфункциональных когнитивных процессов, таких как отрицательные психологические отклонения в прошлых жизненных ситуациях и профессиональной деятельности, нелогичные выводы из протекающих событий и др. Упомянутые методы не содержат ожидания и стремления алкоголика оптимизировать свое физическое здоровье. Существуют также методы профилактических вмешательств, предотвращающих злоупотребление алкоголем на основе хорошо обоснованных отрицательных ожиданий. Исследованиями Darkes и Goldman в 90-е годы установлено, что позитивные ожидания способствуют увеличению потребления алкоголя и, наоборот, отрицательные — уменьшают частоту и объем его потребления [Darkes, Goldman, 1990]. В отличие от стратегии вмешательства, нацеленной на ожидания, стратегии сбалансированного состояния призывают участников сосредоточить внимание на обе причины отказа от курения одновременно. Тогда можно понять причину курения, представляющую собой выход из напряжения (стресса). В стратегии решения рассматриваемой проблемы в рамках сбалансированных условий включают оптимистичные предложения групп участников, сосредоточивая их внимание на недостатках выбора по прекращению курения, связанных с дискомфортом и трудностями выхода из нежелательного процесса. При этом участники должны прийти к убеждению, что, хотя отказ от курения является трудной и неприятной

задачей, однако они смогут сделать это. Раскрыты различия между оптимистичными и сбалансированными условиями профилактики и лечения.

Междисциплинарные теории изменения поведения. В последнее время в нашей стране и за рубежом значительную актуальность в исследовании профилактического воздействия на зависимое поведение приобретают междисциплинарные теории по изменению поведения. Необходимо отметить, что в этих теориях наряду с психологическим подходом имеется детерминированный подход из другой области знаний, который, в свою очередь, определяет и ведущий фактора вреда (табл. 2.2).

Таблица 2.2.

Классификация теорий профилактики зависимости от психоактивных веществ (по Менделевичу Д.М. 2007, дополнено Аршиновой В.В.)

Класс теорий Авторы	Ведущий фактор	Цели профилактических вмешательств
Биологические теории. Клинические концепции «Биохимический барьер» К. Okamoto (2001)	Существование в организме рецепторов, ферментов, белков и других биологических агентов чувствительных к экзо-генным психотропным веществам.	Информирование лиц, с выявленными особенностями в отношении психотропных веществ, о возможных последствиях употребления Диспансеризация здоровья
Медицинские теории (генетические факторы. заболевание) G. Holden (1991), В. Tabakoff (1998) E. Jellinek (1960)	Аддикт – больной наследственно или приобретено, болезнь хроническая рецидивирующая. Восприимчивость к наркотикам связана с генетической, нарушениями обмена, травмами детства	Выявление лиц, имеющих повышенную уязвимость к действию психоактивных веществ и информирование о возможных последствиях их употребления. Патронаж над состоянием трезвости личном и семейном уровне.
Теории адаптации в аддикции G. Koob (1996) В. Lecher (1997) P. Koiman (2003) Менделевич (2005)	Изменение состояния сознания под действием психоактивных веществ, способствует адаптации личности в сложных ситуациях	Диагностика и повышение адаптационных возможностей человека различными средствами, отличными от употребления психоактивных веществ. Обучение лиц имеющих особенности адаптации копинг-стратегиям
Теории дисфункциональных изменений A. McLellan, С. O'Brien, (2000)	Прием психоактивных веществ устраняет имеющиеся у индивида психиатрические и психологические симптомы	Предоставление человеку средств преодоления психических и психологических проблем без психоактивных веществ. Обучение навыкам самоконтроля и самодиагностики

Теории формирования ответственности П. Дюбуа (1909) Т.А. Флоренская (1991) В. Кондраенко (2005)	Потребление психоактивных веществ, как следствие проблем самоактуализации и формирования ответственности. Потребитель сам принимает решение об их употреблении либо прекращении	Помочь индивиду понять себя, свои потребности, найти способы их реализации. Тренинг-трезвости в группе сверстников Группы духовного общения, Группы духовной беседы
Психодинамические нарушения R. Cloninger (1999) И.Даренский(2001)	Прием ПАВ смягчает проблемы, возникшие в силу дефектов тех или иных стадий индивидуального развития	Просвещение молодежи по вопросам воспитания детей, повышение психологической культуры общества
Теория социальных психологические девиаций J. Mill (1859) С.Гиль (2003) Я. Глинский (1993)	Наркоман - аморальная личность, движимая гедоническими устремлениями	Осуждение наркоманов, сообщения устрашающей информации. Страх наказания должен предотвратить потребление наркотиков
Теории системного фактора: устойчивое развитие личности В. Аршинова (2012)	Психоактивное вещество вызывает изменение (вплоть до разрушения) действия функциональной системы «устойчивое развитие личности»,	Формирование устойчивого развития личности, которая стоит на страже природно-обусловленного единства физиологических, психических, социальных и духовно-нравственных процессов в жизни человека
Теории семейного фактора Coleman (1976)	Психоактивное вещество как средство приобретения псевдонезависимой индивидуальности, негативно связываемой с родителями.	Информирование молодежи о психологии взаимоотношений Психологической гигиене в семье. Тренинг семейного взаимодействия
Межличностное взаимодействие 70-80 годы 20 века К. Роджерс, Э. Берн	Давление сверстников: употребление ПАВ - признак принадлежности к группе	Тренинг навыков общения, навыков социализации. Тренинги эффективного общения, Тренинги асертивности Тренинг лидеров, работы в команде, Тренинг обмена креативных идей
Теории общественного развития А. Тоффлер (1997) D. Meadows et al. (1972)	Истинной причиной злоупотребления ПАВ считается нарушенное функционирование общества	Нормализация социально-экономических отношений, природных и экологических условий проживания человека

В таблице 2.2. приведены примеры комплексных профилактических

теорий представленных в «Руководстве по аддиктологии» Д.М. Менделевича (2007), с указанием ведущих факторов, способствующих одновременному появлению зависимости и лежащих в основе профилактических мероприятий, и цели профилактических вмешательств, таблица представлена по Д.М. Менделевичу, перечень теорий дополнен и расширен соискателем.

Таким образом, проведенный нами анализ теорий показал, что многообразие профилактического знания в области предотвращения зависимого поведения отражает активно растущий интерес отечественных и зарубежных ученых к решению вопросов предупреждения аддикций. Научные школы развитых стран имеют приоритет по разным научным направлениям в области профилактики зависимого поведения, остается надеяться, что отечественные исследователи еще смогут наверстать упущенные возможности.

2.2.4. Психолого-педагогические теории антиаддиктивной профилактики

Становление психологического знания в области профилактики зависимого поведения происходило параллельно с зарождением психологии как науки. Впоследствии, выделившись в самостоятельное направление, оно стало наукой о профилактике аддикций. Анализ многочисленных теорий в этой области, показал необходимость их упорядочения в рамках современной американской классификации деятельности по сбережению психического здоровья и предупреждению психических расстройств. Предложенный соискателем принцип обобщения предоставляет возможность, более четко выбирать наиболее приоритетные подходы в области теоретического знания в научных и практических мероприятиях в области профилактики зависимого поведения. Выделенные авторами специфические теории в области профилактики зависимого поведения раскрывают знания, выстроенные в соответствии с современными концепциями (теориями) самоуважения, регулирования эмоций, атрибуции, культурного и гендерного разнообразия,

социальных сетей (в контексте сообществ) и психологической экологии. Проведенный нами, сравнительный анализ различных теорий, позволяет представить современные психологические подходы профилактики аддикций, опираясь на теории педагогической психологии. Цель объединения — изучение контроля автономным поведением в новаторской области биологической обратной связи оперантного научения Скиннера, социального научения Бандуры и рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии Эйлеса, Гарсия и Лазаруса. Работы Павлова очень заинтересовали американских коллег. Поэтому до сих пор его идеи находят отражение в современных разработках профилактических вмешательств в зависимое поведение. Торндайк американский психолог и педагог, одним из первых среди психологов обратился к изучению эффекта, имеющего позитивный или негативный стимул и называемый так по реакции, вызванной предъявляемым стимулом. Этому автору принадлежит серия работ по психологии обучения арифметике и алгебре, которые сегодня активно востребованы на поприще профилактического воздействия по предотвращению зависимого поведения. Для количественного определения уровня психического развития Торндайк разработал систему ментометрических приемов (тестов) и внес ряд коррекций в модель научения, признавая, в частности, значение сенсорного контроля над процессом формирования навыков [Торндайк, 1998]. Это направление активно используется в профилактике для проведения тренингов позитивного мышления. Н. Миллер и Д. Доллард создали собственную теорию конфликтов. Опираясь на теории конфликтов К. Халла., они рассматривали их как одновременное возбуждение двух раздражителей: типа: «приближение–приближение», «избегание–избегание», либо «избегание–приближение» [Bova, 2004].

Сегодня решение конфликтов является первоочередной мерой в профилактике зависимого поведения, так как доказано, что сам конфликт разрушительно действует на всю психику человека. Работа Д. Долларда и

Н. Миллера «Личность и психотерапия» представляет собой попытку применить теорию «стимул–реакция» к объяснению причин возникновения психических нарушений поведения. С их точки зрения, функциональный невроз (к которому в то время относили алкоголизм) возникает как результат процесса научения. Иными словами невроз, как причина и следствие многих видов зависимости, возникает по определенным законам научения. «Если происходит научение невротическому поведению, то от него можно и отучить с помощью комбинации тех же принципов, что использовались при научении» [Bova, 2004]. Несмотря на критику и опровержения, данная теория активно используется для разработки профилактических программ предотвращения зависимого поведения. Основу таких программ составляет тренировка уверенности в себе, репетиция просоциального поведения и самоконтроля, необходимого для формирования адекватности и адаптации человека в обществе. А.Бандура считал, что основу поведения составляет моделирование деятельности через показ образа. Наблюдаемый человеком со стороны поведенческий образ способствует формированию модели символического представления собственного поведения. В свою очередь научение регулируется четырьмя взаимосвязанными компонентами: вниманием, сохранением, моторно-репродуктивными и мотивационными процессами.

Наши исследования показали, что связь с фундаментальными исследованиями в области педагогической психологии позволяет применять немедикаментозные методы исследования и мониторинга профилактических программ в соответствии с историческим становлением теорий научения. При этом необходимо отметить, что широта применения теорий научения не позволяет очертить весь спектр современных теорий в области профилактики аддиктивного поведения.

Глава 3. Развитие междисциплинарного подхода, ориентированного на личностные компетенции, как новой модели антиаддиктивной профилактики учащихся в общеобразовательных учреждениях

3.1. Теоретический анализ междисциплинарного подхода к антиаддиктивной профилактике

3.1.1. Авторская (новая) терминология в области изучения зависимого поведения

Накопление достаточного количества эмпирических данных позволило осуществлять разработку научно-теоретических подходов. При разработке «Концепции становления системы профилактики аддиктивного поведения детей и молодежи в сфере образования города Москвы» (2009 г.) нами были систематизированы основные термины, касающиеся профилактики зависимого поведения. Поиск границы между профилактическим, реабилитационным вмешательством и вмешательством сопровождения (консультации и рекомендации по самостоятельному преодолению зависимости) привел Управление по алкоголю, наркотическим веществам и психическому здоровью США (ADAMHA — Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration) к разработке широкого диапазона терминологии, методологии и алгоритмов действий. Профилактика химической зависимости представляет собой сложнейшую проблему междисциплинарного характера, затрагивающую практически все социальные институты — образование, здравоохранение, культуру, юстицию и др.

Разработанные соискателем термины активно используются в настоящее время, в работе педагогов, психологов и врачей. Обобщая отечественные и зарубежные научные психологические подходы в области профилактики аддикций, используя результаты собственных исследований и профилактических программ, позволил соискателю впервые разработать

обобщенный понятийный аппарат науки о профилактике в области зависимостей, представляющий собой новое научное направление, названного им «Антиаддиктивная превентология», или «Превентология аддикций», или «Превентология зависимого поведения»

3.1.2. Объект и предмет антиаддиктивной превентологии

Основными объектами исследования антиаддиктивной превентологической парадигмы являются следующие составляющие:

- категории антиаддиктивной профилактической стратегии, «объективное и субъективное профилактическое пространство», «антиаддиктивное профилактическое пространство семьи», «информационное антиаддиктивное профилактическое пространство, и др.
- аддиктивные стратегические категории: «пространство зависимого поведения», «пространство девиаций», «пространство неблагополучия», «пространство низкого и среднего качества жизни», «псевдопрофилактические антиаддиктивные программы», «мониторинг проявлений зависимости», «аддитивная политика», «знания о зависимостях»,
- категории антиаддиктивных профилактических тактик - «здоровье», «норма жизнедеятельности», «благополучие», «счастье», «достойное качество жизни», «среднее качество жизни», др.
- аддиктивные тактические категории - «зависимость», «девиации», «отклонения, в психологическом развитии», «неблагополучие», «низкое и среднее качество жизни», «и др.

Основными предметами антиаддиктивной превентологии являются:

- «глобальные факторы вреда здоровью и жизни», «факторы, вовлекающие в зависимое поведение» «факторы, вызывающие формирования зависимого поведения», «причины возникновения зависимости», «факторы, влияющие на удержание аддиктивной ремиссии»;

- «факторы, способствующие формированию и удержанию здорового образа и здорового стиля жизни», «факторы, направленные на сохранение, поддержание, передачу и формирование норм жизнедеятельности», и др.;
- «антиаддиктивные ценностно-смысловые конструкты охраняющие здоровье», «антинаркотические установки», «антиаддиктивные установки», «субъективное благополучие», «эмоциональное благополучие», «уровни жизнедеятельности» и др.
- «нематериальные и материальные антиаддиктивные профилактические ресурсы» человека, группы, семьи, общества, распределенные по уровням жизнедеятельности и др.
- «антиаддиктивные профилактические компетенции», распределенные по уровням жизнедеятельности (знания, навыки, умения, направленные от зависимости и нацеленные на сохранение и развитие здоровья);
- механизмы и методы формирования антиаддиктивных профилактических компетенций» по уровням жизнедеятельности, интернет пространству, в социальных сетях и др.;
- «антиаддиктивная профилактическая реклама», профессиональная непрофессиональная, для всех групп населения и видов СМИ «псевдопрофилактическая антиаддиктивная реклама» и др.;
- профессиональные компетенции специалистов в области профилактики зависимого поведения и др.;
- «стандарты антиаддиктивных профилактических образовательных программ» для всех участников образовательного процесса, для различных групп населения и каждого социального института и др.;
- «образовательные стандарты по подготовке специалистов в области профилактики зависимости» для среднего и высшего профессионального образования и др.;
- «стандарты антиаддиктивной профилактической деятельности» для специалистов и общественных активистов и др.;

— «стандарты оказания антиаддиктивных профилактических услуг», «стандарты оказания антиаддиктивных профилактических телематических (информационных) услуг», «стандарты страхования антиаддиктивных профилактических услуг» для каждой группы населения и каждого социального института и др.;

Главенствующее место в национальном профилактическом пространстве отводится сфере образования с координирующей ролью высшей школы. Существует несколько способов категоризации теорий и моделей, связанных с программами профилактики зависимостей. Предварительно их подразделяют на две группы. Первая группа: «теории здоровья» и «теории направленного изменения поведения». Вторая - включает модели, используемые для планирования, осуществления и оценки профилактических программ. Эта группа относится к «модели планирования». Научное профилактическое знание определяют место и роль сферы образования на каждом уровне профилактического пространства.

3.1.3. Основы системного психологического подхода в профилактике аддикций

Основы системного подхода в антиаддиктивной профилактике лежат в различных областях психологии и представлены в исследованиях многих отечественных и зарубежных ученых XX века: Л.С. Выготского, А.Ф. Лазурского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина, Ж. Пиаже и их учеников и последователей.

Раскрывая системный подход в психологии, советский профессор, методолог научного познания — Эрик Григорьевич Юдин в своей работе «Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки» [Юдин, 1978], пришел к выводу, что родоначальниками системного подхода в психологии стали основатели психологии развития. В частности, Э.Г. Юдин писал, что культурно-историческая теория Л.С.

Выготского и генетическая эпистемология Ж. Пиаже являются первым отражением системного подхода в психологическом знании [Юдин, 1978].

Близость концепций советского психолога Л.С. Выготского и швейцарского психолога и философа Ж. Пиаже к современным системным исследованиям аддикций выражается в том, что системный предмет психологии, как и в превентологии, не может быть построен в традиционных взглядах. Это не простая перестановка терминов, имеющих психологических понятий, а реализация комплексного, междисциплинарного подхода к изучению психики, в частности его профилактической (здоровьесберегающие) особенности.

Обратимся за аналогиями современных антиаддиктивных знаний, представленных в работах Л.С. Выготского, который, опираясь на концепцию деятельности, важнейшим положением изучения психики считал анализ знаковых систем и орудийных средств [Выготский, 2000]. В своих трудах Л.С. Выготский большое значение придавал таким понятиям, как «интериоризация» (лат. interior — внутренний) и «экстериоризация» (лат. exterior — наружный, внешний), что особенно важно для профилактической работы, когда внешние здоровьесберегающие навыки, имеющиеся у окружающих, переходят во внутренне системные конструкты. Опираясь на слова Л.С. Выготского, о том, что каждая функция человеческой психики в начале своего формирования складывается как внешняя, социальная форма общения между людьми, то в дальнейшем она составляет основу построения социальных, в том числе профилактических, систем различного уровня. Любая функция психики выступает как трудовая или иная деятельность и лишь впоследствии, в результате интериоризации, становится «системным компонентом психики». Если экстериоризация — это процесс превращения внутреннего психического действия во внешнее, то по отношению здоровья она является логическим продолжением интериоризации или «системным профилактическим продуктом» психики.

Венгерский ученый Ласло Гараи (Laszlo Garai) в интервью, опубликованном журналом «Вопросы философии» в 2011 г., высказал мысль, что диада Выготского, включает в себе все системное наследство четвериады Рубинштейна. Наследие составляют такие понятия, как: «предмет и деятельность», «аспект истории» и «аспект общества», каждый из которых обладает системными признаками и, в свою очередь, входит в системное понятие — «идентичность личности». Понятие «интериоризация» («экстериоризация») является одним из ключевых в современной образовательной психологии США в области профилактики аддикций, строящейся на основе культурно-исторического подхода Л.С. Выготского. Это направление широко применяется в практике построения систем адаптации, позволяющих создавать в сфере образования антиаддиктивные профилактические условия, направленные на адекватное, трезвенное развитие самокритики, самоконтроля и эффективного приспособления ребенка и молодого человека к жизненной реальности.

Обратившись к учению об интериоризации–экстериоризации П.Я. Гальперина, представляемых им в форме ведущего системообразующего процесса психики, можно отметить, что профилактические конструкты, позволяющие активно противостоять агентам зависимости становятся системным факторам внутренних профилактических систем. Следуя его «Теории планомерно-поэтапного формирования умственной деятельности человека», к сущности психических явлений и процессов, к механизмам их формирования и развития, можно утверждать, что это уникальная по своей сути и внутренней целостности система психологических профилактических знаний [Гальперин, 2005]. Методологически Гальперин раскрыл принципиальный путь освоения индивидом общечеловеческого опыта. Это значимо и для антиаддиктивной профилактической науки, которая находится в постоянном системном поиске методов формирования здорового образа жизни. Это находит отражения в национальных программах и моделях профилактики

зависимого поведения, внедряющихся во многих странах мира. Например, программы и концепции ведущих стран мира: Программа по предупреждению насилия (Violence-Prevention Program) была разработана Детским Комитетом Сиэттла для города Вашингтон США, и началась 2003 г. [Effective Strategies..., 2008], и; Сетевая программа в области новых подходов к профилактике алкоголизма и по безопасности образовательной среды, разработанная Университетом штата Алабама, проводится с 2004 г. [Valente T.W., Gallaher P., Mouttara M., 2004]. Эти программы перерабатываются, но их структура и актуальность – неизменны, а работа по ним продолжается до сих пор.

Австралийская национальная стратегия антинаркотического образования, работает с 1999 г. [Loxley, W., Toumbourou, J. et al, 2004] и, на сегодняшний день, она актуальна в пересмотре с изменениями и дополнениями.

3.1.4. Системные междисциплинарные подходы в профилактике аддикций

Базовые системные методологические основы изучения личности при междисциплинарном психологическом подходе разработаны в XX в. в трудах Б.Ф. Ломова, Б.Г. Ананьева, В.П. Кузьмина, и других ученых [по Ганзен, 1986]. Большой вклад в формирование антиаддиктивного профилактического знания внесли труды Б.Г. Ананьева. Результаты его лонгитюдных исследований, позволили наиболее полное отразить системное изучение личности через цепь корреляций между многими нейропсихическими функциями, процессами, состояниями и свойствами личности и взглядом на психологическое развитие человека как на процесс расширения его сознания [Ананьев Б.Г., 1999]. В середине прошлого столетия учение Б.Г. Ананьева о том, что наука располагает вполне объективным подходом к изучению целостности организма и его онтогенетического развития, становится основой для переосмысления ряда профилактических моделей школьной безопасности, рассматривающей личность и организм, как единое целостное противодействие факторам риска вовлечения в зависимое поведение. Системный подход позволяет расширить

познание и овладеть внутренними связями между всеми частями структуры и развития живых систем на биологическом, физиологическом, психическом, социальном уровнях. Это положение отражено в системном представлении о здоровье и его уровнях: «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «социальное здоровье». В дальнейшем уровни здоровья были дополнены понятиями «сексуальное здоровье» и «духовно-нравственное здоровье». Каждому уровню, считал Б.Г. Ананьев, соответствует целостный объект, лежащий в основе существования данного уровня. Так, основу биологического уровня составляет клетка и межклеточные взаимодействия, физиологического — организм и связи между органами, психического — сознание и взаимосвязи психических функций, социального — личность и межличностные и общественные отношения. Интеграцией этих уровней и взаимоотношений их оснований является целостное понимание о профилактическом вмешательстве в области противостояния аддикциям. Ананьев отмечал, что новейшие экспериментальные данные и их математическая обработка подтверждают мысль Л.С. Выготского о положительных корреляциях межфункциональных связей, образующихся в процессе развития ребенка и влияния на это развитие историко-культурных факторов развития общества [Ананьев В.А., 2002].

Несмотря на приоритеты отечественной мысли в направлении системного подхода в психологии в конце XIX и начале XX в., удержать первенство, приобретенное в советское время, российским ученым не удалось. Следует также отметить, что и в настоящее время научная российская школа в области системного подхода к профилактике зависимого поведения делает лишь первые шаги.

3.2. Компетентностный подход в новой антиаддиктивной превентологической парадигме

Обратившись к теории научения, применяющейся в области профилактики зависимости, нельзя обойти стороной компетентностный подход.

По данным наших исследований, в этой области знаний рассматриваются различные формы зависимости как факторы, оказывающие воздействие на формирование житейских, учебных и профессиональных компетенций при воспитании, получении образовании, деятельности на рабочих местах и др. Например, международная американская организация IC & RC, сертифицирующая программы и специалистов в области аддикций, отметила ряд существенных позитивных изменений в последние годы в США [California Prevention, 2008. [Lundgren L., Brännström J., Chassler D., Wilkey C., Nordström A., 2013].

За последнее десятилетие важными результатами профилактики во многих штатах стали: 1) повсеместное требование к улучшению и расширение возможностей использовать накопленное знание, чтобы активизировать работу по профилактике; 2) разработка профилактической политики, программ и практики по формированию профилактических компетенций у обучающихся образовательных учреждений и работников на рабочих местах; 3) развитие индивидуальных профилактических компетенций, например защиты, устойчивости, личностного развития; 4) разработка стандартов профессиональных компетенций подготовки по подготовке кадров в области зависимого поведения; 5) включение стандартов антиаддиктивной профилактики в системы реинжиниринга и страхования профилактических и лечебных услуг.

Такой взгляд на достижения в области профилактики потребовали от нас более детального рассмотрения вопросов компетентностного подхода в знаниях о профилактике зависимого поведения. В нашей стране формирование антиаддиктивных профилактических компетенции относят к процессу воспитания детей и молодежи, учитывающие одновременно личностное развитие и требования, предъявляемые обществом.

Такие подходы проявляются при формировании у ребенка умений создавать навыки, полезные для общества, для достойного выполнения

социальных ролей и выстраивания оптимальных (внеконфликтных) коммуникаций. Такие же подходы используются и при становлении процесса непрерывного личностного, нравственного и духовного развития, активной гражданской позиции, росте профессиональных компетенций. А.Г. Асмолов [Асмолов, 2001], Л. Хьелл и Д. Зиглер [2005] и другие авторы показали, что в современных условиях личность может сформироваться при любом типе воспитания. При этом они полагают, что личность будет развитой и самостоятельной в зависимости от того, готов ли человек решать проблемы, которые ставит перед ним современная жизнь, а это связано с конкретным типом воспитания. В то же время превентивная работа непосредственно формирует компетенции профилактического поведения: стрессоустойчивость, асертивность, внеконфликтность, социальные навыки общения, принятие и оказание помощи, ответственность, благодарность [Розин, 2003].

Р. Нельсон-Джоунс считает навыки здорового человека действия - это формирование различных так называемых «посланий»: вербальных, голосовых, телесных, который человек передает через прикосновения, посредством действий [Нельсон-Джоунс, 2000]. Обладая антиаддиктивными профилактическими компетенциями, человек демонстрирует качества умелого здорового индивида — это человек, обладающий сформированными профилактическими компетенциями, который на основе их демонстрирует следующие качества. Он реактивный, реалистичный, достаточно легко восстанавливающий необходимые ресурсы и отношения, строящий вознаграждаемую деятельность, четко определяющий и восстанавливающий для себя границы добра и зла.

3.2.1. Влияние зависимого поведения на образовательные компетенции учащихся

По данным наших исследований, в профилактической области знаний рассматриваются различные формы зависимости как факторы, оказывающие

воздействие на формирование житейских, учебных и профессиональных компетенций при воспитании, получении образовании, деятельности на рабочих местах и др. На примере образовательных компетенций, нами показано как влияет фактор зависимости на их формирование у ребенка и молодежи. Если не учитывать тенденций вовлечения учащихся в зависимое поведение, отмахнуться от них, то даже самая прекрасная из выстроенных моделей современной «новой школы», станет активно подтачиваться и на деле превратится в еще большее подспорье вовлечению в зависимое поведение.

По мнению многих исследователей, 80–90-е гг. XX в. могут быть определены как отдельный период профилактического знания — период становления психологии развития личности. Признаками этого периода, наравне с другими признаками, профессор МГУ им. М.В. Ломоносова К.А. Абульханова-Славская [1991] считает: сближение с этикой, обращение к нравственно-ценностным аспектам поведения, мышления и мотивации. Особое внимание уделяется проблемам психического здоровья, психотерапии и консультированию.

Профессор Е.Н. Васильева [2006] считает, что важный аспект личностного развития — это гармоничное сочетание способности сохранять душевное равновесие и способность к саморазвитию, или, иными словами, сохранять гармонию устойчивости, когда творчество взрывает равновесие. Именно такое сочетание позволяет человеку решать сложнейшие проблемы, с которыми сталкивает нас жизнь: справляться со стрессами, преодолевать эмоциональные кризисы, осуществлять замыслы, ставить цели и достигать их.

В 1996 г. Советом Европы предложен перечень «Ключевых компетенций европейского образования» [Совет Европы: симпозиум, 1996]. Исходя из «Теории и технологии креативного обучения» доктора педагогических наук А.В. Хуторского [2000], рассмотрим влияние факторов-катализаторов зависимости. По нашему определению, в каждой из предлагаемых

компетенций, есть свое «слабое звено». На него и может подействовать проявление зависимого поведения у школьников.

3.2.2. Антиаддиктивные профилактические компетенции и методы их формирования

Сегодня основной направленностью практической деятельности в получении профилактических сохраняющих здоровье результатов признаны консультации и выработка жизненных навыков. Ученые часто привлекают и теории изменения поведения. Основная цель этих теории состоит в развитии различных умений и навыков. К примеру, умение внимательно слушать, умение понять точку зрения другого человека, навык уверенности в достижении позитивной цели, позитивной установки на будущее, умение в конфликте достигнуть рабочего компромисса. На это направлены такие теории, как: 1) теории мотивации целеполагания и смыслоопределения; 2) теории принятия решений; 3) теории преодоления трудностей (теории преодоления стресса); 4) теории копинг-стратегий; 5) теории преодоления патопсихологических состояний (депрессий – тревожных расстройств, сексуальных дисфункций, когнитивно–поведенческие теории).

Рассмотрим некоторые из теорий, активно применяемых в профилактике зависимого поведения. К таким теориям относятся: теория Айзена и Фишбейна [Ajzen, Fishbein, 1980] — «модели веры в здоровье»; теория обоснованных действий, теория запланированного поведения Айзена [Ajzen, 1991]; социально-когнитивная теория Бандуры [Bandura, 1986]; теория ожидаемой субъективной полезности Саттона [Sutton, 1987]; теория мотивации и защиты Маддукса и Роджерса [Maddux, Rogers, 1983]. Рассматриваемые теории различаются объяснением факторов, определяющих компетенции в принятии решения. Среди них: влияние на принятие решений социальных норм, самооэффективности, восприятие риска и преодоление трудностей. По мнению Ротмана, эти теории явно или скрыто, построены на предположении о том, что

компетенции, лежащие в основе инициирования нового поведения, аналогичны тем, которые определяют поддержание нежелательного поведения [Rothman, 2000]. Стратегия профилактических вмешательств, по мнению Пири с соавторами [Pirie et al., 1992] и Джеффри с соавторами [Jeffery et al, 1993], направлена на повышение осведомленности общества о преимуществах и пользе для здоровья людей, основа на профилактических компетенциях формирующихся при реализации профилактических образовательных программ, а также при получении позитивной информации от индивидов, успешно изменивших свое поведение к лучшему.

Концептуальная модель «здоровое изменение поведения» основана на идее инициации его изменения и поддержания, опирающейся на различные критерии решения в области здоровья сохранения. Авторами аналогичных моделей являются Карвер, Шейер [Carver, Scheier, 1990], Хиггинс [Higgins, 1997], Ротман [Rothman, 2000]. Когнитивно-поведенческие вмешательства направлены на приобретение компетенций по преодолению различных психологических затруднений — депрессии, тревожных расстройств, сексуальных дисфункций, переживаний ситуаций насилия и др. В работах Мастерса [Masters, 1970], Бек [Beck, 1976], Фoa [Foa, Kozak, 1985] и других авторов отмечено, что эти компетенции содержат целевые ожидания пациентов, относящиеся к результатам своего преодоления негативных состояний, результатов лечения и приобретения навыков оценки результатов будущих событий. Существуют также методы профилактических вмешательств, формирующих компетенции, предотвращающие злоупотребление алкоголем на основе хорошо обоснованных отрицательных ожиданий у молодежи, уже употребляющей алкоголь. Даркес и Голдман [Darkes, Goldman, 1993] установили, что позитивные ожидания способствуют увеличению потребления алкоголя и, наоборот, отрицательные — уменьшают частоту и объем его потребления. Анализ отечественной научной литературы позволил выявить теории, связанные с формированием компетенций профилактической

направленности. Так, Аникин [Аникин, 2007] и Фортова [Фортова, 2001] считают, что рассматриваемые теории позволяют исследовать и выстраивать профилактическую работу в современных условиях. Однако, следует отметить, что теоретические разработки рассматриваемой проблемы в отечественной литературе носят поисковый характер, далекий от современного мирового уровня формирования профилактических компетенций в области предотвращения зависимого поведения.

Благодаря психологическим подходам в профилактическую работу вводятся методы аверсивной терапии, контрбусловливания, обучения на моделях, обучения способам подкрепления, самоподкрепления, самоконтроля, самоутверждения, условно-рефлекторной терапии и многие другие. Андре Сальтер, предлагал методы «Условно-рефлекторной терапии», для воздействия на причины, вызывающие у человека чувство неуверенности в себе [Salter, 1949]. А. Сальтер предложил шесть характеристик здоровой, уверенной в себе личности, с состоянием неуверенности как преобладания процессов торможения в организме, которые можно преодолеть на основе формирования так называемых эксцитаторных рефлексов. В своих тренингах А. Сальтер придавал особое значение чувствам спонтанности по принципу «здесь и теперь». Методы формирования «эксцитаторной личности» до сих пор составляют основу большинства программ тренинга уверенности в себе, активно применяемых в профилактической антиаддиктивной (направленной против зависимости) работе [Ромек, 2000].

В современных методах профилактики зависимого поведения активно используют разработки А. Сальтера, находя в них особый взгляд на вопросы здоровья [The New York Times...]. Исследования А. Сальтера стали настолько широко признанными, что современные ученые в области поведенческой терапии, несмотря на то, что часто обращаются к его идеям — «иерархия обучения», «обучение выразительности», «вступление в контакт со своими чувствами», имя автора упоминают редко.

Более 50 лет назад, развивая идеи условно-рефлекторной терапии, южноафриканский ученый Джозеф Вольпе разработал эффективный метод лечения фобий, предположив в 1958 г., что помимо процессов торможения появление чувства неуверенности в себе может быть вызвано множественными социальными страхами [Wolpe, 1990]. Предложенная Д. Вольпе терапия социальных страхов базировалась на методе «систематической десенсибилизации», выстроенной на принципе контрбусловливания, устраняющего реакции стресса при столкновениях с неприятностями и трудными ситуациями. Тренинг самоутверждения Д. Вольпе получил широкое распространение в США и послужил основой для многочисленных программ профилактики зависимого поведения, включающих в себя тренинги уверенности — асертивности (assertiveness training). Академик И.С. Беритов в своей книге «Основные формы нервной и психонервной деятельности» (1947) отмечал: «...Существующие разногласия между психологами, физиологами и бихевиористами обусловлены тем, что акты поведения характерно отличаются от рефлексов» [Беритов, 1998]. Алгоритм формирования антиаддиктивных профилактических компетенций отразил профессор Кларк Халл в 1943 г. в своей классической теории мотивации и потребностей, описанной через паттерны поведения [по Bova, 2004]. Он исследовал все виды поведения: индивидуальные и социальные, моральные и аморальные, нормальные и психопатические. Более ранними исследованиями Халла было установлено, что при повторении связки стимул–реакция возникает ассоциация реакции со стимулом [Hull, 1935]. Это формирует привычки, совокупность которых составляет содержание личности взрослого человека

На основании изучения оперантной реакции Б.Ф. Скиннером была построена ключевая концепция теории оперантного кондиционирования (respondent conditioning — реакции на окружение), теория подкрепления, в которой ученый рассматривал личность как совокупность генетических, физиологических и поведенческих конструктов [Скиннер, 1999]. В

профилактическую работу вошли положения теории Б.Ф. Скиннера о том, что максимальное влияние на человека оказывают положительные подкрепляющие (вторичные, условные) стимулы: материальное поощрение, одобрение, внимание. Фундаментальная социально-когнитивная теория личности, разработанная А. Бандурой, также стала одной из значимых теоретических основ формирования профилактических компетенций в области зависимого поведения. Особенно ярко это отразилось в положении о том, что высшие психические процессы имеют способность предвидения, следовательно, поведение может регулироваться предвиденными образами. [Бандура, 1999]. Основными профилактическими компетенциями в его тренингах стали высшие психические функции. Внимание позволяет следить и определять алгоритм поведения. Теория самопродуцирования А.Бандуры объясняет, как люди ставят перед собой цели, которые приводят к нарушению внутреннего и внешнего равновесия. Посредством цели запускается механизм мотивации для действия, которое совместно с саморегулированием поведения порождает феномен самоэффективности. Швартера, предполагаемая самоэффективность тесно связана с широким кругом вопросов в области охраняющего здоровье поведения, влияющих на начало, ход и последствия психических и физических расстройств [Schwarter,1992]. Самоэффективность развивает возможности саморегулирования, необходимые для формирования самоподдержки нового поведения в течение длительного периода [Bandura, Walters, 1972]. В своей теории А. Бандура приходит к заключению, что личная эффективность (самоэффективность) является наиболее важным показателем людей, стремящихся к действию. Осознание самоэффективности индивида — это личное суждение человека о своей способности достигать определенного уровня выполнения задач [Bandura, 1986]. По мнению Р. Нельсона-Джоунса, психологи-консультанты в сфере здоровья на основе классических теорий научения могут разрабатывать методы по формированию компетенций

самоуправления, основанные, в частности, на социально-когнитивной теории [Нельсон-Джоунс, 2000].

Таким образом, социально-когнитивная теория обеспечивает профилактику различными подходами и методами, которые можно использовать в профилактической деятельности с целью повышения осознанной самоэффективности и эффективности профилактируемых.

Арнольд Лазарус, южноафриканский психолог, разработал мультимодальную терапию как систему комплексного психотерапевтического обследования и воздействия, основанную на совместном рассмотрении поведения (B-behavior), эмоций (A-affect), ощущений (S-sensation), внутренних образов (I-Imagery), когниций (C-cognition), межличностных отношений (I-Interpersonal relations) и медикаментозной (наркотической) зависимости (D-drugs). Отсюда появилась широко используемая аббревиатура BASIC-ID. В своих работах А. Лазарус обратил внимание на существование у многих неуверенных в себе индивидов поведенческого дефицита, проявляющегося в полном или частичном отсутствии у них навыков социального контакта, предъявления требований открытого выражения желаний и чувств, умения сказать «нет» [Лазарус, 2000]. Помимо названных ранее ученых, авторов известных теорий, в конце XX в. в Западной Европе получили широкое распространение программы тренинга уверенности и приобретения социальных компетенций Ульриха, Фельдхега и Краутана [Ullrich, R et all, 1978; Feldhege, Krauthahn, 1979] в Америке — программа тренинга уверенности Альберти и Эммонса [Alberti, Emmons, 1974].

Таким образом, выявленные нами современные взгляды на факторы научения позволяют представить классификацию антиаддиктивных профилактических компетенций, разработанных на основе фундаментальных и прикладных теорий. К достоинствам таких подходов можно отнести расширение представления о профилактическом вмешательстве как о

методологическом инструменте, позволяющим формировать антиаддиктивные профилактические компетенции

3.2.3. Компетенции как результат антиаддиктивных профилактических программ

Ознакомившись с теорией жизненных навыков, исследователи пришли к выводу о том, что, используя теоретические подходы, можно создать профилактические программы в области зависимого поведения. В 80-х годы XX в., многие исследователи, в том числе и американцы, доказали, что профилактические программы необходимы обществу (G.J. Botvin). Их целесообразно использовать для сдерживания роста и снижения потребления наркотиков, алкоголя, курения табака и других проявлений химической зависимости. Г. Ботвин и его соавторы [Botvin, Griffin, Nichols, 2006] считали, что «Формирование жизненных навыков» — ФЖН (Life Skills Training — LST) — это универсальная программа, предназначенная для всех индивидов данной популяции, а не селективное или целенаправленное вмешательство, адресованное только группе риска. Компонентами программы ФЖН являются: 1) личные навыки владения собой; 2) социальные умения; 3) информация и навыки, непосредственно касающиеся наркотиков. Программа ФЖН включает в себя: 1) тренинг когнитивных поведенческих навыков, 2) направляемые групповые дискуссии, 3) наглядные демонстрации в классе, 3) традиционные дидактические методы (обратная связь, социальное подкрепление, расширенная практика). Особую роль авторы отводят профессиональной подготовке тренеров, ведущих программу, ее научное сопровождение и мониторинг ее эффективности.

Согласно Л. Анциферовой, [Анциферова, 2000] и С. Нартовой-Бочавер [Нартова-Бочавер, 1997] целому ряду зарубежных авторов, с возрастом не обнаруживается заметного изменения в репертуаре «техник жизни» и только значительно меняется их иерархия. Однако, по мнению С. Чечельницкой

[Чечельницкая с соавтр., 2002], многолетний опыт исследования проблемы жизненных навыков и умений в психологии не привел к формированию единого подхода к интерпретации самого понятия. Под навыками понимаются достаточно разные феномены: области умения; уровень компетентности; знание и последовательность вариантов выбора форм поведения. По мнению профессоров Московского государственного медицинского стоматологического университета (МГМСУ), основоположников отечественной профилактической школы — Н. Сироты [Сирота, 2011], В. Ялтонского [Ялтонский, 2011], Б. Спрангера [Спрангер, 1993], О. Зыкова [Реабилитационные программы, 2012] и других авторов, в профилактике аддикций постепенно, начиная с 90-х годов XX в., сложился интегративный подход. Наши исследования показали, что длительный опыт применения компетентностного подхода и его многолетняя эффективность в разных странах мира дает основание утверждать, что этот подход обладает высоким профилактическим потенциалом и позволяет вместить в себя все социокультурное разнообразие.

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно констатировать, что в современной психологической науке профилактика зависимого поведения становится полноправным научным направлением, со всеми методологическими построениями научного знания.

3.3. Единство психологических подходов в антиаддиктивной профилактике

По данным наших исследований было выявлено, что системный подход в области немедицинской профилактики зависимого поведения широко заявил о себе в середине прошлого века и продолжается до наших дней. В этот период набирал силу и компетентностный подход в области профилактики зависимого поведения. Об этом свидетельствуют исследования таких ученых, как Л. фон Берталанфи, Дж. Миллер, Ю. Рюеша, А. Шафлен, К. Меннингер, П.П. Волков, и другие. В монографии «Системный подход и психиатрия», вышедшей в 1976 г.

под редакцией П.П. Волкова, раскрыты основные вехи системного знания в психиатрии и психологии в СССР [Системный подход в психиатрии..., 1976]. В ней впервые дается системный анализ отечественных и зарубежных теорий с рассмотрением наиболее значимых исследований того времени.

В этот период за рубежом также уделялось большое внимание развитию системных взглядов в психиатрии и психологии. Так, в 1969 г. в Бостоне опубликована книга «Общая теория систем и психиатрия», авторы которой — ведущие психиатры США [Березин, Лисецкий, 2002]. Одну из глав этой книги написал австрийский биолог Л. фон Берталанфи, (автор работы «Общая теория систем», написанной им еще в 30-е годы) [Bertalanffy, 1969]. В упомянутой книге автор подводит итоги своего исследования и связывает теорию систем с психологией и психиатрией, указывая на ряд достижений западной школы системности в этом направлении.

В книге «Общая теория систем и психиатрия» кратко изложена суть работ Дж. Миллера, Ю. Рюеша, А. Шафлена, Р. Гринкера, К. Меннингера, К. Левина по применению общей теории систем в психиатрии и психологии. Эти исследователи более детально, во всех аспектах, рассмотрели поведение, в том числе отклоняющееся поведение. Р. Гринкер впервые применил теорию систем к гомеостазу психических процессов у здорового человека и при в болезном состоянии. К. Менингер рассматривал характеристики личности как подсистемы, контролирующие жизненное равновесие, а душевные болезни как результат дезорганизации личности. Дж. Миллер в своих работах впервые дал общую характеристику живых систем. Он считал, что существуют системы не только в физическом пространстве, но и в теоретическом: социальном, бытовом, семантическом и т.п. Здесь Дж. Миллер развивает идеи топологических полей в психической деятельности, выдвинутые К. Левиным. А. Шафлен в своей работе делает вывод, что ключом к изучению поведения является исследование человеческих коммуникаций. Групповые коммуникации и есть «система поведения», поскольку поведение людей вне группы

невозможно. Именно групповые коммуникации формируют поведение личности. Когнитивный уровень представлен в виде специфических, иррациональных суждений — мифов о наркомании, например, «Я всегда могу бросить», «Курить марихуану — это не значит быть наркоманом» и т.д. Эмоциональный уровень представлен негативными симптомами — снижением настроения, депрессией, апатией и т.д. Поведенческий уровень является интегративным, объединяющим когнитивный и эмоциональный уровни. Он представлен в виде набора конкретных поведенческих реакций, являющихся симптомами нарушения социальной адаптации и наркотизации. Борьба с такими явлениями, призвана универсальная антиаддиктивная профилактика, которая во многих странах ведется по моделям программ формирования жизненных навыков (далее ФНЖ) в форме системной работы с учащимися на протяжении каждого периода обучения [Березин, Лисецкий, 2002]. Примером может служить, эффективная австралийская программа позитивной профилактики приобщения к употреблению психоактивных веществ детьми 6–8 лет предназначена для начальной школы. Она последовательно реализует концептуальную модель ФНЖ, и другие системные программы профилактические программы.

3.3.1. «Устойчивость» базовый феномен объединения психологических подходов

Для объединения системного и компетентностного подходов и представления этого единства в профилактике нами были использованы категории предложенные авторами, стоящие на позициях системного подхода. Современные исследователи предлагают, как правило, различные косвенные методы изучения устойчивости. Чаще ее определяют в виде отдельных характеристик устойчивости систем, выстраиваемых затем в общий вид, например, устойчивость поведения эмоциональная и т.д. В силу внезапно возникающих (эмерджентных) обстоятельств система может перейти из

устойчивого состояния в неустойчивое. И. Пригожин, рассматривая подобные явления, относит их к категории нелинейных, неравновесных, нестационарных открытых систем [Пригожин, 1985]. Такие процессы перехода, бифуркации (от англ. fork — вилка), связаны с изменением структуры системы и ее закреплением в новом качестве [Зайнетдинов, Тарасенко, 2000]. Главное свойство устойчивости — ее непрерывность во времени, которую можно представить как неразрывную связь прошлого, настоящего и будущего. Иными словами, устойчивость будущего всегда предопределена сегодняшним днем и является необходимым и доминирующим условием целостного существования любой системы. Из истории психологии известно, что изначально психологические знания основывались на обобщении наблюдаемых явлений устойчивого и неустойчивого характера в чувственной и ментальной сфере.

Например, еще Демокрит считал целью жизни «хорошее спокойное расположение духа. Это состояние, при котором душа живет безмятежно и спокойно, не возмущаемая никаким страхом, ни боязнью демонов, ни какой-либо другой страстью» [Диоген Лаэртский, О жизни..., цит. по изданию 1979 года].

Нами установлено, что устойчивость человека — это многоуровневая структура, присущая личностным, групповым и социальным, культурологическим процессам. Проявление устойчивости соответствует проявлению одновременно спокойного, рассудительного, критичного и эффективного психологических состояний человека. Это подтверждено исследованиями многих авторов Г. Хакен [1985], В.Г. Буданова [2006], Ю.М. Лотмана [2004], Т.Г. Стефаненко [2007] и др., которые пришли к выводу, что устойчивость личности может быть представлена в виде интегрального показателя функциональных психологических состояний психофизиологического, личностного, социального и культурологического уровня реагирования.

В профилактике особенно важен тот факт, о котором говорил Л.С. Выготский, «что развитию научного понятия грозит опасность стать вербальным, а житейскому понятию эта опасность не грозит», показывая их различие. Если в учебном процессе такое расхождение, является «движущим умственное развитие ребенка и вносит новые возможности развития ребенка», то в профилактической практике может нанести непоправимый вред и, пока жизненно важное профилактическое понятие будет работать у ребенка вхолостую, в его жизни могут состояться достаточно травмирующие ситуации [Выготский Л.С.,2005].

Широкую опору для становления в профилактическом знании системном составляют подходы Ж. Пиаже, которые позволяют достаточно детально разрабатывать методические пособия, выстраивать содержание занятий с учетом возрастной периодизацию развития личности, основываясь на операциональной природе психики. Мысль П.Б. Ганнушкина о том, что «личность должно изучать во всей ее полноте развития, во всем ее объеме, в окружении со средой, в течение всей ее жизни и в разных обстоятельствах». Такой подход позволяет определить последовательность мониторинга результатов профилактической деятельности.

В продолжение связи развития личности со средой является подход А. Шафлена, благодаря которому в профилактическую практику были внесены научные подходы по формированию критического и позитивного мышления в различные возрастные периоды

Таким образом, можно сделать вывод, что профилактическое вмешательство активно развивается с привлечением подходов психологии развития, компетентностного подхода, знаний о системности, которые, в свою очередь, учитывают феномен «устойчивости». Объединение названных подходов, на практике позволяет повышать эффективность образовательных программ, нацеленных на формирование антиаддиктивных профилактических компетенций.

3.3.2. Концептуальные положения «устойчивого развития личности»

Синтез и анализ изложенного материала позволили автору выстроить следующие определения, вошедшие в последующем в концептуальные положения «устойчивого развития личности».

Устойчивое развитие личности — это метафункциональная система человека (транспсихологическая), строящаяся на интеграции, цикличности и возобновлении психических процессов, от психофизиологического - до экзистенциального уровня. Эта система создает возможность для совершенствования личности с сохранением целостности внутреннего образа мира и гармоничности личностного развития. Такая функциональная система призвана реагировать на любые изменения и влияния в жизни человека от единичных слабых кратковременных - до длительных сверхсильных внешних и внутренних стимулов. В свою очередь, интеграция форм реагирования формирует новый опыт и новое качество в развитии личности и психологических процессов, начиная от психофизиологического и доходя до уровня высших духовных устремлений. Устойчивое развитие личности — система, которая формируется в течение жизни через интеграцию четырех базовых новообразований личности, таких как: психологическая культура, психологическая безопасность, психологическая устойчивость и стрессоустойчивость.

Психологическая культура (синонимы — культурологическая устойчивость, экзистенциальная устойчивость) — это подсистема устойчивого развития личности человека. Культурологическая устойчивость обеспечивает возможность каждому психологическому процессу преобразовываться, совершенствоваться, не нарушая единства ценностной и смысловой структуры личности. Психологическая культура представляет интеграцию циклов реагирования, формирующихся как следствие кризисных, кардинальных изменений на протяжении всей жизни. Такие циклы реагирования возникают в

ответ на переносимые человеком воздействия единичных и/или длительных сверхсильных факторов. Интеграция циклов культурологической устойчивости в течение жизни способствует формированию нового ценностно-смыслового опыта, новым компетенциям, направленным на изменение ценностно-смысловых конструкций вплоть до полной гармонии и возможности их передачи (трансляции) другому человеку, окружению и другим поколениям.

Психологическая безопасность (синонимы — психосоциальная устойчивость, социальная устойчивость) — это подсистема, входящая в структуру культурологической устойчивости. Социальная устойчивость интегрирует и гармонизирует психологические процессы внутри личностных и межличностных отношений и взаимодействий. Она дает возможность человеку совершенствоваться, не нарушая единства внутреннего и внешнего социального портрета. Социальная устойчивость интегрирует все компетенции реагирования как следствие взаимодействия человека с другими людьми и окружающим его обществом. Упомянутыми взаимодействиями фиксируются как малозначительные эпизоды, так и длительные события, формирующие новый опыт построения социального суверенитета вплоть до благоприятного социального взаимодействия. При этом формируются также необходимые компетенции, которые направлены на снижение факторов вреда от взаимодействия с людьми.

Психологическая устойчивость — это подсистема, входящая в структуру социальной устойчивости. Психологическая устойчивость интегрирует и возобновляет процессы научения при обучении. Она способствует накоплению опыта семейно-бытовой и профессиональной деятельности и достижению высокой степени профессионализма. Психологическая устойчивость интегрирует компетенции реагирования на длительные и сильные воздействия факторов внешней среды.

Стрессоустойчивость (синоним — психофизиологическая устойчивость) — это подсистема, входящая в состав психологической устойчивости. Она

обеспечивает проявление единства и формирование личного стиля поведения. Стрессоустойчивость интегрирует компетенции реагирования, возникающие вследствие действия редких или частых, слабых или сильных точечных факторов окружающей среды. Такая интеграция позволяет формировать опыт поведения в связи с появлением новых реакций, установок и диспозиций.

Таким образом, можно констатировать, что разработанный авторский подход к раскрытию определения «устойчивое развитие личности» позволяет позаимствовать методологический анализ от каждого базового определения входящих в нее феноменов. Показатели, полученные этими методами, можно рассматривать с позиции проявления устойчивости на каждом уровне. Применение дифференциального и интегрального анализа полученных функций с учетом уравнений нелинейной зависимости даст возможность выстроить целостную модель устойчивого развития личности.

Стрессоустойчивость начинает формироваться в периоды развития гамет и плода, далее продолжает развиваться после родов в периоды новорожденности, младенческого и детского возраста, достигая полной сформированности примерно к 3–6 годам. Затем, в подростковый период, доминирует формирование психологической устойчивости, которая достигает максимума сформированности примерно к 16–18 годам. При этом стрессоустойчивость наращивает свои возможности только за счет постоянных тренировок; если они прекращаются, то стрессоустойчивость снижается до первоначального уровня. В силу неполной зрелости психических процессов оптимальным методом тренировки стрессоустойчивости для человека выступает закаливание и другие телесные практики (диеты, массаж и т.д.), физические упражнения, занятия спортом. В подростковый период доминирует формирование социальной устойчивости, или так называемой психологической безопасности. Период становления социальной устойчивости длится в среднем до 22–25 лет. Теперь уже психологическая устойчивость переходит в так называемый тренировочный период. Оптимальным для человека в этот период

является взаимодействие в малых и больших группах, которые объединены единой целью и смыслом. Например, участие подростков в группе поддержки, в группе «спасатель» и т.д. С 22–25 лет доминирует формирование психологической культуры. При этом психологическая безопасность переходит в тренировочный период, поэтому так важно участие молодых людей в общественной работе, которая позволяет пройти практику выстраивания коммуникативных связей в социуме. Период формирования психологической культуры заканчивается ориентировочно к 32–35 годам, затем также наступает период тренировки. В этот период человек накапливает достаточный жизненный опыт, опыт профессиональной, творческой деятельности, деятельности в области искусства, педагогической и научной деятельности, в религиозной деятельности. Этот опыт может передаваться другим людям, и собственно передача опыта, формы и методы, стиль и культура образуют у всех участников взаимодействия новые индивидуальные и групповые варианты внутренней устойчивости. Возрастные особенности устойчивости человека можно проследить в отношении не только индивида, но и системных групп взаимодействия (мать–дитя, семья, фокус-группа). Устойчивость системной группы формируется в процессе развития совместной деятельности среди ее членов. Она также может быть рассмотрена в виде сферической модели, которая является отражением векторного сложения устойчивости каждого ее члена.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что объединение знаний об устойчивости, имеющихся в психологии личности, педагогической психологии, психологии развития, гуманитарной психологии, психофизиологии и других психологических науках, в целостное понимание — крайне важно для формирования современного профилактического знания в области аддикций. Применение системного подхода позволяет вывести проблему устойчивости в психологии из состояния разрозненности. Предлагаемая ниже авторская попытка — одна из возможных на пути к объединению разрозненных знаний.

Суть концепции устойчивого развития личности состоит в том, что внутренняя метафункциональная система человека определяет интеграцию и цикличность психических процессов от психофизиологического до экзистенциального уровня. Эта система отвечает за отдельную динамическую стабильность, присущую любому психическому процессу и личности в целом. Она заложена в основу психофизических реакций, функционирования эмоционально-волевой и когнитивной сферы и лежит в основе формирования стиля поведения человека, определяет его отношения и взаимодействие с другими людьми, влияет на построение ценностно-смысловых структур и на другие психологические новообразования. Состояния динамической стабильности психических процессов проявляются не случайно. Они интегрированы в одно целое и образуют систему, регулирующую их закономерности. Это единение подчиняется синергетическим принципам и управляется единым метафункциональным центром. Сформированная иерархия состояний динамической стабильности — это зеркало возрастной зрелости личности.

Целью метафункциональной системы устойчивого развития личности является интеграция динамической стабильности психических процессов, определяющих конфигурацию жизненного пути, устремленного во временную бесконечность. Рассматриваемая система исторически предопределена предшествующими поколениями. Эта система изменяется в зависимости от стабильности внешних и внутренних условий жизни и деятельности человека. Формирование интеграции начинается в период внутриутробного развития и продолжается после рождения человека примерно до 32–35 лет. В дальнейшем сформированные ранее параметры закрепляются в системе. Ведущими структурными свойствами антропологической системы являются ее цикличность, парадоксальность, открытость. Стабильность каждого психического процесса и уровня интеграции цикличны. Парадоксальность проявляется во взаимозаменяемости устойчивых и неустойчивых циклов самой

системы. Открытость системы позволяет транслировать состояния динамической стабильности от человека к человеку на сознательном и бессознательном уровнях. Семья является лоном формирования и обеспечения ресурсами данной системы ребенка и других членов семьи. Метафункциональная система формирует личностный потенциал, позволяющий человеку реагировать на внутренние и внешние факторы. Она обеспечивает воспроизводство личностных ресурсов. Эта система отвечает за стабильность психических процессов и их интеграцию. Метафункциональная система выстраивает соотношение между субъективными и объективными параметрами времени во внутренней картине мира. Основным результатом действия такой системы становится максимальное продление жизнедеятельности человека в любой форме и направление ее на достижение высших идеалов. Рассмотрение концептуальных положений устойчивого развития личности через призму методологических принципов синергетики позволяет выстроить последовательность и алгоритм доказательной базы проведенных исследований. Устойчивое развитие личности — это, по нашему предположению, система, изначально заложенная в каждом субъекте как признак популяционной принадлежности к *homo sapiens*. Одним из многочисленных доказательств могут служить работы И.Б. Бовиной и ряда зарубежных авторов, где указывается, что в генах кодируется определенная доля поведенческой устойчивости к факторам вреда здоровью (наследование происходит преимущественно по женской линии). Доминирующим признаком, влияющим на формирование устойчивого развития личности, является передача параметров устойчивости от предыдущего поколения последующему и через поколение. Структура устойчивого развития личности носит характер антиномий, которые можно представить в виде циклов устойчивости и неустойчивости, появляющихся на жизненном пути. Они представлены на схеме 2 в осях объективного и субъективного времени (рисунок 3.1).. Каждый период устойчивости (3) и неустойчивости (4) очерчивает жизненное

пространство (1). Линия направленности жизненного пути (2) прокладывается через точки переходов из цикла устойчивости в цикл неустойчивости и обратно, так называемые точки бифуркации (вилки). Если параметры циклов устойчивости и неустойчивости, появляющихся на жизненном пути, расположить в параметрах объективного и субъективного потенциала реагирования личности на внешние и внутренние факторы, то мы выйдем на векторные показатели, дающие возможность определить величину и значимость изменений потенциала. Расчет координат точек бифуркации позволяет определять оптимальный уровень функционирования личности, а метод анализа встреч выявляет наиболее эффективные способы реагирования субъекта в той или иной ситуации.

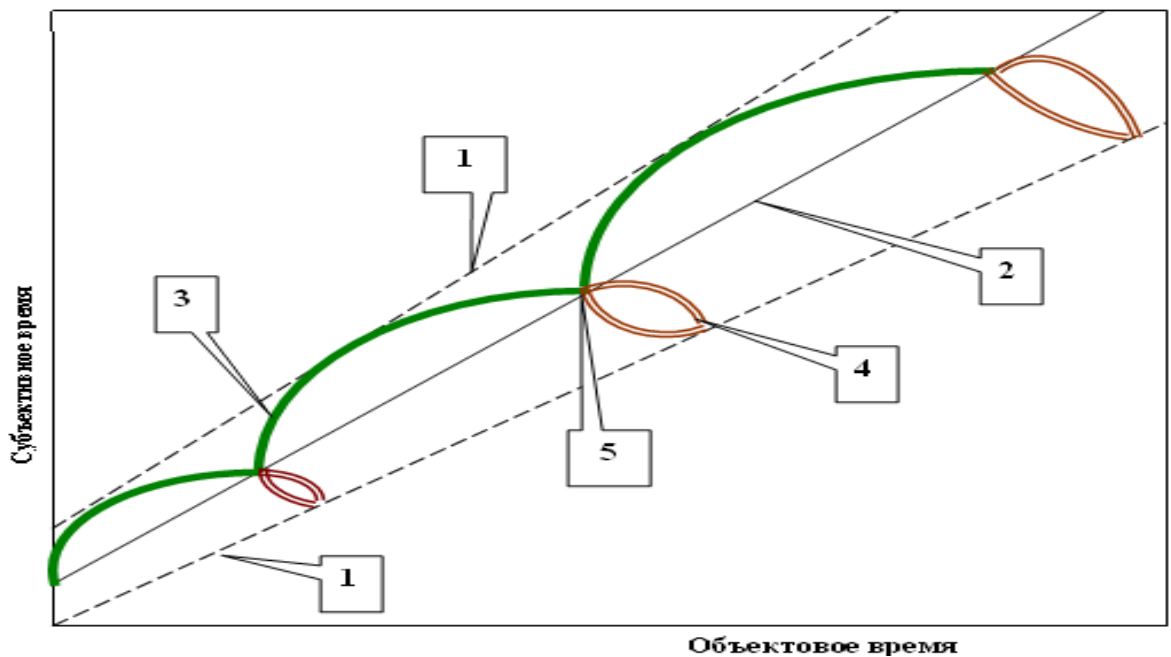


Рисунок 3.1. Схема устойчивого развития личности в осях объективного и субъективного времени

Примечание: 1 - потенциал личности; 2 - направляющая жизненного пути; 3 - жизненный путь цикла устойчивости; 4 - жизненный путь цикла неустойчивости; 5 - область бифуркаций.

Методологические принципы «устойчивого развития личности». По материалам научных публикаций и проведенному нами анализу было установлено, что общие закономерности гармонического распределения

максимально сконцентрированы сегодня в области междисциплинарного научного подхода в теории самоорганизации — синергетике (от гр. *synergikos* — совместный, согласованно действующий, в полном переводе с греческого — теория совместных действий). **Структурные принципы бытия в системном профилактическом знании.** Начнем с принципов структурного бытия, которые В.Г. Буданов определяет как гомеостатический и иерархический. В принцип гомеостатичности В.Г. Буданов вкладывает понятия: «гомеостаз», «цель функционирования системы», «состояние гомеостаза — аттрактор («притягиватель»)). Он анализирует гомеостаз как явление, поддерживающее программы функционирования системы в некоторых рамках, позволяющих ей следовать к своей цели. Если открытая система находится в состоянии гомеостаза, гармоничного распределения, то она обладает свойствами аттрактора — «притягивателя» (рисунок 3.2.).

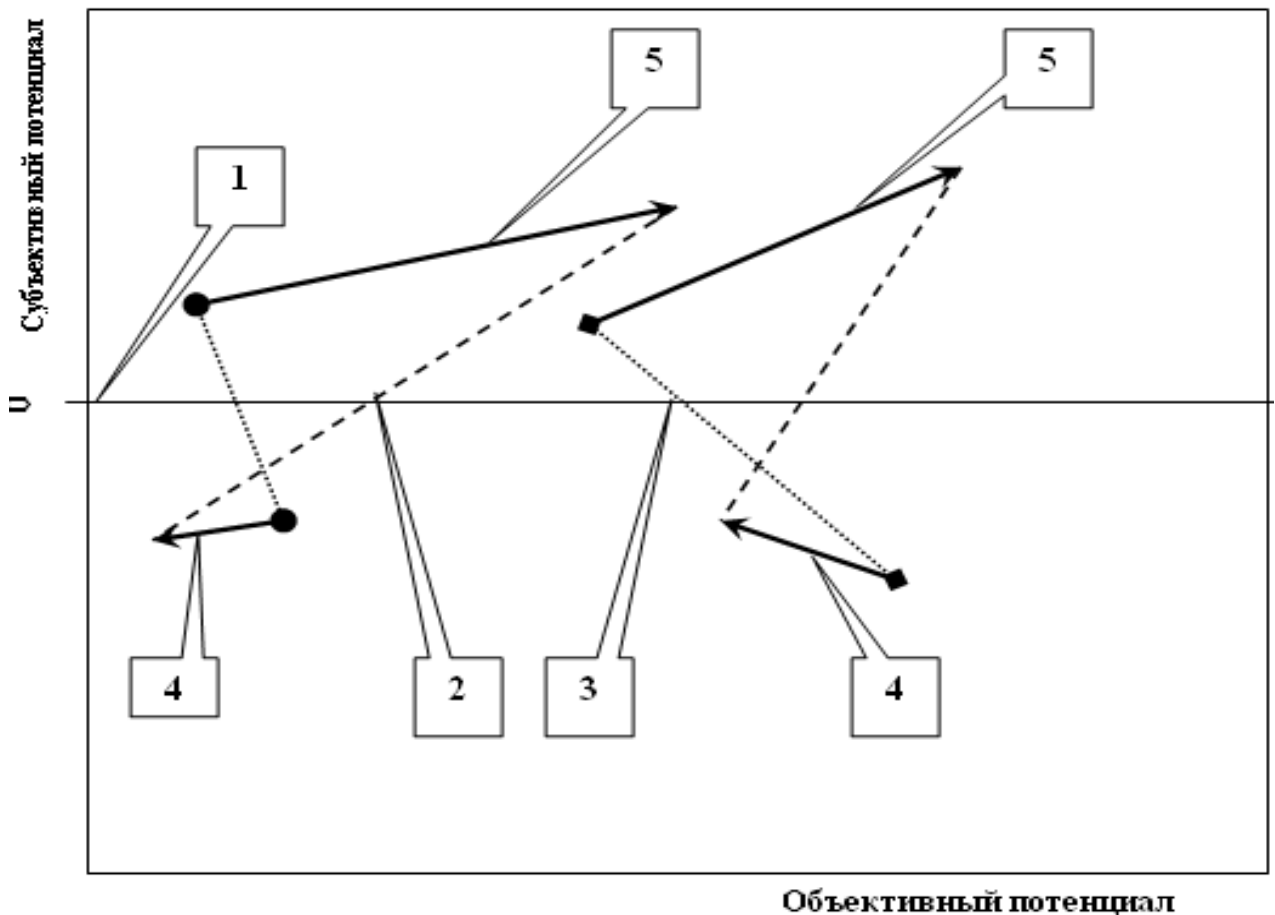


Рисунок 3.2. Схема устойчивого развития личности в осях объективного и субъективного потенциала реагирования личности

Примечания: 1 - уровень отсчета личностного потенциала реагирования; 2-3 - точки бифуркации; 4 - вектор потенциала цикла неустойчивости; 5 - вектор потенциала цикла устойчивости.

Гармоничность системы достигается отражением в ней гармонических волновых распределений. Частным случаем такого распределения является принцип золотого сечения. В исследовании для оценки управляемых черт воспитания корреляционный ряд по каждому показателю был проанализирован по закономерности гармоничного распределения золотого сечения, которое включено в процессы управления. Научный феномен золотого сечения рассмотрен многими исследователями.

В дошедшей до нас античной литературе деление отрезка в крайнем и среднем отношении впервые встречается в «Началах» Евклида (ок. 300 лет до н. э.), где оно применено для построения правильного пятиугольника. В нашей работе мы опирались на материал электронных ресурсов библиотеки Мошкова, публикацию автора В.С. Лавруса, руководителя Центра внедрения информационных технологий Европейского университета (г. Киев). Золотое сечение (золотая пропорция, деление в крайнем и среднем отношении) — деление непрерывной величины на две части. Меньшая часть при делении, так относится к большей части, как большая ко всей величине. Нами было установлено, что закономерность гармоничного распределения присуща различным самоуправляющимся системам как информационным, так и относящимся к человеку, его поведению и сознанию. Это положение позволило нам выстроить поддерживающие программы гармоничного функционирования системы (т.е. состояния, определяющего гомеостаз системы) предопределяются периодами устойчивости. Принцип подчинения выполняется благодаря поглощению разновременных циклов устойчивости. Иными словами, стрессоустойчивость поглощается психологической устойчивостью, психологическая устойчивость — социальной устойчивостью, социальная устойчивость — культурологической устойчивостью (рисунок 3.3).

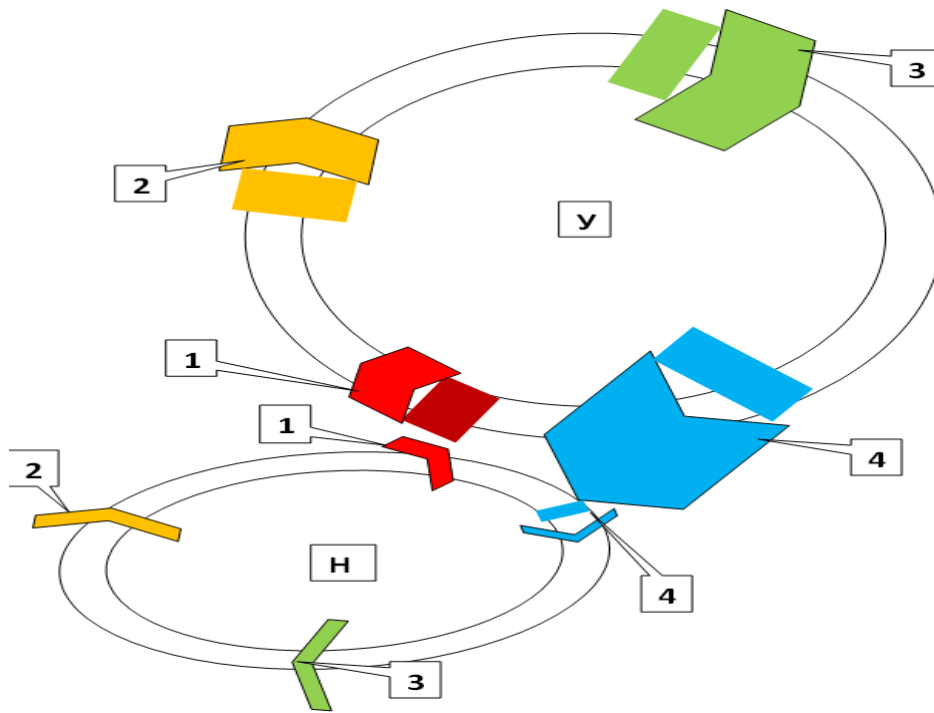


Рисунок 3.3. Схема принципа подчинения в концепции устойчивого развития личности

Примечания: У- цикл устойчивости; Н- цикл неустойчивости;

Уровни: 1 - физический, 2 - психический, 3 - социальный, 4 - духовно-нравственный

Разновременные циклы неустойчивости говорят о противоположной тенденции и выстраивают собственную последовательность в обратном порядке. Культурологическая неустойчивость поглощается социальной, социальная неустойчивость — психологической, психологическая неустойчивость поглощается стрессовой неустойчивостью. Появление несостоятельности может быть на любом уровне, и каждый уровень запустит свою циклическую последовательность неустойчивости с идентичного уровня. Несостоятельность на любом уровне является входными воротами в цикл неустойчивости. При этом духовно-нравственная несостоятельность, определяемая на религиозном уровне как грех, в дальнейшем повлечет духовно-нравственную болезнь — человек входит в полный цикл неустойчивости. Социальная неустойчивость выражается в различных коммуникативных нарушениях. Наиболее часто она приводит к межличностным конфликтам. При этом человек входит в неполный цикл неустойчивости. Несостоятельность психологической устойчивости нарушает процесс обучения, приводит к снижению самооценки при вхождении человека в средний цикл

неустойчивости. Несостоятельность стрессоустойчивости влечет за собой расстройства внимания, памяти, восприятия — человек входит в малый цикл неустойчивости.

В модели функционирования «устойчивого развития личности» нами было предложено такие пути представить в виде так называемых семантических формул, представленные в таблице 3.3.

Новый взгляд на зависимое поведение и профилактическое вмешательство. Выстроенная нами метафункциональная система позволила рассмотреть ее на предмет формирования зависимого поведения. Вызывающий зависимое поведение агент (наркотик, алкоголь, табак, азартная игра, Интернет и др.) включается в интеграцию психических процессов. Полагаем, что осуществляется это по следующему алгоритму.

Таблица 3.3.

Семантические уровни устойчивого развития личности

Уровень устойчивого развития личности	Семантическая формула
Психофизический (физический, телесный)	Активность нацелена на спокойствие
Психологический (эмоциональные, когнитивный, поведенческий)	Деятельность нацелена на результативность
Психологической безопасности (социальный)	Преодоление нацелено на объединение
Психологической культуры (духовно-нравственный, культурологический)	Миролюбие нацелено на познание истины

Изначально сам агент обладает свойством высоко импульсивного воздействия физического, биологического, операционального, образного, поведенческого и/или смыслового уровня на психику человека. Действует агент прямо или опосредованно через другие органы мишени. При этом так или иначе он носит разрушительный характер. Импульсивное воздействие первоначально усиливает в психике дезинтеграцию соответствующего цикла устойчивости или всей системы в целом. Его резкость определяется системой как несоответствие имеющимся аналогам и далее устанавливается как несостоятельность цикла

устойчивости. Затем цикл устойчивости восстанавливается без учета поступившего высокоимпульсного воздействия.

Однако, этого восстановления оказывается недостаточно. Многократный запуск циклов неустойчивости вызывает цепную реакцию перевода на циклы неустойчивости в других уровнях. Во избежание полного разрушения система создает дополнительный псевдоаттрактор (притягиватель), не имеющий свойств первоначально заложенных аттракторов. Его качества все время требуют дополнительных воздействий (ресурсов), которые не имеет эта система и должна заимствовать извне. Человек, ощущает это как дискомфорт, сопровождаемый желанием снова найти упомянутый агент.

Так продолжается до тех пор, пока все циклы не выстроят дополнительные псевдоаттракторы. Тогда система воспринимает новый псевдоаттрактор как доминирующий и начинают интегрировать психические процессы вокруг него. Псевдоаттрактор создает псевдобифуркации, что еще больше увеличивает период нахождения психики в неустойчивых циклах. Постепенно (или быстро, что зависит уже от агента и состояния системы) интеграция снижается, как и потенциал психической деятельности человека, которая впоследствии начинает распадаться. Это предопределяет путь формирования зависимого поведения.

Однако следует заметить, что еще до появления агента зависимости псевдоаттракторы могут формироваться при других воздействиях. Подготовленная другими факторами почва становится легкой добычей для агентов зависимости. Они еще быстрее внедряются в систему устойчивого развития личности, становятся доминирующими (превосходя по резкости другие импульсы). Поэтому так важно охранять весь период формирования системы устойчивого развития личности, поддерживая ее полноценное функционирование и своевременно восстанавливать при повреждении. На это и направлена профилактика зависимого поведения.

3.3.3. Диагностика компонентов модели «устойчивого развития личности»

Для построения диагностического инструментария к определению компонентов «устойчивого развития», необходимо остановиться на принципах разработки соответствующих программ и методов исследования. Для математического доказательства мы собрали результаты исследования из разных научных источников о длительности временных циклов реагирования человека на, те или иные факторы (см. табл. 3.4). Полученные показатели были приведены к миллисекундам, которые были подвергнуты логарифмированию по натуральному логарифму, что дало возможность снять многостепенные значения и привести к долевному соотношению. Все полученные данные приведены в таблице 3.4. Для контроля параллельно с этим были проделаны подобные действия с различными временными уровнями, не привязанными к найденными нами показателями.

Собранные воедино показатели в таблице 3.4. свидетельствуют о том, что во временных уровнях реагирования лежит похожая закономерность. Из этого мы сделали вывод, что у человека существует единая система реагирования, позволяющая выдерживать уровень воздействия, длящегося различные временные периоды, и восстанавливать свои свойства в соответствии со значимостью влияния.

Эта система реагирования отражает свои показатели по всем уровням, начиная от психофизиологического, когда время воздействия и реагирования стремится к нулю $\lim \rightarrow 0$. В нашей модели этот уровень представлен физическим уровнем пространства жизнедеятельности. Далее эта система имеет более существенный уровень реагирования и поддержания равновесия, переходя на психический уровень жизнедеятельности. В этот период, равный секундам длительности воздействия и реагирования на влияние, успевают отреагировать высшие психические функции восприятия, внимания, контроля, памяти реагирования.

Таблица 3.4.

Среднее и номинальное распределение времени по полным циклам реагирования человека на воздействия

Показатель полного цикла	Полный цикл реакции на стимулы. По данным ЭЭГ	Полный цикл при нарушении частоты сокращений сердца,	Полный цикл нарушений энергетического канала	Полный цикл реакции на стресс	Полный цикл дезадаптации по изменению времени	Полный цикл острого состояния	Полный цикл дезадаптации по изменению места жительства	Полный цикл переживаний горя при потере близких	Полный цикл нормативного кризиса	Полный цикл при психической травме	Полный цикл культурологического шока
Длительность цикла	10-800 мсек	1-60 сек	2-24 часа	24-72 часа	3-30 суток	1-3 мес.	3-12 мес	1-3 лет	5-10 лет	25-30 лет	Свыше 50 лет
Средний целый показатель LN (млсек) по уровню	2,000	5,999	12,336	24,048							
Временная доля	1	3	6	12							
Эталонное время	10 мсек	1000 мсек	1 час	1 сут.	1 нед.	1 мес.	1 год	10 лет	100 лет век	1000 лет эпоха	
Средний целый показатель LN(млсек) по уровню	2,000	6,000	13,049	24,383							
Временная доля	1	3	6	12							

Именно этот уровень удерживает динамическое равновесие при работе высших психических функций. Следующий уровень реагирования находится на социальном уровне жизнедеятельности, когда человек реагирует на внешние факторы часового влияния и требованием соизмерить влияние с его

окружением. Этот уровень воспринимает воздействие других людей, отвечает за выстраивание и поддержание коммуникаций.

Последующий уровень реагирования годовой, который воспринимает длительные нагрузки от года выше. В этот период самой высокой интеграции всех ресурсов имеющихся у человека, связанных с его ценностно-смысловыми особенностями, с вовлечением, опыта не только самого человека, но и его предшественников. Этот уровень реагирования соединен с духовно-нравственным потенциалом личности, что позволяет ему не только реагировать, но и поддерживать ценностно-смысловую иерархию в динамическом равновесии. Выявленная нами закономерность позволила нам утверждать, что подобное распределение относится не только к временным рамкам реагирования. Это соотношение отражается на особенностях функционирования «устойчивого развития личности», что позволяет нам разрабатывать диагностический инструментарий, методические пособия, проектировать профилактические системы, выявлять эффективность профилактических антиаддиктивных систем и т.д.

При исследовании компонентов в соответствии с найденной закономерностью были определены содержание тестов и статистическая обработка результатов. Так, например, наш тест обязательно содержал утверждения, по каждому уровню жизнедеятельности устойчивого развития на физическом, психологическом, социальном и духовно-нравственном уровнях.

3.5. Модели формирования антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся

Предварительно хотелось бы обратить внимание на то, что по ряду программ существуют официальные сайты, которые администрируются либо авторами программ, либо организациями, которые продвигают программы на рынке профилактических услуг. Далее в характеристике программ будут указываться ссылки на некоторые подобные сайты. Вначале рассмотрим

широко представленные в разных странах поведенческие программы, построенные по принципу **«Программы Формирования жизненных навыков»** — **ФЖН** (LST — Life Skills Training). В 70-х годах прошлого столетия Дж.Ю. Ботвин разработал первую профилактическую программу ФЖН [Botwin, Dias, Griffin, Ifill-Williams, 2001]. Он продолжил свою работу, и сегодня под его руководством осуществляется активная разработка и продвижение продукта на международном рынке профилактических услуг [программа ФЖН официальный сайт]. В настоящее время Дж.Ю. Ботвин является известным метром в области профилактики химической зависимости для подростков, проводимой в сфере образования. Сегодня существует многочисленные модификации программ ФЖН, которые переведены более чем на 30 языков мира и активно внедряются в международное сообщество.

К более специализированным поведенческим профилактическим программам можно отнести **«Программу для подростков»** [The Adolescent Program, официальный сайт]. Эта программа предназначена для подростков в возрасте от 13 до 17 лет, у которых возникают кризисные внутренние и внешние проблемы. По ней проводится мониторинг развития успешных способов поддержания отношений, навыков повышения самооценки, демонстрации уверенности, навыков межличностного общения, семейной сплоченности и академической успеваемости.

Для более раннего возраста разработана **«Детская программа»** (The Pediatric Program) [Connecticute Clearinghoise, официальный сайт], которая призвана помочь детям в возрасте 5–12 лет успешно перейти путь от детства к ранней юности. Мониторинг программы направлен на оценку жизненной успешности, способность демонстрировать и удерживать чувство доверия, чувства собственного достоинства и уверенности в себе.

Известная **«Программа Восхождение»** [The Ascent Program, официальный сайт] разработана первоначально для подростков, имеющих опыт употребления психоактивных веществ и лечения наркомании, сегодня она

активно применяется как вторичная профилактическая программа. Философия этой программы заключается в том, что восстановление — это путешествие, которое начинается с момента принятия решения о начале пути и продолжается в течение всей жизни человека.

Программа **«Правильный (умный) выбор»** [Smart Choices, официальный сайт] разработана для школьников 5–9 классов. По этой программе ведется постоянная работа с учителями, которая помогает им вести профилактическую работу по противостоянию табачной зависимости. Мониторинг программы проводится среди учителей школ в процессе проведения ассертивных тренингов и выработки навыков сопротивления социальному давлению и предложениям на курение табака.

Образовательная программа **«От одного к другому»** [One-to-one, официальный сайт] — это программа просвещения, информирования населения, в том числе и молодежи, о постоянно сменяющихся результатах исследований в области профилактики табакокурения и собственно табакокурения. Мониторинг программы ведется по усвоению учителями информации и компетенций донесения информации до целевой аудитории.

Широко известная образовательная программа **«Успешное антитабачное просвещение и профилактика»** [STEP — Successful Tobacco Education and Prevention, официальный сайт] направлена на просвещение по проблеме табачной зависимости, проводится мониторинг за соблюдением антитабачных законов, правил и проведения антитабачных программ.

Однако необходимо сказать о том, что сегодня существуют и активно продвигаются в интернет сети псевдопрофилактические программы, то есть программы заведомо обратного действия, которые продвигают продукты и услуги, заведомо способствующие возникновению зависимости. Чаще всего такие программы направлены на детей и подростков, юношей и девушек будущих потребителей алкогольной, наркотической, табачной, электронной и интернет продукции. Псевдопрофилактические программы специально

создаются крупными концернами производителями табачной, алкогольной и наркотической продукции. Поэтому весьма важно чтобы программы проходили экспертизу по заказчику на разработку программы, первоначального источника финансирования, по авторству и результативности предлагаемых программ.

3.6. Заключение к третьей главе.

Развитие системного подхода ориентированного на личностные компетенции как новой модели антиаддиктивной профилактики детей и подростков, обучающихся в общеобразовательной школе

Моделирование системных профилактических программ не только дорогостоящее, но и длительное по времени мероприятие. Собственно на раскрытие основных звеньев программы уходит примерно один год работы, затем наступает период апробации не менее одного года, когда вносят необходимые правки. Организация внедрения и начало самого внедрения требуют дополнительного, активного сопровождения в течение года. После внедрения всех звеньев программы (не менее года) обеспечивают ее полную функциональную загрузку. Отчет о проделанной работе позволяет сертифицировать программу с учетом тех или иных условий внедрения.

Примерами за последние десять лет системных концепций, системных проектов и программ регионального, муниципального уровня, общеобразовательных учреждений и вузов, разработанных соискателем могут служить: Концепция системы эффективной школьной профилактики силами школы (разработано по договору с Управлением образования «Митино» Северо-Западного административного округа Москвы. 2008) [Аршинова, 2009]; Концепция становления в сфере образования системы профилактики аддиктивного поведения детей и молодежи Москвы (2010–2011) в рамках программы «Столичное образование — 5» (Концепция разработана в 2009–2010 гг.) [Аршинова, 2009; Аршинова, Барцалкина, Дмитриева, Флорова, Шурыгин, 2011]; Концепция системы, ответственной за качество профилактики аддиктивного поведения в сфере образования (разработана в рамках планов

НИР — 2011 г.) [Аршинова, 2011; Аршинова, 2009]; Проект: Профилактика табакокурения в студенческой среде. Грант Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» № 0023-0131-2; 24.12.2008 [Усанова, Аршинова, 2010; Аршинова, 2010; Аршинова, Смольникова, 2010]; Программа формирования устойчивого развития личности как основы профилактики употребления психоактивных веществ в общеобразовательных школах (Программа разрабатывалась в 2002–2003 гг. по заказу Управления образования городского округа Электросталь, Комитета по образованию городского округа Электрогорск Московской области и продолжается по настоящее время) [Аршинова, 2007; Первичная профилактика: Классные часы..., 2003 (2004, 2005, 2006, 2007, 2008)].

В арсенале таких разработок можно выделить следующие модели: 1) поликомпонентная модель системы профилактики для образовательных учреждений; 2) скрининг-тесты системного профилактического пространства, противостоящего зависимому поведению; 3) системные программы профилактики.

3.6.1. Поликомпонентная модель системы профилактики

Анализ вышеперечисленных примеров и других научно-исследовательских и научно-практических разработок привели к пониманию того, что в общий методологический контекст была введена универсальная модель, названная «Поликомпонентная система профилактики аддиктивного поведения в сфере образования» (схема 3.5). Для этой модели характерно, что она разработана на единой платформе устойчивого развития личности и формирования антинаркотической установки как базовых новообразований личности в профилактической работе. Эти новообразования имеют центральное доминирующее положение по отношению к остальным, что позволяет

выстраивать ее на любом уровне от частного — индивидуального, семейного, группового, организационного до транснационального.

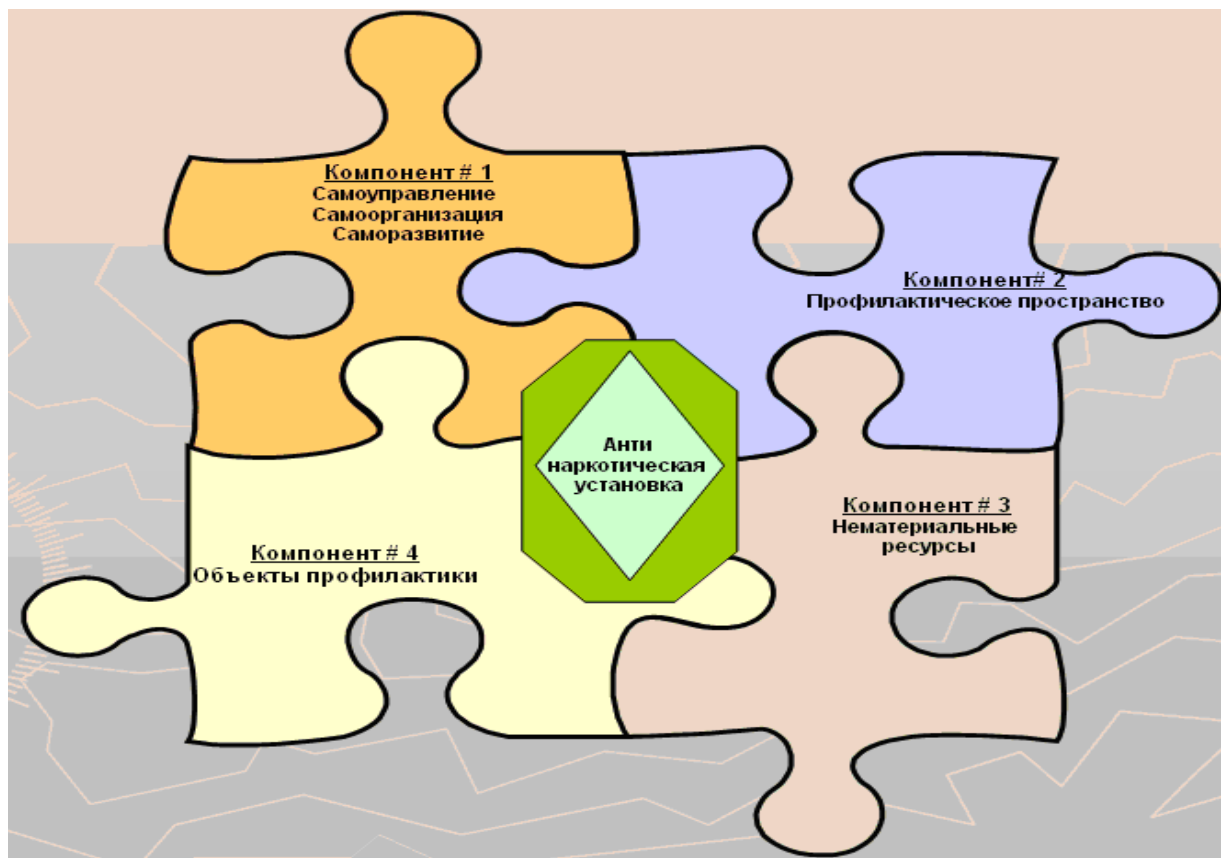


Рисунок 3.4. Схема поликомпонентной системы профилактики аддиктивного поведения в вузе

В поликомпонентной системе профилактики в учреждениях образования строится на основе сохранения, расширения и развития здоровья, нормы, благополучия и качества жизни. Профилактические мероприятия проводятся на различных уровнях жизни и деятельности каждого участника: на индивидуальном, семьи, группы лиц и коллективов учреждений. При этом работа строится на сохранении и расширении нематериальных ресурсов растущего человека: физических, психических, социальных и духовно-нравственных. Мониторинг проводится по возрастным уровням жизнедеятельности устойчивого развития личности и сформированности антинаркотической установки. Компоненты распределены по их значимости в профилактическом процессе: первый — КОМПОНЕНТ № 1 «Самоуправление,

самоорганизация, саморазвитие»; второй — КОМПОНЕНТ № 2 «Профилактическое пространство»; третий — КОМПОНЕНТ № 3 «Нематериальные ресурсы»; четвертый — КОМПОНЕНТ № 4 «Объекты профилактики». Все четыре компонента составляют одно целое и в такой совокупности должны быть представлены во всей профилактической работе и в каждой точке профилактической работы отдельно: с одним человеком (обучающимся, родителем, преподавателем, специалистом образования); с группой лиц; с семьей; со всем коллективом образовательного учреждения.

3.6.2. Модель образовательной антиаддиктивной профилактической программы для психологов и педагогов

Предлагаемая образовательная Программа «Антиаддиктивная превентология» направлена на системную работу по подготовке специалистов, способных вести и обеспечить управление всесторонней профилактической деятельности по предотвращению или снижению проявлений зависимого поведения среди населения, в особенности среди детей, подростков и молодежи в сфере образования. Предлагаемая программа «Антиаддиктивная превентология» представляет собой первую попытку объединить в одном общем курсе подготовку специалистов в области профилактики зависимого поведения среди лиц детско-юношеского возраста и их семей. Специалиста, подготовленного в области превентологии и в дальнейшем осуществляющего профессиональную деятельность, предлагается определить как - «Превентолог в области зависимого поведения». Специализация «Превентолог в области зависимого поведения» предполагает добавление к имеющейся специализации, указанной в дипломе о высшем профессиональном образовании. Например: психолог-превентолог, педагог-превентолог, социальный работник - превентолог, врач-превентолог и т.д.

Образовательная программа «Антиаддиктивная превентология» не ограничивается изучением новых подходов, механизмов и профилактической

работы среди лиц детско-юношеского возраста в сфере образования, и семей, где есть дети. Она предназначена для освоения лицами, имеющими высшее профессиональное образование в области психологии, педагогики, социальной практики. Для удобства она представлена целостным образовательным модулем, а также разделена на четыре уровня, с соответствующими целями, задачами. Наряду с процессом внедрения всей образовательной программы «Антиаддиктивной превентологии» разрабатывается карта уровней профессионального стандарта специалиста- «превентолога», ключевые характеристики которого определяются их аналогами в национальной системе профессиональных стандартов (код профессии, описание вида деятельности и ответственности, требование к компетенциям и их оценки, к образованию, опыту работы, должностные обязанности, специальные требования).

3.6.3. Новые подходы к мониторингу профилактических программ

Методология мониторинга профилактических программ предотвращения химической зависимости в сфере образования требует четкости образа будущих измерений, анализа, планирования и моделирования профилактической работы. В это время проводится мониторинг, включающий диагностику срочных и отсроченных результатов проведенного профилактического вмешательства.

Срочные результаты говорят об изменении содержания профилактического пространства. Например, снизилась тревожность, повысилась самооценка, повысились знания и т.п. Отсроченные результаты чаще направляют на измерение границ. При анализе отсроченных результатов вносят поправки в профилактическое вмешательство посредством моделирования. Измененное при моделировании вмешательство готовят к перезагрузке в измененное профилактическое пространство. При этом оценивают только измененные границы профилактического пространства, которые сопоставляют с моделью. Мониторинг профилактики начинается со

скрининга границ профилактического вмешательства, дифференцированного по определенным видам зависимого поведения или недифференцированного по методикам, позволяющим оценивать зависимое поведение в целом.

Для этого можно обратиться к дифференцированным методам по выявлению факторов риска вовлечению подростков, юношей и взрослых в наркоманию, алкоголизм, табакокурение, интернет-зависимости и других аддикций [Jordahl, 2009; Peled Einat, 2009; Audrain-McGovern, 2009; Be'langer, 2008; Crutchfield, 1982; May, 1998; Kleinjan Marloes, 2009; Nusselder, 2000; Ockene, 2000; Shadel, 2009; Steven, 2003; Stone, 2008; Whitbeck, 2009; Freeman, 2009; Perkins Kenneth, 2009; Sutcliffe, 2009 и др.]. Тогда недифференцированными инструментами диагностики будут методы, используемые в Мониторинге будущего (Monitoring the Future) или в частных исследованиях здоровья, особенности здоровья детского населения и/или подростков, их полоролевое поведение [Springer Kristen, 2009; Tabakoff, 1998; Daniel, 2002; Mrazek, 2013; Drake Brett, 2009; Schultz, 2009; Irying 1989; Бек, 2003; Березанская, 2000; Куликов, 2004; Леонова, 1995; Люсин, 2006; и др.]. В рамках нашего исследования мы также разработали и апробировали методики скрининга, границ общего и дифференцированного профилактического пространства, они будут рассмотрены далее в этой главе.

В рамках возрастной психологии включается обязательная оценка, выбранная из методов, определяющих: состояние внимания и памяти; состояния тревоги и депрессии; личную потенциальную мотивацию; контроль и жизнестойкость; чувства достоинства, доверия и уверенности в себе; самооценки; социализация, противостояние внешнему социальному давлению, семейную сплоченность [Hosp, 2008; Heinz, 2009; Ursprung, 2009; Veselska, 2009; Обухова, 2003; Будинайте, 2009; Никитина Н.; 2009 и др.]. Обязательным компонентом мониторинга профилактических программ в области зависимости являются методы по оценке; социальных установок, социальных взаимодействий, межличностного общения, внутригрупповых

отношений контролирующего поведения в группе, потенциальной мотивации группы, противостояния группы внешнему социальному давлению, помощь сверстников, позитивную культуру сообщения среди сверстников, влияния рекламы, в том числе, и социальной, влияний законопроектов в области зависимого поведения [Бандура, 2007; Маслоу, 1999; De Genna, 2009; Kins, 2009; Parker, 1998; Prochaska, 1992; Клоер, 2009; Spano, 2009, Тугушев, 2001]. В мониторинг профилактических программ в области зависимого поведения включаются методы, позволяющие оценивать: академическую успеваемость, успеваемость по физико-математическим предметам; профилактические компетенции (личные и социальные навыки) направленные в сторону сохранения здоровья, обучение новым способам профилактического поведения, успешность обучения навыкам разумного контролирующего поведения, успешность освоения демонстрации и моделирования поведенческих ролевых игр, и другие [Schwinn, 2010; Padilla-Walker, 2009; Kleinjan, 2009; Kaminer 1991, Social aspects of AIDS, 1988 Симонов, 2002: Реализация принципов ДМ, 2014].

Таким образом, можно констатировать, что разработка, организация мониторинга профилактики аддикций в сфере образования - важный аспект профилактической работы. Именно мониторинг в дальнейшем позволяет контролировать профилактическое вмешательство и по результатам его внедрения судят о качестве проделанной профилактической работы.

Глава 4. Эмпирические исследования

4.1. Материалы и методы исследования

Этот раздел включает описание выборки исследуемых и экспериментальных групп, перечисление и расширенное описание каждого из методов проводимых соискателем исследований. Так же в нем нашли отражение алгоритм и программа исследований, а также и подробное описание методик.

4.1.1. Характеристика исследованных групп. Выборка

На протяжении всей научно-исследовательской работы, проводимой соискателем, были привлечены следующие группы испытуемых. Совокупность подростков, участвующих в исследованиях в период с 2002-2013 гг. составила - 5906 испытуемых, из них, 1693 - учащиеся 13-14 лет, 3391 - обучающиеся 14-15-ти лет и 822 – обучающиеся 16-17-ти лет. Общая численность взрослых за тот же период исследований составила 1175 взрослых (639 лица старше 30 лет, из них 153 - родители семей детей подростков, 536 - лица 18-29 лет). В этот период в исследовательской и экспериментальной профилактической работе приняло участие 578 средних общеобразовательных учреждений и колледжей, из них 550 учреждений города Москвы и 29 – Московской области.

Исследования, проводимые за этот период, охватили отдельные группы обучающихся и взрослых с целью изучения факторов риска вовлечения в химическую зависимость в образовательной среде, механизмов формирования личностных антиаддиктивных компетенций и выявления показателей качества проводимой профилактической работы в области химической зависимости. Описание полной выборки проводимых исследований за весь период представлены в таблице 4.1.

Предварительно необходимо отметить, что до 2012 г. исследование проводилось в формате оффлайн исследования в виде тестирования, где результаты помещались на бумажных носителях, в то время выборка

испытуемых составляла не более 400 человек. В дальнейшем при использовании формата онлайн тестирования в наших исследованиях позволило одномоментно на порядки увеличить численность испытуемых.

Таблица 4.1.
Выборка исследований проводимых соискателем за период 2002-2013 гг.

Этап	Исследование	Целевые профилактические группы	Численность испытуемых	Метод исследования
1	2	3	4	5
1) Исследование факторов риска вовлечения в химическую зависимость в образовательной среде				
1.	Исследование факторов риска вовлечения в наркотическую и табачную зависимость обучающихся 52-х-средних общеобразовательных учреждений и 15-ти колледжей г.Москвы 2013 г.	Подростки 14-17 лет учащиеся седьмых – одиннадцатых классов общеобразовательных школ и первого года обучения после 9 класса в колледжах	3901	Онлайн тестирование Комплекс стандартизированных методик, разработанный в формате Веб-опросников ГРН - Группа риска наркозависимости RFTA - Risk Factors Tobacco of Adolescent (Фактор риска табачной зависимости у подростка)
2.	Исследование факторов риска вовлечения табачную, алкогольную и наркотическую зависимость у взрослых (2004-2013 гг.)	Педагоги и специалисты общеобразовательных школ Студенты психологических специальностей Родители	537	Комплекс стандартизированных методик CADS - Core Alcohol and Drug Survey (Исследования на основные наркотики и алкоголь) RFTY - Risk Factors Tobacco of Youth (Фактор риска табачной зависимости у юношей)
2) Формирующий эксперимент по формированию антиаддиктивных профилактических личностных компетенций у обучающихся средних общеобразовательных учреждений				
3.	Формирующий эксперимент 29 общеобразовательных учреждений Московской области (2002-2013)	Подростки 13-17 лет учащиеся 7-11-х классов общеобразовательных школ за первые 4 г. исследований	Свыше 1650	Программа «Формирования устойчивого развития личности как основа профилактики употребления ПАВ подростками»

Этап	Исследование	Целевые профилактические группы	Численность испытуемых	Метод исследования
1	2	3	4	5
3) Исследование антиаддиктивных профилактических личностных компетенций у субъектов образовательного пространства				
4.	Исследование копинг-стратегий, жизнестойкости, уровней устойчивости и антинаркотической установки обучающихся 52-х средних общеобразовательных учреждений и 15-ти колледжей Москвы (2013)	Подростки 14-17 лет учащиеся седьмых – одиннадцатых классов общеобразовательных школ и первого года обучения после 9 класса в колледжах	3901	Онлайн тестирование Комплекс стандартизированных методик, разработанный в формате веб-опросников Тест жизнестойкости Копинг-Тест Лазаруса ЭИ -Тест Эмоционального интеллекта Шкала УРЛ – Тест устойчивого развития личности Шкала АНУ – Тест антинаркотическая установка Дополнительные методы
5.	Исследование копинг-стратегиям, жизнестойкости, стрессоустойчивости и устойчивости взрослых (2007-2011)	Студенты старшекурсники психологического и педагогического профиля подготовки и педагоги различных специальностей родители	537	Комплекс методик: Стандартизированные опросники. Тест жизнестойкости Копинг-Тест Лазаруса Шкала УРЛ – Тест устойчивого развития личности Шкала АНУ – Тест антинаркотическая установка Дополнительные методы
4) Изучение механизмов эффективности профилактики химической зависимости в системе общего образования				
6.	Лонгитюдное исследование антинаркотической установки и устойчивости у подростков 10-ти общеобразовательных учреждений (2002-2013)	Подростки 13-17 лет – учащиеся седьмых-одиннадцатых классов общеобразовательных школ.	612	Комплекс методик: Стандартизированные опросники. Тест жизнестойкости Копинг-Тест Лазаруса Шкала УРЛ – Тест устойчивого развития личности Шкала АНУ – Тест антинаркотическая установка Дополнительные методы

Этап	Исследование	Целевые профилактические группы	Численность испытуемых	Метод исследования
1	2	3	4	5
7.	Лонгитюдное исследование антинаркотической установки и устойчивости у взрослых (2004-2013)	Педагоги и специалисты общеобразовательных школ Студенты старших курсники психологического и педагогического профиля подготовки Родители	298	Комплекс методик: Стандартизированные опросники. Копинг-Тест Лазаруса Шкала УРЛ – Тест устойчивого развития личности Шкала АНУ – Тест антинаркотическая установка Комплекс методик по функциональности и стабильности семьи Дополнительные методы исследования
5) Качество профилактической работы, проводимой в образовательных учреждениях				
8.	Исследование качества профилактического антиаддиктивного пространства в сфере образования и эффективность образовательных программ 377 общеобразовательных учреждений, 95 колледжей (2008-2013)	Педагоги, специалисты и руководители образования Студенты старших курсники психологического и педагогического профиля подготовки	194	Оценка качества профилактических ресурсов Индекс токсичности Ранжирование образовательных учреждений Анкетирование специалистов по результатам проведенной образовательной программы образовательных программ профессиональной подготовки «Превентология аддикций»
	ИТОГО за период 2002-2013	Обучающихся средних общеобразовательных учреждений и колледжей (13-17 лет) 5906	Взрослых (родителей, педагогов, студентов) 1029	Образовательные учреждения 578

Процедура проведения тестирования подростков. Проводимое в 2013 г. широкомасштабное исследование психологических факторов риска

вовлечения в химическую зависимость подростков и уровню сформированности личностных антиаддиктивных профилактических компетенций в средних общеобразовательных учреждениях и колледжах Москвы позволило за год обследовать 3901 обучающегося. Из них в первом полугодии 2013 г. в онлайн тестировании участвовало 2894 обучающихся: 1835 (36,6%) - учащихся 10 классов школ и 1059 (63,4%) – студентов первого года обучения в колледжах после 9 класса города Москвы. На момент обработки данных валидными исследованиями стали учащиеся из 52-х средних общеобразовательных учреждений и 15-ти колледжей. Из них 1397 (48,3%) мальчиков и 1448 (50,0%). Из них к полным расчетам поступило 49 (1,7%) протоколов. Большая часть подростков были в возрасте 16 лет 1625 (56,2%) и учащихся 17-ти лет 766 (26,5%). Меньшую группу составили обучающиеся школ и колледжей 15-ти лет 156 (5,4%) и 18-ти лет 104 (3,6%). Исследуемые лица остальных возрастных групп составили - 103 (3,4%). При этом система SPSS не произвела полные расчеты по -139 (4,8%) протоколам. Достоверность и валидность каждой выборки учащихся определялась по возрасту, уровню и форме образования, месту проживания и численности подростков. На каждом этапе исследования в выборке взрослых, педагогов, родителей определялась показатели достоверности и валидности по возрасту и социальному положению. Во втором полугодии 2013 г. тестировании приняло участие 11 школ города Москвы, которые организовали проведение тестирования среди 1007-и учащихся 8 – 11-х классов. Возраст тестируемых в основном пришелся на учащихся - 14-16-ти лет. Из них 414 (43,85%) мальчиков и 509 (55,15%) девочек. Каждое образовательное учреждение создало условие для проведения онлайн тестирование на местах. Из всех собранных первичных данных система SPSS не приняла к полным расчетам - 84 (8,3%) протокола.

В формирующем психолого-педагогическом эксперименте проводимой по авторской программе соискателя «Формирование устойчивого развития личности, как основа профилактики употребления ПАВ среди подростков» (начало 2002) стартовало и затем на протяжении 7-10-ти лет участвовало одновременно 24-е средних муниципальных общеобразовательных

учреждениях г. Электростали и пять средних общеобразовательных школ г. Электрогорска Московской области. Ежегодно на протяжении десяти лет в программу входило более 400 учащихся. Нами прослежены отчеты за первые четыре года, насчитывающие 1653 учащихся 7-10 классов, средних школ, прошедших профилактическую программу. В дальнейшем в 2013 г. исследование проводилась в двух школах (опытной и контрольной группы по формирующему эксперименту), которые любезно согласились участвовать как в онлайн тестировании, так и офлайн тестировании. В этих исследованиях в общей сложности приняло участие 612 учащихся, которые проходили по программе лонгитюдного диагностического, рандомизированного исследования.

Лонгитюдное исследование с 2002-2013 гг. по результатам формирующего эксперимента проводилось среди учащихся г. Электростали Московской области. В 2013 г. приняло участие 75 подростков-учащихся муниципального образовательного учреждения города Электростали №12. Контрольной группой представлены подростки, не участвующие в авторской профилактической программе. Исследования подростков контрольной группы проводилось 2002, 2009, 2013 гг. посредством опроса среди учащихся 9-х классов 8-ми государственных образовательных учреждений — общеобразовательных школ г. Москвы и Московской области. От Юго-Западного Административного Округа (в средних школах № 198, 1100, 121, 524, 187, 190), Северо-Западного Административного Округа (центре образования №1613, средней школе №1541), г. Электростали (средней школе № 1). В выборку контрольной группы вошло 365 учащихся 9-х классов общеобразовательных школ г. Москвы в возрасте 14–15 лет. Выборку составляли по анкетам, заполненным в соответствии с разработанным методом. В нее вошли: 47,44% мальчиков (167 — подростков) и — 52,56% девочек (185 подростков). В совокупности и по отдельности исследовательских проектов выборка репрезентативна и однородна.

Процедура проведения тестирования родителей. В 2010 - 2011 гг. был проведен опрос среди родителей учащихся 9 классов государственных образовательных учреждений — общеобразовательных школ г. Электростали,

г. Электрогорска Московской области (МОУ СОШ № 12, № 15) и г. Москвы, а именно Юго-Западного Административного Округа (в шести средних школах № 198, 1100, 121), Северо-Западного Административного Округа (центре образования №1613, средней школе №1541). В выборку вошло 179 родителя, в том числе в возрасте 37–55 лет, преимущественно женщины (86,2%). Выборку составляли по анкетам, заполненным в соответствии с разработанным методом. В нее вошли: по МО 32,7% родители в возрасте до 40 лет, 49,1% в возрасте 41-50 лет, 18,2% свыше 50 лет. По Москве: 17,4% родителя в возрасте до 40 лет, 55,3% в возрасте 41-50 лет, 27,3% свыше 50 лет. В совокупности выборка репрезентативна и однородна.

В 20112-2013 гг. нами было проведено пилотное мониторинговое исследование качества антиаддиктивных профилактических ресурсов и антиаддиктивного профилактического пространства образовательных учреждений города Москвы. Программой пилотного исследования были охвачены 472 общеобразовательных учреждения (ОУ), находящиеся в подчинении Департамента образования города Москвы. Из них от Центрального административного округа (ЦАО) участвовало – 82 ОУ, от Северного административного округа (САО) – 74 ОУ, Северо-Восточного административного округа (СВАО) –152 ОУ, Западного административного округа ЗАО – 69 ОУ, московских колледжи участвовало – 95 ОУ.

В совокупности выборка репрезентативна и однородна. Первичный статистическая обработка совокупности полученных данных включал в себя частотный, ранговый анализ, в дальнейшем проводился дисперсный, корреляционный и спектральный анализ данных.

4.1.2. Алгоритм и программа исследования

Исследования, проводимые соискателем в разное время, были выстроены в программу изучающую модель формирования антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся в образовательной среде (см. рис.4.1.).

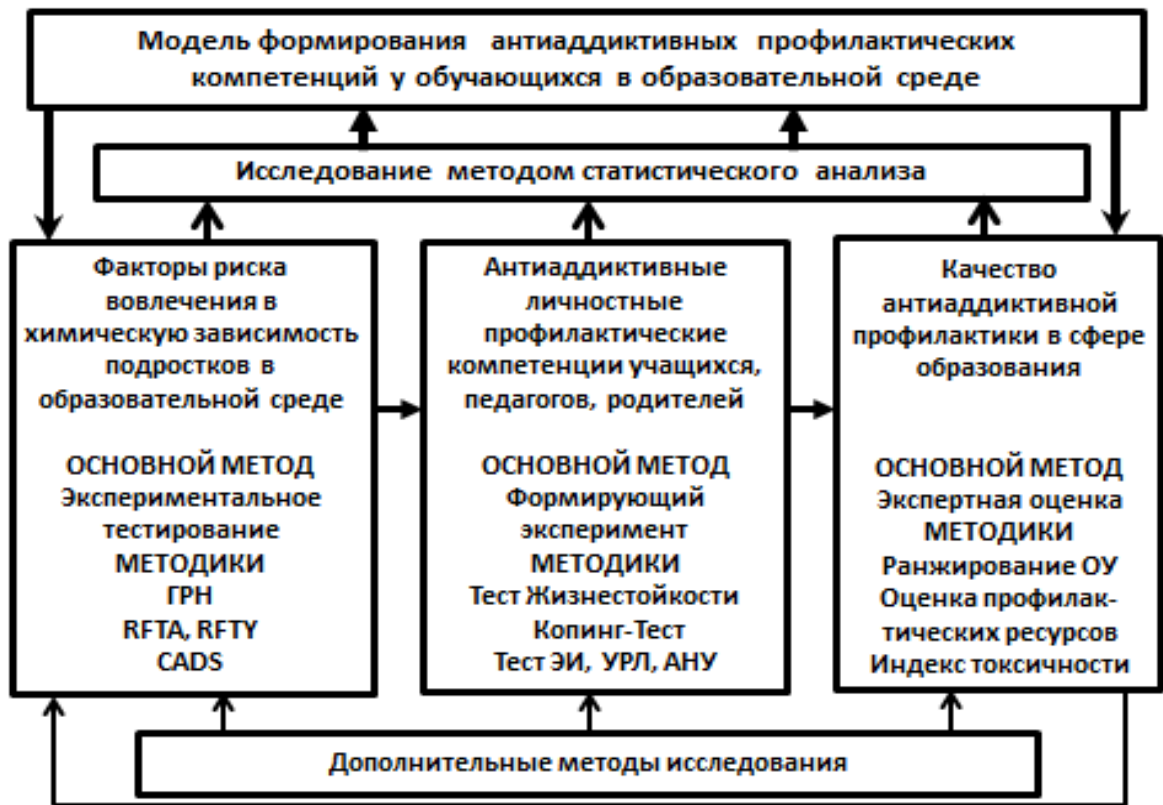


Рисунок 4.1. Схема программы исследования*

*Предложенные в схеме аббревиатуры, используемые в названиях методик, и перечень дополнительных методов исследования описаны в тексте

В первую очередь, исследовались факторы риска вовлечения в химическую зависимость (наркоманию, табакокурения, алкоголизм) подростков - учащихся в образовательной среде средних школ и колледжей.

Это направление исследований обеспечивалось методом экспериментального тестирования с комплексом стандартизированных зарубежных, отечественных и авторских методик. Параллельно изучались механизмы формирования личностных антиаддиктивных профилактических компетенций учащихся, и уровни профилактических компетенций у родителей и педагогов. Основным методическим ресурсом в данном направлении исследований стал метод формирующего эксперимента, который обеспечивали применение комплекса стандартизированных отечественных, зарубежных и авторских методик: Проводимые исследования позволили подойти к изучению качества антиаддиктивной профилактики в сфере образования. Одним из инструментов оценки качества стал метод ранжирования образовательных

учреждений (ОУ), через оценку профилактических ресурсов. Совокупные результаты исследований факторов риска и профилактических компетенций учащихся позволило раскрыть механизмы эффективности профилактической работы и скорректировать рейтинги образовательных учреждений по индексу токсичности возникновения химической зависимости в образовательном учреждении.

Наряду с вышеописанным исследовательским инструментарием применялись дополнительные методы исследования, в которых наиболее широко использовались авторские методики в области клинико-психологической метода исследований.

4.2. Описание методов исследования

В каждом направлении программы исследования были определены основные и дополнительные методы, как инструментарий для доказательств гипотез и аргументации положений, выносимых на защиту. Основные методы исследования были представлены комплексами стандартизированных, валидных, надежных методик. Дополнительные методы включали в себя также авторские методики, проходящие апробацию. Основными методами исследования стали: метод экспериментального тестирования, метод формирующего эксперимента, сопровождающийся лонгитюдными и продольными методами, метод экспертной оценки. Дополнительный метод исследования состоял из методик, относящихся преимущественно к клинико-психологическому методу. В дальнейшем по тексту будет более полное раскрытие авторских методик, лежащих в основных методах исследования.

4.2.1. Исследование методом экспериментального тестирования

Цель экспериментального тестирования исследовать факторы риска вовлечения в табачную и наркотическую зависимость подростков в образовательной среде.

Для этого был предложен онлайн формат психологического исследования и разработаны аналоги веб-анкетирования таких методик, как: 1) RFTA (RFTY) - Risk Factors Tobacco of Adolescent (of Youth) - Опросники «Фактор риска табачной зависимости у подростка (юноши)» (Аршинова В.В., 2012) для определения фактора риска вовлечения в табачную зависимость подростков 13-16, 17-18 лет и старше. 2) ГРН - Опросник «Группа риска наркозависимости». (Хасан Б.И. с соавторами, 2003) для выявления групп риска наркозависимости в старшем подростковом возрасте. 3) CADS - The Core Alcohol and Drug Survey - базовый опросник потребления и последствий приема алкоголя и наркотиков (метод апробирован 1980–1992 гг., Delong, W. & Atcin, С.К.; стандартизирован Harvard School of Public Health, 1991-1993). Адаптация русскоязычной версии Аршиновой В.В. (2013).

В этих исследованиях применялись дополнительные авторские клинико-психологические методы, позволяющие с меньшими временными затратами оценивать факторы риска вовлечения в зависимое поведение. При этом клинико-психологическим методом исследования изучение факторов риска вовлечения в аддикцию, как психологических барьеров в антиаддиктивном профилактическом пространстве, мешающих формированию антиаддиктивных профилактических компетенций у подростков, в образовательном учреждении и в его семейном окружении.

При этом использовались разработанных соискателем диагностические методы: 1) Метод структурированного клинико-психологического интервью для родителей с одновременной оценкой факторов риска развития химической зависимости «Структурированное интервью по факторам риска вовлечения в зависимое поведение детей и подростков для взрослых (родителей, психологов, педагогов)» (Аршинова В.В., 2012). 2) Методы самодиагностики со встроенным блоком саморегуляции: «Мои устойчивость» (Аршинова В.В., 2012), «Мои проблемы» (Аршинова В.В., 2012), «Моя семья» (Аршинова В.В., 2012), «Портретная галерея» (Аршинова В.В., 2012).

4.2.2. Психолого-педагогический формирующий эксперимент

Психолого-педагогический формирующий эксперимент, ставя целью изучить механизмы профилактической работы, позволил выявить особенности содержания профилактической работы, проводимой с подростками 14-17 лет в общеобразовательной школе (рис.4.2.). Наряду с образовательной программой проводились диагностическая и консультационная работа с родителями по вопросам аддикции и противодействия факторам риска вовлечения детей и подростков в химическую зависимость в семье. Родители участвовали в проведении лонгитюдного исследования факторов риска вовлечения в зависимое поведение в семье. В исследовании было использовано методики, направленные, с одной стороны, на диагностику степени развития ее воспитательного потенциала: С другой стороны сопоставить степень воспитательного потенциала семьи с уровнем развития родительских и подростковых антиаддиктивных профилактических компетенции.

Ведущим звеном формирующего психолого-педагогического эксперимента стала программа по разработке и внедрению соискателем комплексных антиаддиктивных профилактических образовательных программ. Перечень программ, вышедших на широкое применение в образовательных учреждениях, среди которых пять программ созданных для целевых групп – участников профилактической работы, составил: 1) для учащихся 6-8 классов: «Формирование устойчивого развития личности, как основа профилактики употребления психоактивных веществ» (Аршинова В.В., ежегодное переиздание 2004-2012); 2) для студентов психологических и педагогических специальностей «Профилактика химической зависимости в школе» (Аршинова В.В., 2011), «Весы жизни» (Аршинова В.В., 2012); 3) начальный курс для психологов, педагогов специалистов и руководителей образования «Современные подходы к проблеме зависимости, стратегии и методы профилактики аддиктивного поведения», проводимый в рамках «Антиаддиктивная превентология» (Аршинова В.В., 2009); 4) для родителей детей 12-15 лет «Практикум для родителей» (Аршинова В.В., 2009).



Рисунок 4.2. Схема проведения психолого-педагогического формирующего эксперимента по развитию антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся в условиях общеобразовательной школы

Каждую образовательную программу сопровождали программы лонгитюдных и сравнительных рандомизированных исследований. Эти программы сопровождали диагностические методики, собранные в комплексы лонгитюдных, рандомизированных и продольных исследований в общей совокупности составили четыре диагностических методики адаптированных для подростков и взрослых лиц. Программа исследований состояла из методик выявления степени сформированности антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся, родителей, педагогов в системе общего образования «Тест жизнестойкости» (Леонтьев, Рассказова), Копинг-Тест-Лазаруса (Крюкова, Маликова, Михайлов), ЭИ-Тест Эмоционального интеллекта (Люсин), Шкала УРЛ – Тест устойчивого развития личности (Аршинова), Шкала АНУ – Тест антинаркотическая установка (Аршинова), дополнительные методы (Аршинова). Дополнительная программа лонгитюдного продольного исследования педагогов и студентов психологических специальностей состояла из метода «Тест учебно-

профессиональных знаний» В.В. Аршиновой (2011). Дополнительно программа лонгитюдного продольного исследования **семьи (родителей)** состояла из четырех методов: 1) «Стандартизированное интервью для родителей» А.Б. Холмогоровой (2002) в обработке В.В. Аршиновой (2008); 2) - «Матрица определения обобщенного показателя психолого-социального благополучия семьи как института воспитания» М.В. Шакурова (2002) в обработке В.В. Аршиновой (2008); 3) - «Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3)» Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Леви, адаптирован М. Пере в 1986 г. (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003); 4) - «Жизненные события и стрессы в семье» (Аршинова В.В. в соавтр., 2008).

4.2.3. Исследование методом экспертных оценок

В Программе исследований использован метод экспертных оценок, который был направлен на выявления показателей качества антиаддиктивной профилактической деятельности. Исследование было построено на представлении о том, что качество антиаддиктивных профилактических ресурсов образовательных учреждений является комплексным понятием, отражающим, с одной стороны, профилактический методический образовательный инструментарий, лежащий в основе построения профилактического пространства с другой стороны, уровни сформированности профилактических компетенций обучающихся. Это было достигнуто посредством проведения «Мониторинга антиаддиктивного профилактического пространства образовательных учреждений города Москвы» (Аршинова В.В., 2012). Мониторинг включал в себя следующие блоки. **Первый блок** - самообследование учреждениями образования профилактических ресурсов и профилактической деятельности в области предотвращения зависимого поведения. **Второй блок** - экспертная оценка качества профилактической работы образовательного учреждения, проводимой согласно анкете «Экспертный опрос руководителей и специалистов по оценке качества профилактической работы образовательных учреждений города Москвы».

Третьим блоком, стало обследование интернет ресурсов официальных сайтов образовательных учреждений на предмет полноты представления и описания профилактической деятельности. Социально-экологический **четвертый блок**, включал выявление статистических показателей социального благополучия, качества воспитательной и обучающей деятельности образовательных учреждений по административным округам города Москвы, согласно официальным данным Департамента образования, ГУВД и других ведомств города Москвы.

Параллельно проводилось, представленное выше онлайн тестирование обучающихся на выявление уровня сформированности антиаддиктивных профилактических компетенций. На основании полученных результатов трех направлений исследования, соискателем был разработан, так называемый, показатель «Токсичности по агенту химической зависимости» и показатель «Защищенности от наркотической зависимости», как для отдельного подростка, так и для образовательного учреждения в целом. На основании полученных показателей был построен рейтинг образовательных учреждений по качеству антиаддиктивного профилактического пространства.

Дополнительными методами экспертных оценок мы решали задачу изучить направленность профилактической работы, выстроить, так называемую «дорожную карту» профилактики для школ, исходя из существующих условий в сфере образования. В исследовании методом экспертных оценок применялись разработанные соискателем диагностические методы: 1) метод экспертных оценок паттернов аддиктивного поведения «Психологические особенности развития» (Аршинова В.В. 2009). 2) метод экспертной оценки черт воспитания учащихся школы «Профиль воспитания» (Аршинова В.В., 2009).

Также дополнительные методы экспертных оценок, позволили изучить потенциал профилактической работы, результатом стали потенциал и ресурсы профилактики со стороны педагогического состава и со стороны имеющегося предварительного опыта в учреждениях сферы образования. При этом

применялся метод «Объективный анализ стресс-факторов» (Аршинова В.В., в соавт, 2012).

4.2.4. Исследование методом статистического анализа

Полученные результаты исследований каждого направления обрабатывались методом статистического анализа. Статистически обработанные результаты в дальнейшем позволили выстроить модель формирования антиаддиктивных профилактических компетенций обучающихся в системе общего образования. Обработка результатов исследований была проведена пакетом программ Statisticks Exel 2003, Statisticks Exelx 2010, пакетом программ SPSS (PASW Statisticks) – в модификации 12RUS, 16RUS, 18RUS, 23RUS, которые сегодня являются наиболее распространенными и удобными инструментами статистического анализа в психологических и других гуманитарных и социальных исследованиях. При этом использовались в общей сложности девять методов статистического исследования, представленных методами первичной описательной статистики, методами статистического вывода и проверки гипотез, многомерными статистическими методами анализа. В статистической обработке был применен метод спектрального анализа временных рядов, применяемый в физических исследованиях и адаптированный соискателем для психологических исследований.

Методы первичной описательной статистики проводились посредством проведения частотного анализа. Методы статистического вывода и проверки гипотез проводились посредством сравнения независимых и зависимых выборок по уровню выраженности признака: 1) методов анализа номинативных данных с использованием критерия согласия χ^2 ; 2) метод корреляционного анализа проводился путем построения корреляционных матриц по шкалам внутри метода и конечным результатам исследования; 3) метод параметрического сравнения двух выборок, проводился с использованием критерия t-Стьюдента для одной, двух и более независимых выборок; 4) метод

непараметрического сравнения выборок: при сравнении двух независимых выборок метод проводился посредством использования критерия U-Манна-Уитни, при сравнении двух зависимых выборок – критерия Т-Вилкоксона, при сравнении более двух независимых выборок – критерия Н-КраскалаУоллеса; 5) методы однофакторного и многофакторного дисперсионного анализа проводились для однофакторного и множественного факторного сравнения выборок.

Многомерные статистические методы использовались посредством применения методов кластерного анализа, в том числе факторного анализа. Особенностью нашего исследования стало применение статистического метода анализа временных рядов посредством обработки результатов исследования методом спектрального анализа. Метод спектрального анализа выстроен на тригонометрических функциях, его основными параметрами являются частота, амплитуда и фазовый сдвиг. В психологических исследованиях он позволяет провести динамику процесса во времени, выявить цикличность результатов поперечных исследований и, выстроить вероятностную модель процессов. Цель собственно спектрального анализа – разложить временной ряд на сумму функций синусов и косинусов с различными частотами, для определения значимых (циклических) процессов.

Применение спектрального анализа в психологии имеет свои особенности, оценка рядов по времени рассматривается от абсолютного прироста Δi – среднестатистических отклонений полученных результатов (4.1.)

$$\Delta i = \gamma_i - \gamma_0 \quad 4.1.$$

где, γ_0 – среднестатистическое отклонение по всей выборке,

γ_i – среднестатистическое отклонение по определенной возрастной группе

i – натуральное число $i=1,2,3,\dots$

Время – T мы приняли психологический возраст обучающихся на момент исследования, период цикла – t , сам цикл определили стабильным, сезонным,

тогда (4.2.):
$$T = t = 1 \quad 4.2.$$

Полученные результаты прироста показателей – Δi , были выражены в радианах, при постановке их в простейшую волновую функцию, уравнение расчетов имело вид: (4.3.)

$$x = 1,0 * \cos(2 * \pi * \Delta i - 1) + 0 * \sin(2 * \pi * \Delta i - 1) = \cos(2 * \pi * \Delta i - 1) \quad 4.3.$$

Таким образом, статистический спектральный анализ результатов наших поперечных исследований позволил рассмотреть одновременно временную динамику двух факторов: риски вовлечения в зависимое поведение обучающихся в системе общего образования и формирование у них антиаддиктивных профилактических компетенций.

4.3. Исследование факторов риска вовлечения подростков в химическую зависимость в системе общего образования

Изучение рисков вовлечения подростков в химическую зависимость проводилось посредством применения стандартизированных отечественных и авторских методик, с помощью которых велись исследования риска возникновения наркозависимости и табакокурения среди групп обучающихся. Факторы риска возникновения алкогольной зависимости и наркозависимости среди взрослых проводились с применением стандартизированной международной методики, адаптированной с учетом отечественных социокультурных особенностей.

4.3.1. Исследования факторов риска вовлечение наркотическую зависимость в системе общего образования

Методика Опросник «Группа риска наркозависимости» (ГРН) разработана 1995-1996 гг. профессором Красноярского государственного университета Б.И. Хасаном (Хасан Б.И с со авторами, 2003). Предлагаемая методика «Выявление групп риска наркозависимости в старшем подростковом возрасте (14-17 лет)» представляет собой опросник. Методика предназначена для определения уровня риска появления зависимого поведения в условиях

системы образования. Методика служит одним из инструментов оценки эффективности реализуемых программ профилактики. Исследование рекомендуется проводить ежегодно. Опросник представляет собой ряд противоположных утверждений. Эти утверждения разнесены по 3 диагностическим шкалам. **Первая шкала** - «Поведение в ситуации риска», включает 6 утверждений, которые позволяют выявить стратегию поведения в ситуации риска (нормальное, адекватное поведение; неадекватное поведение – избегающая или преодолевающая стратегия). **Вторая шкала** «Интерес к наркотикам» также включает 6 утверждений. Она выявляет интерес к области, связанной с наркотиками: отрицание всякого интереса к наркотикам; любопытство к этой области; повышенный, обостренный интерес ко всему, что несет информацию о наркотиках. **Третья шкала** - «Социальные установки», обеспечена 10-ю утверждениями, которые выявляют стремления к социально полезным действиям, увлеченности групповой работой, соревнований, значимости для подростка социального одобрения или, наоборот, равнодушия и отрицания событий при тенденции совершать или одобрять асоциальные поступки. Методика посредством сравнительного анализа, позволяет выстроить гипотезы о «локализации» в школе «зон риска».

4.3.2. Исследование факторов риска вовлечение в табачную зависимость подростков и взрослых

Методология исследования факторов риска вовлечения в табачную зависимость учащихся средней школы, разработана еще недостаточно полно. В современных исследованиях эти факторы, все чаще рассматриваются через отношение к табаку самого подростка. [Аршинова, 2009; 2011, 2012].

На основе материалов отечественной и зарубежной научной литературы разработан тест определения факторов риска вовлечения в табачную зависимость в профилактическом пространстве, которую проводят среди детей и подростков в условиях общеобразовательных школ при первичной профилактики табакокурения [Аршинова, 2011]. Введенное соискателем в

науку понятие о профилактическом пространстве, представляет собою совокупность внутренних (личностных) и внешних условий (окружения), в которых формируются базовые ценности объектов профилактики (здоровье, нормы жизни и деятельности, психологическое благополучие, счастье, качество жизни и др.). При этом, субъективное возрастное профилактическое пространство, определяется как совокупность представлений человека об условиях формирования базовых ценностей объектов профилактики, рассматриваемых через субъективные оценки. Наиболее пригодными для измерения субъективного профилактического пространства, оказались комбинированные методы, в частности, - анкетирования и шкалирования, учитывающие особенности исследуемой ситуации и условия проведения научно-практического исследования. Используя упомянутые методы, опрос проводили следующим образом.

RFTA - Risk Factors Tobacco of Adolescent - Опросник «Фактор риска табачной зависимости у подростка», разработанный соискателем, позволяет изучить фактора риска вовлечения в табачную зависимость подростков 13-17 лет (Аршинова В.В., 2012). Это аналог опросника RFT - Risk Factors Tobacco - Опросник «Фактор риска табачной зависимости» создан и для взрослых, он может быть использован, начиная с 18 летнего возраста (Аршинова В.В. 2012). Опросник представлял собой научно разработанный инструментарий, применяемый для изучения субъективного антитабачного профилактического пространства подростков в условиях общеобразовательных школ. Исследование рекомендуется проводить ежегодно. Общая характеристика опросника. Информация опросника представлена компактно, в нее включены вопросы о социальном окружении и об отношении к здоровому образу жизни, отношении к табачной зависимости, существующем в системе общего образования и в семье. Такой подход позволяет провести диагностику факторов риска и одновременно определить методологические подходы к его снижению. Разработанный авторами опросник теста включает 21 вопрос, из которых 20 - закрытого (комбинированного типа) и 1 - открытый. «Готовые» ответы к вопросам позволяют респондентам достаточно полно и открыто выразить свое

мнение, особенно если учесть, что по ряду вопросов было предложено выбирать несколько вариантов ответов, имеющих характер шкал возрастания или убывания признака, а также комбинирование их с открытым ответом под толкованием «другой вариант ответа». Такой подход позволил испытуемым подросткам показать их собственное, личное видение проблемы. Вопросы теста были составлены по блокам, позволяющим рассмотреть отношение к проблеме профилактики табакокурения с разных позиций. **В первом блоке** вопросов, с первого - по пятый, предлагалось оценить ценностные предпочтения здорового образа жизни респондента. **Во втором блоке**, с шестого по девятый вопрос, определялись позиции нарушений устойчивого развития личности (развития в условиях состояний стабильности, необходимых для сбережения здоровья, на фоне отсутствия нарушений). Вопросы **третьего блока** были объединены с десятого по пятнадцатый, через них определялись субъективная оценка границ (условий) профилактического пространства до опыта табакокурения. Вопросы с шестнадцатого по девятнадцатый были собраны в **четвертый блок**, посредством их оценивался опыт потребления табачных изделий в широком диапазоне - от риска первых проб табакокурения до постоянного курения. Двадцатый вопрос был направлен на выяснения конструктивных предложений учащихся девятых классов. В конце теста в общих вопросах предлагается указать возраст и пол респондентов. В начале теста размещена краткая инструкция. Авторы обратили внимание школьников на то, что, прежде чем ответить на вопросы, респондентам необходимо прислушаться к собственному внутреннему состоянию, настроиться на «волну» жизни. Создание четырех блоков вопросов в опроснике осуществлялось с тем, чтобы получить как можно более компактную информацию о социальном окружении и об особенностях факторов здорового образа жизни, существующих в школьной среде. На основе статистической обработки надежности и результатах валидности в тесте разработаны три шкалы, которые служат инструментами для выявления степени выраженности одного из факторов «риск вовлечения в табакокурение», «устойчивого развития личности», «антинаркотическая установка». А. Фактор «риск вовлечение в табакокурение» включает выбор ответов на вопросы,

которые выявляют причины возникновения табакокурения у подростков и стратегии поведения в ситуациях риска от начала, продолжения пассивного и до активного табакокурения. Причины выстроены, начиная от личностных проблем, охватывая межличностные и внутрисемейные отношения, и выявляя некоторые внутришкольные проблемы. Стратегии представлены, начиная от активного отрицания предложений курения табака, адекватного поведения, и доходят до неадекватного поведения, приводящего к началу дебюта и собственно курения табачных изделий. Б. Фактор «устойчивого развития личности» и В. Фактор «антинаркотическая установка», описанные ниже. Каждая из этих шкал имеет градацию по толкованию ее значений. Ключи к шкалам: для подсчета баллов ответам присваиваются баллы 1 или 10, которые указаны в инструкции.

Методы применялись при исследованиях разных групп учащихся, различных образовательных учреждений Москвы и Московской области, в отдельные промежутки времени. По одним и тем же формам обучения методика показывает согласованные результаты по нормированию и кластерному распределению. Методика позволяет формировать оценочные группы для сравнительных продольных и лонгитюдных исследований. Результаты широкомасштабного исследования по методике RFTA, проводимого соискателем (более 5000 старших подростков) показали высокую корреляцию с результатами методики ГРН ($r=0,763$) и аналоговых международных исследований факторов риска развития химической зависимости ESPAD-2011 ($r=0,658-0,839$). Для оценки надёжности теста вычислялись показатели внутренней согласованности α -Кронбаха по всем шкалам и компонентам шкал. Согласованность основных шкал 0,87 и выше, что является достаточно высокими показателями для опросников. Внутренняя согласованность компонентов несколько ниже (в районе 0,68), но и её можно признать удовлетворительной, если исключить компонент «вовлеченность в табачную зависимость» (0,49). Кластерный анализ применялся для изучения структуры опросника, кластеры выделялись методом К-средних (метод средней связи). Нормирование кластеров выражают компоненты, близкие к

нормальному распределению. Это свидетельствует о высокой надёжности вычисления корреляционной матрицы. Аналогично выстроены методики и для студентов первых курсов колледжей и вузов, молодых людей старше 18 лет. В ней представлены вопросы, позволяющие выбрать ответ или дать свою оценку ситуации, с которыми молодой человек сталкивается в вузе или колледже. Эта методика также показала свою валидность и надёжность.

4.3.3. Исследование факторов риска потребления алкоголя и наркотиков у студентов педагогических специальностей

Фонд по улучшению Поствторого (после второго) высшего Образования Министерства образования США (FIPSE) финансировал гранты на программы профилактики алкоголизма и наркомании в высших учебных заведениях. CADS - The Core Alcohol and Drug Survey - Исследование на основные наркотики и алкоголь. Это первый инструментарий, апробированный 1980–1992 гг., стандартизирован Harvard School of Public Health, 1991-1993 (DeJong, W. & Atcin, C.K., 1995). Это независимое обследование предлагают проходить студентам первого года обучения в колледжах США, Канады, Великобритании, Австралии и другим странам. Сегодня опрос распространился на специалистов в области всех уровней образования, здравоохранения, социальной сферы, военнослужащих и работников производства. По материалам DeJong, W., Wechsler, H., (1998) основу теста CADS большой формы (39 вопросов), малой формы (21 вопрос) составляет **следующий контент**. Личностные характеристики студентов, длительность обучения, возраст, пол, расовая/этническая принадлежность, семейное положение. Статус занятости и условий проживания (в кампусе или вне кампуса). Условия обучения, в том числе полный или неполный рабочий день, собственная оценка среднего балла. Восприятие политики в отношении запрета на потребление психоактивных веществ в кампусе. Частота пьянства, определение дозы и способов потребления для обоих полов. Собственное употребление алкоголя, табака и других наркотиков, в течение года и последних 30-дней, место использования, и возраст первого использования. Собственный опыт студента сталкиваться с

последствиями потребления психоактивных веществ. История злоупотребления психоактивными веществами в семье студента. Стремление к свободной окружающей среде от спиртосодержащих напитков и наркотиков. Восприятие потребления психоактивных веществ со стороны, как часто другие студенты в кампусе употребляют алкоголь, табак и другие наркотики. Участие в различных студенческих мероприятиях (например, клубах, межвузовских соревнованиях и т.д.). Предполагаемые выгоды и убеждения о последствиях употребления алкоголя (например, разбивает самочувствие, усиливает социальную активность). Воспринимаемые риски употребления психоактивных веществ, в том числе алкоголь содержащих напитков. Установки по отношению к потреблению алкоголя, определение «пьяный». Способы, которыми можно повлиять на жизнь пьющих и наркотизирующих студентов или на жизнь кампуса. Опыт преследования, физического и сексуального насилия в результате употребления алкоголя и других наркотиков. Кампус-климат вокруг алкоголя и других наркотиков (например, центральное место алкоголизация в социальной жизни). **Для подсчета используют:** 1 балл – за «выбранный ответ»; 0 баллов – «ответ не выбран». Факторы риска высчитываются методом кластерного анализа средних величин по выборке. При необходимости с ними сравнивают показатели каждого испытуемого. Рекомендуется повторять не реже, чем каждые два года.

4.4. Исследование профилактических антиаддиктивных личностных компетенций у подростков

Изучение антиаддиктивных профилактических личностных компетенций у подростков и взрослых проводился стандартизированными методами, адаптированными к особенностям отечественного социокультурного контента.

4.4.1. Исследование жизнестойкости, компонентов устойчивого развития личности и антинаркотической установки

Тест жизнестойкости представляет собой адаптацию опросника Hardinness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе

Мадди (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006). Личная переменная *hardiness* (жизнестойкость) характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Жизнестойкость представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, и включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Мадди (Maddi, 1998b) подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Индивидуальные различия каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и их согласованность между собой и общая (суммарная) мера жизнестойкости. Рекомендуется повторять раз в три года. Используя метод RFTA тест «Фактор риска табачной зависимости у подростка» для подростков 13-16 лет и метод RFT тест «Фактор риска табачной зависимости» для взрослых (испытуемых свыше 18 лет), оценивались факторы «устойчивого развития личности» и «антинаркотической установки», через расчеты соответствующих шкал. Шкала Б. Фактор «устойчивого развития личности» включает в себя выбор ответов на вопросы о поддержании режима в течение дня, периодичность питания, адекватность нагрузки, занятость в свободное время, выбор досуговой деятельности. Ответы выявляют уровень развития устойчивых характеристик поведения: самоорганизации, выстраиванию миролюбивых отношений, адекватное восприятие жизни как ценности. Шкала В. Фактор «антинаркотическая установка» позволяет выявить стратегии, направленные на здоровье сохраняющее поведение, в котором доминирует деятельность, направленная на телесное, психическое здоровье, планирование будущего, выбор защитных стратегий в ситуациях разумного риска и в ситуациях вовлечения в табачную зависимость в семье и среди сверстников.

4.4.2. Исследование копинг-стратегий поведения

«Копинг-стратегии» Р. Лазаруса адаптированные для подростков (Крюкова, 2005) и взрослых (Маликова Т.В., Михайлов Л.А., 2004). Копинг-

тест является одной из первых стандартизированных методик направленных на диагностику копинг- поведения и копинг- ресурсов в стрессовой ситуации. Копинг- тест разработан в 1988 году Р. Лазарусом и С. Фолкманом, на основе когнитивно-феноменологической теории преодоления стресса (R.Lazarus 1966-1998). В тесте копинг-поведение рассматривается с позиции мобилизации копинг-ресурсов индивидуума: на преодоление трудностей, включения механизмов уменьшения отрицательных последствий психологического стресса. Стратегии копинг-поведения могут быть избегающим, направленным на смирение, принятие ситуации психологического стресса. Общие для всех возрастных групп копинг-стратегии, представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2.

Описание копинг-стратегий в методиках совладающего поведения

№ пп	Название копинга	Описание копинг-стратегии
1	Конфронтационный копинг	Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску
2	Дистанцирование	Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость
3	Самоконтроль	Усилия по регулированию своих чувств и действий
4	Поиск социальной поддержки	Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки
5	Принятие ответственности	Признание своей роли в проблеме сопутствующей темой попыток ее решения
6	Бегство-избегание	Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы
7	Планирование решения проблемы	Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме
8	Положительная переоценка	Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

Таким образом, копинг- стратегии и стили совладающего поведения, по мнению Лазаруса, играют важную роль в социальной адаптации индивидуума. Методика предложенная Т.Л. Крюковой (2005), адаптирована для подростков, и тест Т.В. Маликовой и Л.А. Михайлова (2004) адаптирован для взрослых, позволил соискателю выявить особенности копинг-стратегии совладающего

поведения у испытуемых разных возрастных групп. Рекомендовано проводить методику не реже раза в два года.

4.4.3. Исследование эмоционального интеллекта

Методика Опросник эмоционального интеллекта «Эмин». Применяется для диагностики различных аспектов эмоционального интеллекта (Люсин Д.В., 2006). В основу опросника положена трактовка эмоционального интеллекта (ЭИ), как способности к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. Способность к пониманию эмоций означает, что человек может распознать эмоцию. Он устанавливает сам факт наличия эмоционального переживания у себя или у другого человека. Одновременно человек устанавливает качество эмоции, которую испытывает он сам или другой человек. Идентифицированное качество эмоции позволяет найти для неё словесное выражение; понять причины, вызвавшие данную эмоцию, и следствия, к которым она приведёт. Способность к управлению эмоциями означает, что человек может контролировать интенсивность эмоций, прежде всего, приглушать чрезмерно сильные эмоции; может контролировать внешнее выражение эмоций; может при необходимости произвольно вызвать ту или иную эмоцию. Методика представлена в виде опросника, позволяющего через выбранные утверждений оценить показатели в трех уровнях межличностном, внутриличностном и интегральном и пяти шкалах.

Таким образом, разработанная Программа исследований ведущих объектов антиаддиктивной превентологии, то есть факторов риска вовлечения подростков в химическую зависимость, антиаддиктивные личностные компетенции, модели превентивных вмешательств, позволила нам, посредством полученных результатов, провести доказательства выдвинутых гипотез и проиллюстрировать положения, выносимые на защиту.

Глава 5. Результаты исследования

5.1. Анализ факторов риска вовлечения в химическую зависимость обучающихся в системе общего образования

Программа исследований, в первую очередь, включала в себя изучение психологических факторов риска вовлечения в химическую зависимость (наркоманию, табакокурение) старших подростков – учащихся в системе среднего общего и профессионального образования. Проведенные соискателем исследования, позволили исследовать влияния факторов риска на подростков и взрослых, изучить их структуру, определить качественные и количественные характеристики, также выявить различия и динамику их изменений по возрастам.

5.1.1. Факторы риска вовлечения подростков в наркотическую зависимость

Исследование факторов риска по вовлечению в наркоманию учащихся 9-х, 10-х, 11-х классов проводимые методом онлайн тестирования ГРН (Хасан с соатр.,-2006) на выборке 1007 учащихся выявили причины и этапы вовлечения в наркотическую зависимость в системе общего образования.

Методом кластерного анализа соискателем были впервые установлены четыре этапа или уровня опасности фактора вовлечения учащихся в наркоманию: минимальный, средний и высокий риск с, собственно, вовлеченностью. Подростки, объединенные в группу минимального риска, демонстрировали «нормальное» социально-одобряемое (ожидаемое обществом) поведение учащихся. Учащиеся из группы среднего риска, находящиеся в провокационной ситуации вызывающей у подростка паттерны зависимого поведения, с неудачными попытками или желанием попробовать вещества, без тенденции дальнейшего потребления наркотических веществ и табакокурения. Группу высокого риска составили учащиеся подростки имеющие дебют

потребления наркотических веществ и табакокурения, однократно или в редких случаях. Это способствует нередко обусловлено у них проявление паттернов зависимого поведения. В группу «вовлеченных в наркоманию» попали подростки, на начальном этапе формирования наркотической зависимости, сопровождаемом частым употреблением психологически активных веществ. Данные представлены диаграмме рисунка 5.1.

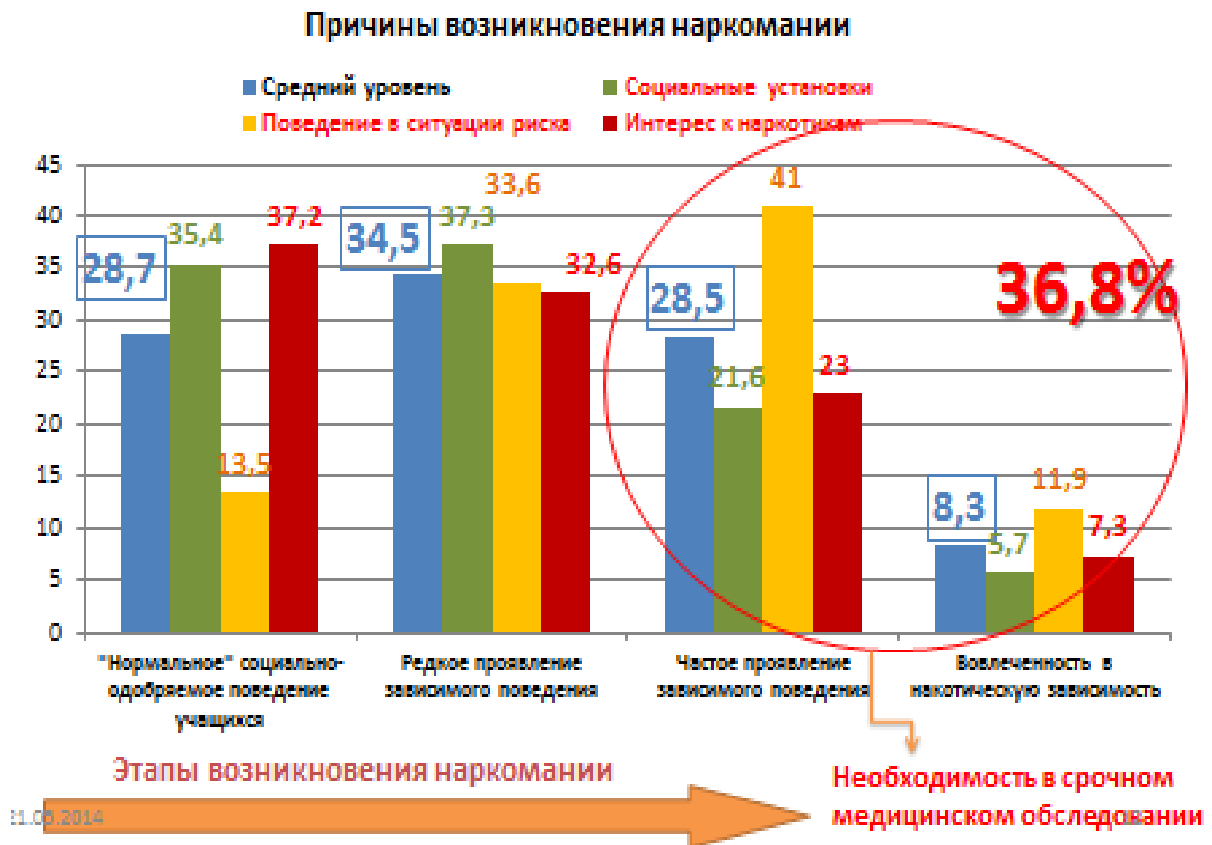


Рисунок 5.1. Диаграмма общего распределения подростков 14-17 лет по причинам и этапам становления наркомании, учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование -2013 г.

Кластерный анализ структуры фактора, показал, что каждая группа, по уровню опасности вовлечения подростков в наркоманию, состоит из трех подгрупп – причин вхождения в наркотическую зависимость: «поведение в ситуации риска», «социальные установки», «интерес к наркотикам». Благоприятные факторы развития и минимум причин вовлечения в

наркотическую зависимость, имели - 28,7% учащихся. Эта опасность была обусловлена поведением в ситуации риска - 13,5%; социальными установками - 35,4% и, наконец, интересом к наркотикам - 37,5%. Средний уровень вовлечения в зависимость составлял 34,5%; с поведением в ситуации риска - 33,6%; социальными установками - 37,5% и интересом к наркотикам - 32,6%. При высоком уровне риска опасность вхождения в зависимость составляла 28,5% и 8,3%, при средней оценке поведения в ситуации риска - 41,0% и 11,9%, социальных установок 21,6% и 5,7% и интереса к наркотикам - 23,0% и 7,3%.

Начало проявления паттернов зависимого поведения составили - 40,3% учащихся, те из них, которые перенимают аддиктивные навыки, подражая поведению лиц близкого окружения: в семье, среди сверстников и учителей. При этом оказалось, что 36,8% из них нуждались в срочной специализированной психологической и медицинской реабилитации и 8,3% уже имели наркотическую зависимость.

На диаграмме рисунка 5.1. обращает внимание то, что наиболее выраженной причиной возникновения наркомании является «поведение в ситуации риска». В уровне высокой опасности это самый высокий показатель 41%. Показатель неадекватного поведения в ситуации риска относительно высокий у подростков, вовлечённых в наркотическую зависимость - 11,9%. Иными словами это означает, что для каждого второго подростка, ситуация риска может стать причиной наркотической зависимости.

Группу учащихся с социально ожидаемой «нормой поведения» явились социально одобряемые установки обучающихся (35,4%) и практическое отсутствие у подростков интереса к наркотическим веществам (37,2%). Однако ведущей причиной в проявлении среди учащихся паттернов зависимого поведения остается трехкратный рост в их жизни ситуаций неадекватного риска, с 13,5% «нормы» до 33,6% «редких аддиктивных паттернов. Особую тревогу вызывает еще значительный интерес к наркотикам, среди «чистых» подростков.

Таким образом, можно констатировать, что найденные уровни опасности фактора риска вовлечения в наркоманию подростков имеют разный состав учащихся, что требует различных подходов к профилактике.

В таблице 5.1. при сравнении подростков по видам школ, наиболее рискованные дети 45.6% учатся в гимназиях и меньше всего - 39,2% в средней общеобразовательной школе (СОШ) с углубленным изучением иностранного языка.

Таблица 5.1.

Сравнение численности подростков 14-17 лет находящихся в ситуации риска вовлечения в наркозависимость, распределённые по видам средних общеобразовательных учреждений Москвы. 2013

Уровень опасности фактора риска вовлеченности в наркозависимость	Численность подростков по видам общеобразовательных учреждений в %%					
	СОШ	Гимн азии	СОШ с углубленны м изучением языка	ЦО	Лицеи	СОШ с углубленным изучением предметов
Вовлеченность	35,3	45,6	39,2	41,1	42,2	38,5
Высокий риск	50,3	42,1	46,7	50,8	45,7	42,9
Средний риск	13,9	12,3	14,1	8,1	12,1	18,6
Минимальный риск	0,5					

При исследовании гендерных особенностей причин вовлечения в наркотическую зависимость среди мальчиков и девочек выявлено следующие показатели (см. Приложение, таблица 5.2). Обратимся к диаграмме на рисунке 5.2. Наибольшая численность мальчиков (39,6%) и девочек (42%) приходится на частое участие подростков в рискованных ситуациях, в этих ситуациях у них недостаточно сформированы навыки принятия рисков или управления рисками. Каждый третий мальчик и девочка редко находятся в ситуациях, в которых они должны проявлять рискованное поведение.

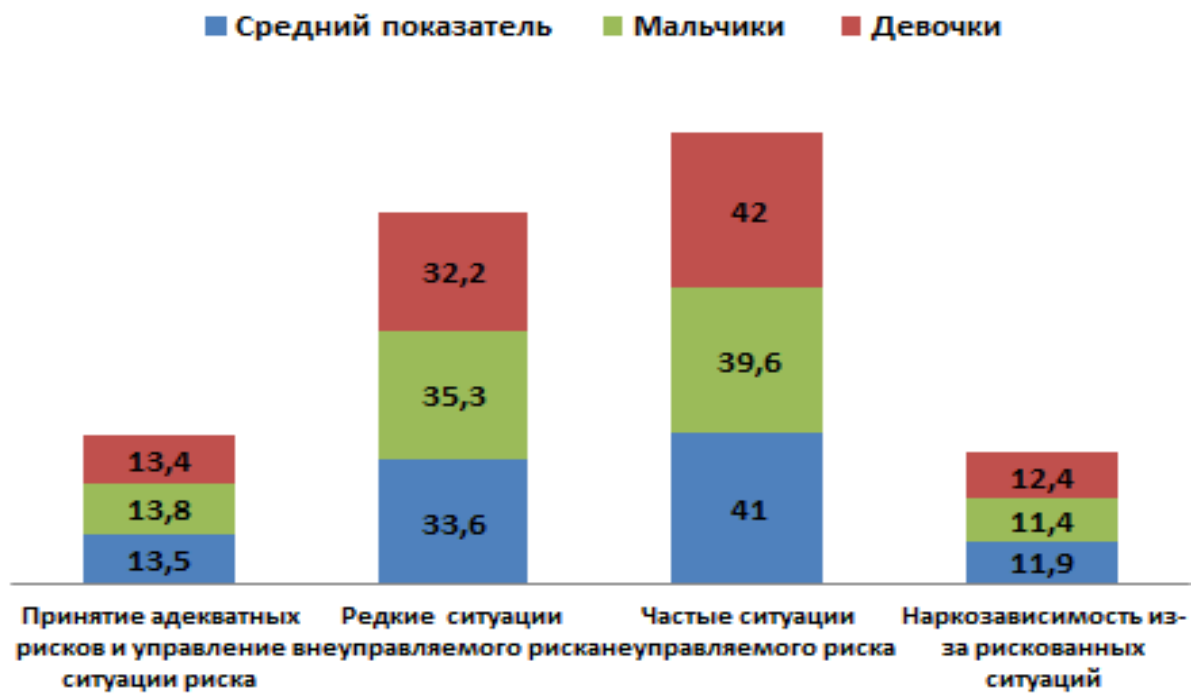


Рисунок 5.2. Диаграмма частотного распределения подростков мальчиков и девочек 14-17 лет, учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы по уровням рискованного поведения. Онлайн тестирование - 2013 г.

Собственно вовлеченных в наркотическую зависимость учащихся старших классов по причине участия в рискованных ситуациях: 11,4% - среди мальчиков и 12,4% - среди девочек. Эта группа практически соответствует показателям среди подростков мальчиков (13,8%) и девочек (13,4%) с «нормальным» адекватным принятием риска и умением управления в ситуации риска.

На рисунке 5.3. показаны показатели интереса к наркотическим веществам, где наибольшую группу как среди мальчиков (36,0%), так и среди девочек (38,1%) составил «нормальные» ненаркотические социокультурные интересы. Вовлеченность в наркотическую зависимость по причине интереса к психотропным веществам составляет 7% у мальчиков и 7,5% у девочек. Частый интерес к наркотическим веществам проявляет практически каждый пятый подросток, из них: - 23,7% мальчиков и 22,4% девочек. Исследование аддиктивных психологических установок среди учащихся показало, что практически 2/3 старших подростков соблюдают социально одобряемую

«норму» (31,6% мальчиков и 38,5% девочек) или редко демонстрируют установки, отражающие зависимое поведение, такие как тревожность, эмоциональную лабильность, конфликтность, демонстративность, лживость (40,3% мальчиков и 34,8% девочек).

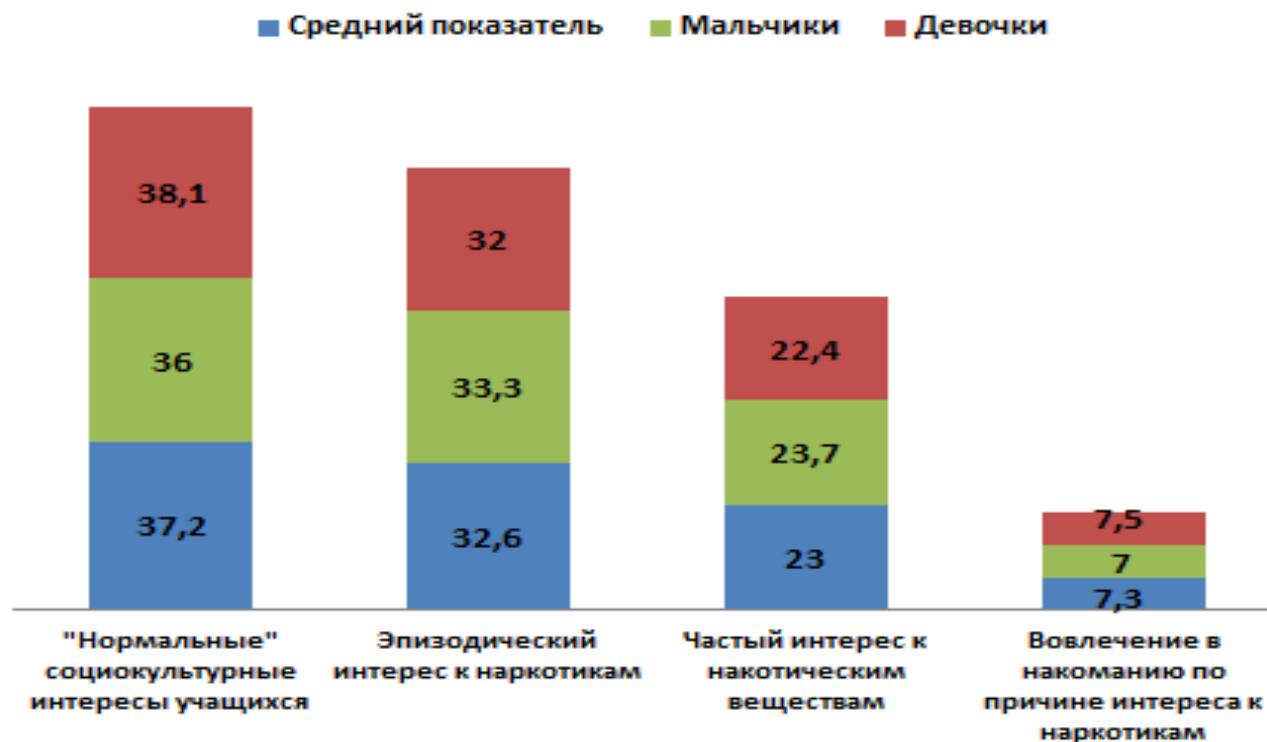


Рисунок 5.3. Диаграмма частотного распределения подростков, мальчиков и девочек, 14-17 лет - учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы по уровням интереса к наркотикам. Онлайн тестирование -2013 г.

На рисунке 5.4. представлена диаграмма распределения аддиктивных установок. Необходимо обратить внимание, что каждый четвертый подросток либо часто демонстрирует установки аддиктивного характера (21,7% мальчиков и 21,4% девочек), либо вовлечен в наркотическую зависимость по причине несоблюдения «нормальных» здоровых установок (6,3% мальчиков и 5,7% девочек).

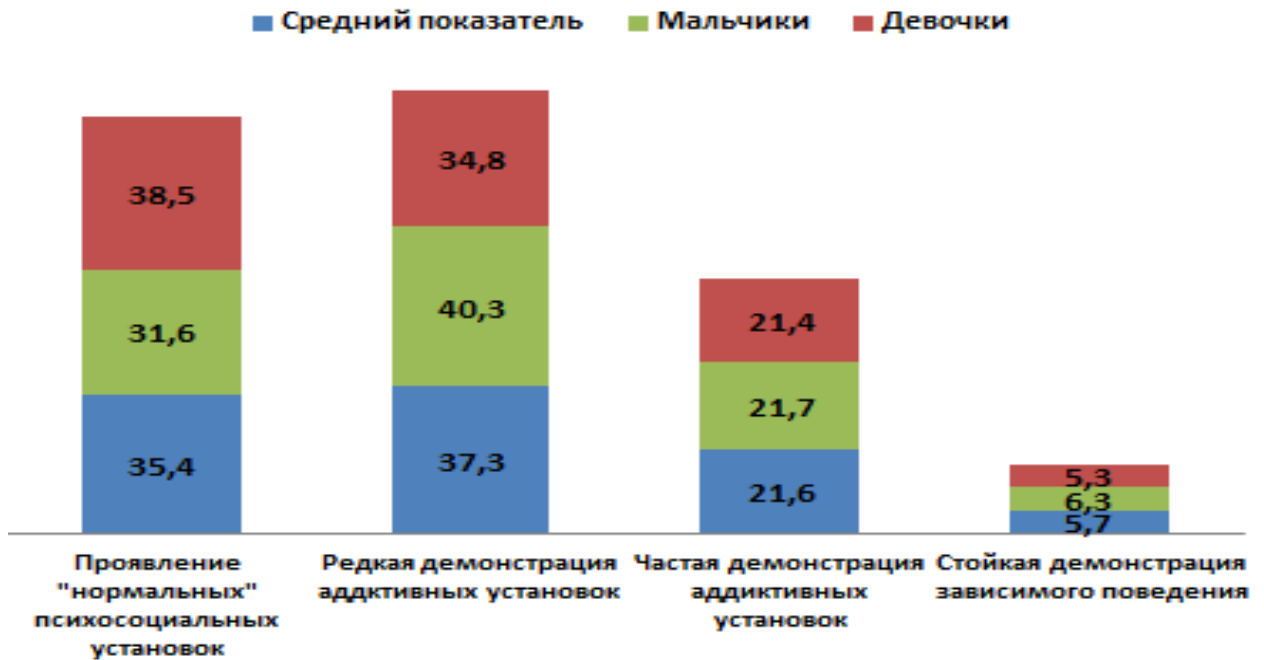


Рисунок 5.4. Диаграмма частотных показателей распределения подростков мальчиков и девочек 14-17 лет учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы по уровням аддиктивных психологических установок. Онлайн тестирование -2013 г.

Таким образом, независимо от пола и возраста 39,3% обучаемых подростков старшего возраста, при наличии у них значимого поведения высокого риска, находились в ситуации потребления наркотических веществ

5.1.2. Факторы риска вовлечения подростков в табакокурение

Анализ результатов исследования факторов риска вовлечение подростков в табакокурение показал, что наиболее ярко они проявляются в сравнении показателей обучающихся средних общеобразовательных учреждений и колледжей г. Москвы. Эти показатели представлены на диаграмме рисунка 5.5, где также выделены четыре уровня опасности вовлечения подростков в табачную зависимость.



Рисунок 5.5. Диаграмма частотного распределения подростков 14-17 лет по причинам и этапам становления табакокурения, учащихся средних общеобразовательных учреждений и первокурсников колледжей г. Москвы. Онлайн тестирование. -2013.

Численность подростков находящихся в высокой зоне риска среди учащихся школ составила - 14,8%, а вовлеченных - 2,2%. При этом среди студентов первокурсников, поступивших после окончания девятого класса, в зоне высокого риска находится 29,3% и вовлеченных – 7,6%. По совокупности данных подростков, имеющие опыт потребления, составляют 29,69% от всех обучающихся в школах и колледжах.

У большинства учащихся школ, минимальный риск, был почти в два раза выше – 27,9%, чем у студентов колледжей - 11,8%. Средний риск, оказался у некурящих подростков, вовлеченных в курение табака в провоцирующей ситуации. По гендерным причинам, в табачную зависимость было вовлечено 7,5% мальчиков и 7,9% девочек (рис. 5.6).

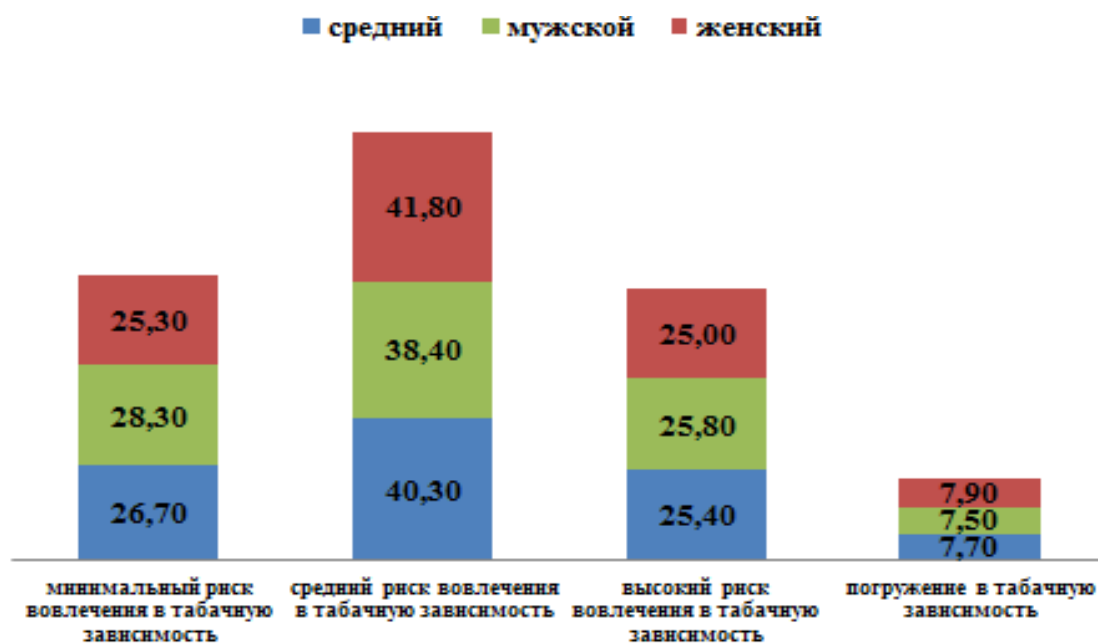


Рисунок 5.6. Диаграмма процентного охвата фактором табачной зависимости подростков мальчиков и девочек 14-17 лет, учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование. -2013.

На диаграмме (рис. 5.6) отчетливо видно, что развитие химической зависимости у подростков преобладают причины вовлечения в табачную зависимость - 40,3% учащихся. Эта группу составляют соответственно среди мальчиков - 38,4% среди девочек – 41,8%. Это показатель отражает, что подросток находится в ситуации общения с лицами, имеющими опыт активного и пассивного табакокурения, и сам проявляет толерантное отношение к курению сверстников. В этом показателе отражена скрытая и явная разрешительная позиция семьи и образовательного учреждения к курению табака подростками. При этом в среднем уровне риска группы мальчиков - 25,8% и девочек – 25,0% равны. Это подростки, имеющие дебюты курения и эпизодического курения табака. В группу «минимального риска вовлечения в табачную зависимость» входит только каждый четвертый подросток – это, так называемые, «чистые» подростки (мальчики - 28,3% девочки -25,3%), на них не оказывается пагубное влияние, активное и пассивное курения табака, их окружением со стороны семьи, сверстников, учителей.

Таблица 5.3.

Статистические критерии различий причин возникновения наркомании и табакокурения между групп подростков мальчиков и девочек 14-17 лет – учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование. -2013.

Статистические критерии различий	Шкала "Поведение в ситуации риска"	Шкала "Интерес к наркотикам"	Шкала "Социальные установки"	Фактор риска вовлечения в табачную зависимость
Критерий U-Манна-Уитни	101481,000	104247,000	98758,500	996756,5
Критерий W - Уилкоксона	231276,000	190152,000	184663,500	225009,5
Z-Критерий Фишера	-,964	-,277	-1,640	-1,063
p-Асимптотическая значимость	0,335	0,782	0,101	0,288

При сравнительном анализе, представленном в таблице 5.3, среди факторов вовлечения в наркотическую и табачную зависимость страхов подростков мальчиков и девочек значимые различия не выявлены. Значимые различия выявлялись сравнением частотных показателей методами альтернативными методу t-Стьюдента, в силу резкого отличия от нормального признака в условиях независимой и зависимой выборок.

При этом использовались непараметрический U- Критерий Манна-Уитни, W-Критерий Вилкоксона (W-Уилкоксона). Различия рассматривались и с позиции Z- Критерия Фишера, доказательств нулевой гипотезы о равенстве корреляций в генеральной совокупности, при этом значимость различий между группами мальчиков и девочек по всем шкалам $p > 0,005$ (по Шкале "Поведение в ситуации риска" $p = 0,335$; Шкале "Интерес к наркотикам" $p = 0,782$; Шкале "Социальные установки" $p = 0,101$).

Результаты полученные весной того же года по выборке 3901 среди мальчиков и девочек, учащихся десятых классов 52-х средних общеобразовательных учреждений города Москвы выявили значимые частотные различия только по шкале "Социальные установки", где $p = 0,000$.

Причиной таких различий может стать расширение выборки среди образовательных учреждений. Среди мальчиков и девочек, обучающихся в колледжах г. Москвы, значимых различий по шкалам также не выявлено. Аналогичные результаты были получены и при сравнении у мальчиков и девочек средних показателей по шкалам рисков вовлечения в наркотическую и табачную зависимость.

Таким образом, можно констатировать, что наркотическая и табачная зависимость не имела гендерных различий. Основной причиной, вовлекающей подростков в наркозависимость, является поведение высокого риска. Среди студентов первокурсников колледжей в два-три раза больше подростков имеющих опыт курения табака.

5.1.3..Возрастные особенности факторов риска вовлечения обучающихся старших классов в химическую зависимость

Возрастные особенности факторов риска вовлечения старших подростков в наркотическую и табачную зависимость были рассмотрены по результатам исследования учащихся в 9-х, 10-х, 11-х классов общеобразовательных школ (см. приложение таблица 5.4).

Численность подростков, вовлеченных в наркотическую зависимость, с возрастом повышается по причине потери управления в ситуации риска или неадекватного поведения в ней. Эти показатели на графике носят волнообразный характер, максимально прирастая к 11 классу - 15,9% (рис. 5.7).

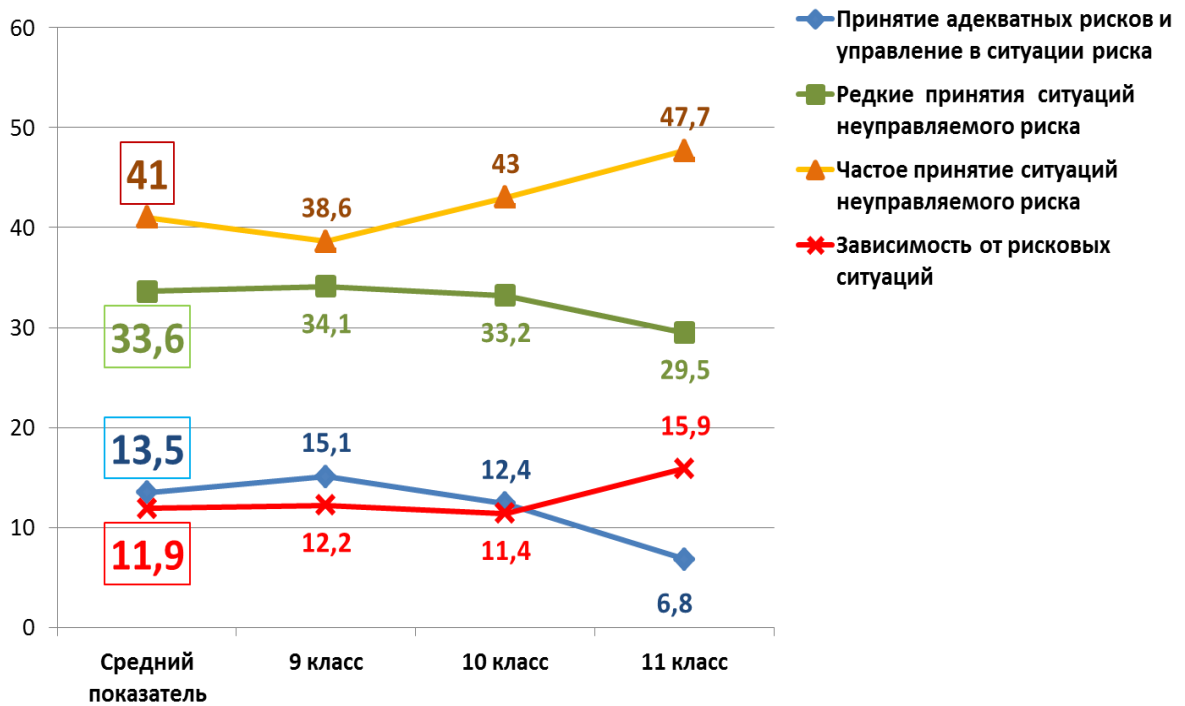


Рисунок 5.7. График процентного распределения по шкале «поведение в ситуации риска» среди учащихся 9-11 классов средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование. 2013.

Нерпрерывно растет численность учащихся часто проявляющих высоко рискованное поведение (9-й класс-38,6%, 10-й - 43%, 11-й-47,7%). К 11 классу снижается число подростков из группы «нормы», и редкого проявления паттернов неадекватно рискового поведения. Вовлеченных в наркозависимость по причине проявления социально неодобряемых установок практически не меняется из года в год составляют в среднем на уровне 5,7%, и имеет некоторые незначительное снижения к 11 классу 4,5% (см. график в приложении рисунок 5.8). Проявление социально одобряемых установок у подростков снижается к 11 классу (9-й - 38,4%; 10-й - 33,7%, 11-й -22,7%).

Вместе с тем, численность подростков проявляющих негативное поведение часто и одновременно редко растет от класса к классу. Так среди учащихся, вовлеченных в наркозависимость (9,7%), и находящихся в группе высокого риска по интересу к наркотикам (25,0%) растет из года в год и максимально проявляется среди подростков 11-го класса % (см. график в приложении рисунок 5.8).

Влиянию упомянутых факторов ежегодно подвергалось от 28,9% до 34,1% подростков, нуждавшихся в срочном психологическом и медицинском обследовании. При этом, начиная с 9-го класса, 10 класса и до 11-го класса, снижается численность подростков с поведением «нормы» (с 39,9%; 34,2% до 34,1%). Численность учащихся, имеющих единичный интерес к психоактивным веществам, варьируется (31,6%; 34,2%; 31,4%). Наибольшая группа подростков, в которой практически отсутствуют интересы к наркотикам, составляют учащиеся 9-х классов (см. график в приложении рисунок 5.9). Аналогичные тенденции со шкалой «интерес к наркотикам» представлены в группах подростков, распределённых по шкале «социальные установки».

Исследования факторов вовлечения в табачную зависимость подростков показала идентичные результаты (рис. 5.10) с наркозависимостью.

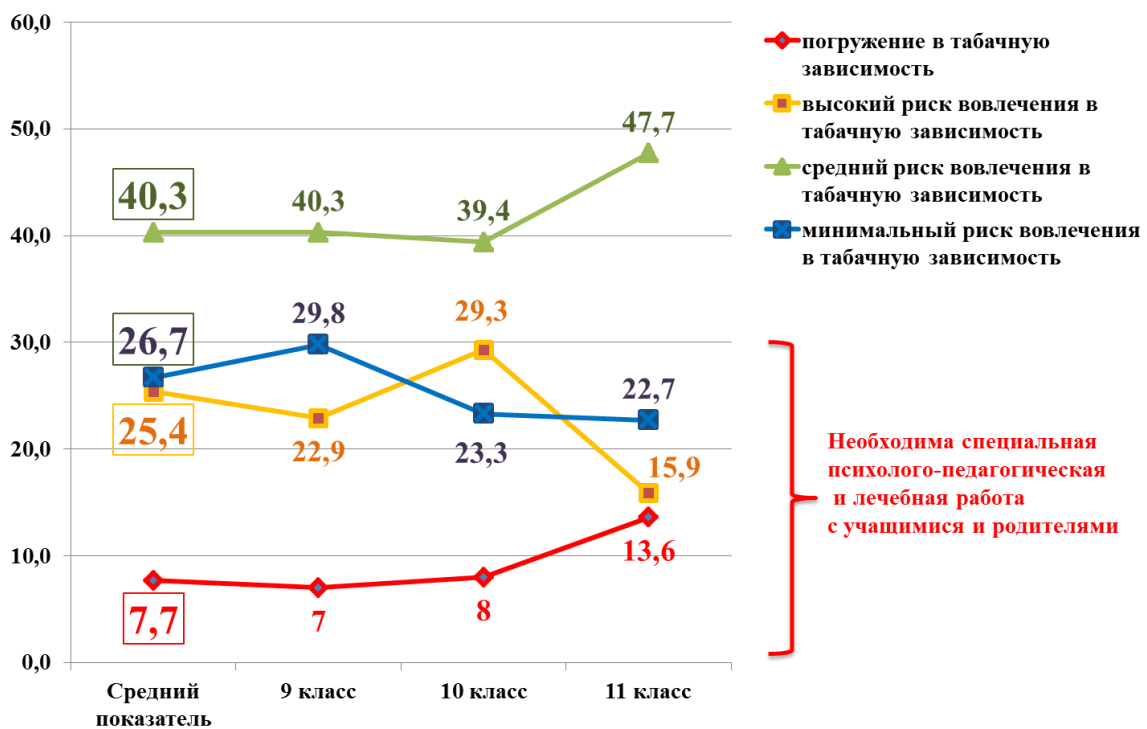


Рисунок 5.10. График процентного распределения вовлечения в табачную зависимость учащихся 9-11 классов средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование. - 2013.

Вовлеченность в табачную зависимость подростков растет к 11 классу (9-й-7%, 10-й-8%, 11-й-13,6%). При этом к 11 классу падает численность учащихся

уже имеющих единичный опыт активного табакокурения (высокий риск вовлечения) 15,9%.

К 11 классу группа подростков, находящихся во влиянии среднего риска вовлеченности в табакокурение, возрастает до 47,7 % от всей выборки.

Среди причин возникновения наркомании и табачной зависимости значимых различий не выявлено по отношению к учащимся 9-х, 10-х, 11-х классов. Эти показатели рассчитывались методом непараметрических значений Н- Критерий Краскала-Уоллеса с использованием Хи- критерия, со степенью свободы $n=3$ (таблица 5.5).

Таблица 5.5.

Статистические критерии различий причин возникновения наркомании и табакокурения между учащимися 9-11 классов средних общеобразовательных учреждений города Москвы. 2013.

Статистические критерии различий	Шкала "Поведение в ситуации риска"	Шкала "Интерес к наркотикам"	Шкала "Социальные установки"	Фактор риска вовлечения в табачную зависимость
Н-Критерий Краскала-Уоллеса	4,739	4,881	4,723	4,569
р-Асимптотическая значимость.	0,192	0,181	0,193	,123

Значимость различий по классам в каждой шкале $p > 0,005$ (по Шкале "Поведение в ситуации риска" $p = 0,192$; Шкале "Интерес к наркотикам" $p = 0,181$; Шкале "Социальные установки" $p = 0,193$, Шкале «Фактор риска вовлечения в табачную зависимость» $p = 0,123$). Особый интерес вызвали результаты сравнения образовательных учреждений и колледжей по факторам риска вовлечения в наркотическую и табачную зависимость (см. приложение таблицы 5.6-5.8.).

Анализ показателей общеобразовательных учреждений показал существенное различие по двум шкалам (табл.5.9). Эти показатели также рассчитывались методом непараметрических значений Н- Критерий Краскала-Уоллеса с использованием Хи- критерия, со степенью свободы $n=13$. При этом

значимость различий по образовательным учреждениям по шкале "Поведение в ситуации риска" $p=0,008$ была $p>0,005$ двум другим шкалам $p<0,005$. (по Шкале "Интерес к наркотикам" $p=0,005$; Шкале "Социальные установки" $p= 0,000$, Шкале «Фактор риска вовлечения в табачную зависимость» $p= 0,003$).

Таблица 5.9.

Статистические критерии различий причин возникновения наркомании между коллективами учащихся средних общеобразовательных учреждений города Москвы. 2013 г.

Статистические критерии различий	Шкала "Поведение в ситуации риска"	Шкала "Интерес к наркотикам"	Шкала "Социальные установки"	Фактор риска вовлечения в табачную зависимость
Н-Критерий Краскала-Уоллеса	28,297	30,047	43,186	41,569
р-Асимптотическая значимость	0,008	0,005	0,000	,003

Значимые различия причин вовлечения в наркотическую зависимость выявились только по шкале «Социальные установки» ($p=0,000$) среди обучающихся средних общеобразовательных учреждений и колледжей. Среди мальчиков и девочек, совместной выборке обучающихся в 10-х классах и на первом курсе колледжей, так же выявлены значимые различия по шкалам «Фактор риска вовлечения в табачную зависимость» ($p=0,009$).

Таким образом, можно констатировать, что факторы риска вовлечения в химическую зависимость старших подростков носят объективный характер. Факторы вовлечения в табачную и наркотическую аддикцию не зависят от гендерных и возрастных особенностей подростков 13-17 лет. Однако, эти факторы отличаются на уровне образовательного учреждения: их видов (среднее общее и среднее профессиональное образование) и форм (гимназии, с углубленным изучением предметов, образовательные центры, школы).

5.1.4. Факторы риска вовлечения в алкоголизацию и наркотизацию студентов педагогического профиля

При исследовании алкогольной зависимости среди 112 студентов первых, вторых и третьих курсов педагогических вузов – будущих преподавателей отечественных общеобразовательных средних учреждений, был применен метод CADS (The Core Alcohol and Drug Survey), который выявил следующие результаты (см. приложение, таблицы 5.10-5.13). Частота и объем потребления алкоголя варьирует от студентов первого курса к третьему с явным усилением алкоголизации к третьему курсу (рис. 5.11).

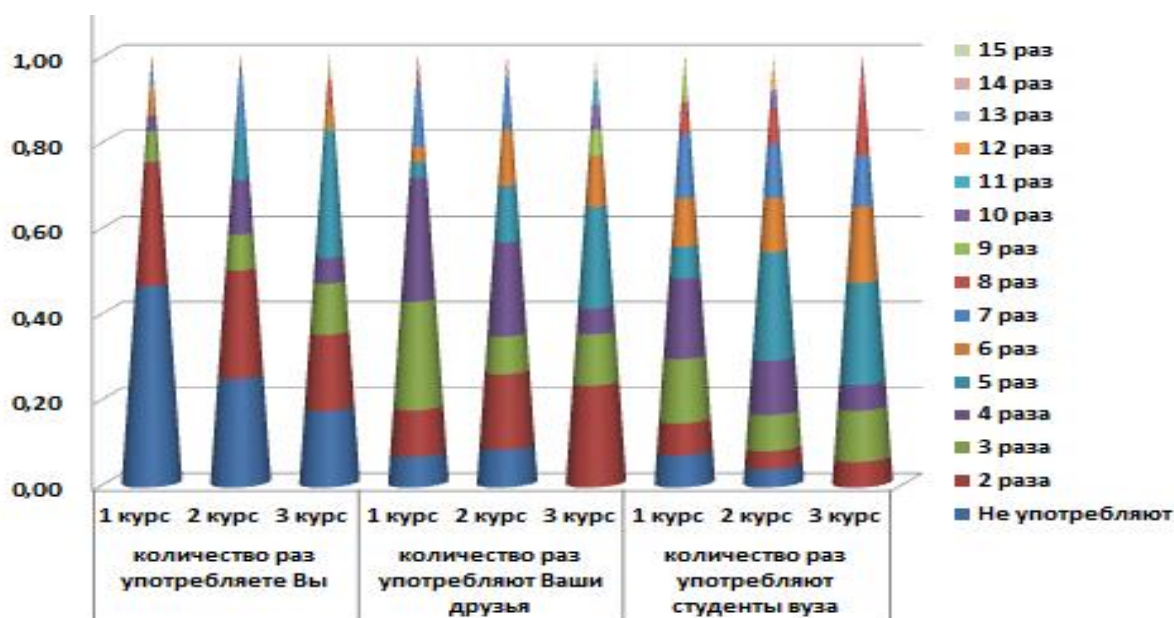


Рисунок 5.11. Диаграмма долевого распределения употребления алкоголя за последние две недели студентами 1-3-х курсов педагогических вузов г. Москвы, 2012 г.

От курса к курсу снижается численность студентов «совсем не употребляющих алкоголь». Так на 1-ом курсе максимальная доля студентов составила —46%; 2-ом курсе —25%; на 3-ем курсе — 17% от всех студентов. К третьему курсу у студентов окончательно складывается представление о том, что большинство собратьев потребляют алкоголь от 2-16 раз в течение двух недель, предшествующих обследованию дню исследования. Тенденции

усиления алкоголизации от первого к третьему курсу наблюдается в результатах сопоставления объема и частоты выпитого алкоголя юношами и девушками (рис. 5.12).

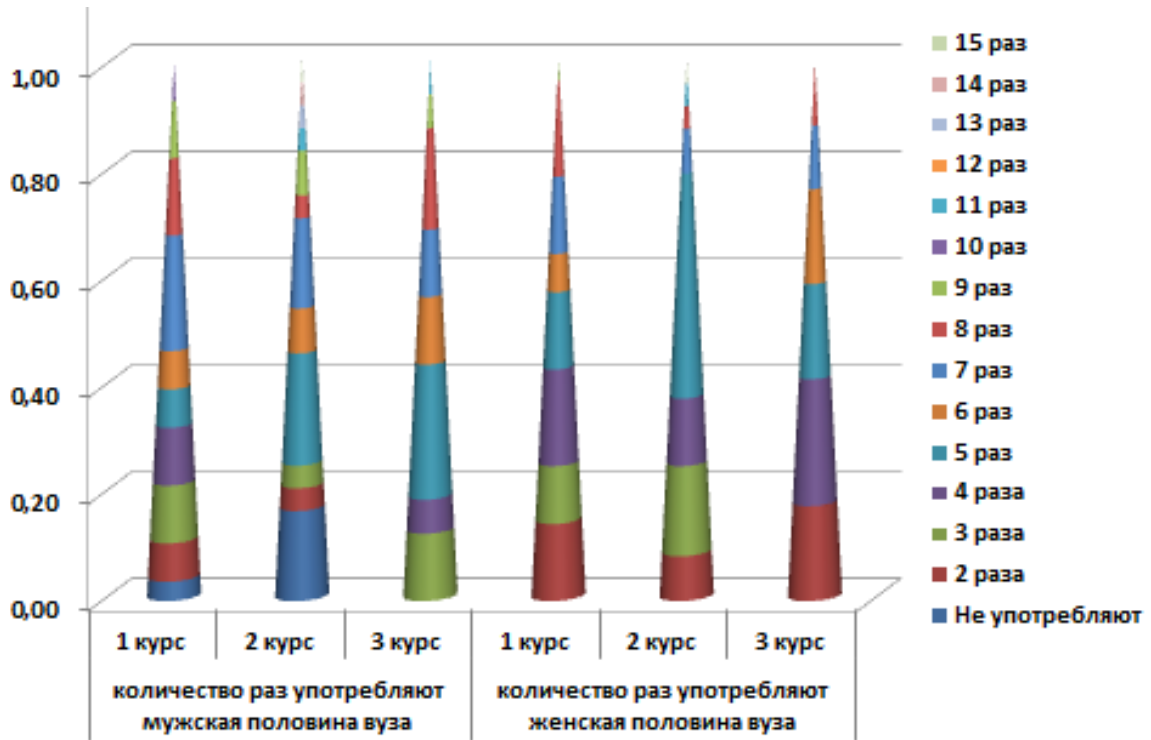


Рисунок 5.12. Диаграмма долевого распределения алкоголя в последние две недели юношами и девушками - студентами 1-3-х курсов педагогических вузов г. Москвы. 2012 г.

Группа студентов, не употребляющих алкоголь, выявлена только у юношей 1-го курса – 4% и 2-го курса – 17% (доля от всех студентов). Среди девушек превалирует доля потребляющих алкогольные напитки до 5 раз в две недели у юношей от 6 раз и более (см. Приложение, таблица 5.10-5.11).

При изучении границ употребления алкоголя студентами педагогических вузов было установлено, что на территории вузов употребление алкоголя резко снижено по сравнению с потреблением за стенами учебного заведения (см. Приложение, таблица 5.12). На территории вуза преобладают студенты, не употребляющие алкоголь – 63% – 75% доли всех студентов. За пределами вуза доля трезвых студентов снижается 33% – 6% к третьему курсу. Среди студентов

– спортсменов наблюдается снижение потребления алкоголя к третьему курсу. При этом численность группы студентов, не употребляющих алкоголь, варьирует: 1-й курс–33%; 2-ой курс – 50%; 3-й курс – 47%.

Сравнительным анализом индивидуальных возрастных особенностей в потреблении алкоголя студентами 1-3 курса и специфики потребления алкоголя между юношами и девушками значимых различий не выявило (см. приложение, таблицы 5.13). Это может означать, что фактор вовлечения студентов в химическую зависимость носит объективный надличностный характер. При этом важно напомнить, что при сравнительном анализе факторов риска вовлечения в табакокурение старших подростков - учащихся средних общеобразовательных учреждений и юношей, девушек - студентов средних профессиональных учреждений, выявил значимые различия между двумя выборками ($p=0,000$).

Таким образом, исследованиями установлено, что уровень (эпицентр) воздействия психологических факторов вовлечения обучающихся в химическую зависимость находится выше индивидуальных различий студентов вузов педагогического профиля профессиональной подготовки, студентов колледжей и учащихся общеобразовательных учреждений и концентрируется на уровне образовательного учреждения, как целостной среды, которая оказывает влияние на обучающихся.

5.2. Результаты исследования профилактических антиаддиктивных личностных компетенций

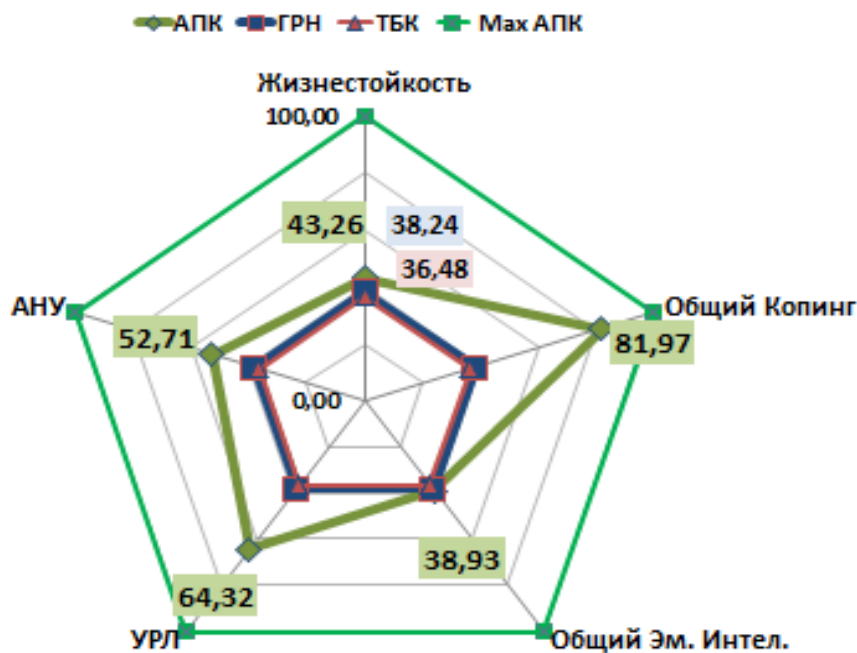
5.2.1. Сопоставления факторов риска вовлечения в химическую зависимость обучающихся старших классов с уровнем развития их профилактических компетенций

Исследование антиаддиктивных компетенций у подростков проводилось тестом жизнестойкости, копинг-тестом, тестом эмоционального интеллекта

(ЭИ), тестом RFTA шкалой «устойчивого развития личности» (УРЛ), тестом RFTA «шкалой антинаркотической установки» (АНУ).

На пентаграмме (рис. 5.13), выстроенной в процентах к максимуму возможному уровню развития компетенций, оказалось, что из пяти антиаддиктивных профилактических компетенций к моменту исследования ни одна не достигла достаточного развития.

Рисунок 5.13. Диаграмма сравнения уровней сформированности антиаддиктивных компетенций и факторов риска вовлечения в табачную и наркотическую зависимость старших подростков г. Москвы.. 2013



Показатели сформированности компетенций варьировались от минимального общего показателя эмоционального интеллекта - 38,93% и максимального копинга - 81,97% (от 100% возможного). Промежуточное положение заняли: «устойчивое развитие личности» (УРЛ) - 64,32%. антинаркотическая установка (АНУ) 52,71%, и жизнестойкость - 42,46%. Сопоставление уровня сформированности компетенций с факторами риска вовлечения в табачную наркотическую зависимость выявили, что жизнестойкость и эмоциональный интеллект у подростков ниже уровня общей

опасности токсических факторов. Их показатели лежат в диапазоне 36,48% (вовлечение в табакокурение) и 38,24% (вовлечение в наркоманию).

На рисунке 5.14. показан график, на котором у взрослых средний показатель уровня сформированности профилактических компетенции составил по жизнестойкости (82,3%), копингу (73,33%) и АНУ (65,0%), минимальные показатели пришлись на УРЛ (51,7%). Однако, необходимо учесть различие форматов проводимых исследований: у подростков – это было онлайн исследование, у взрослых - офлайн тестирование.

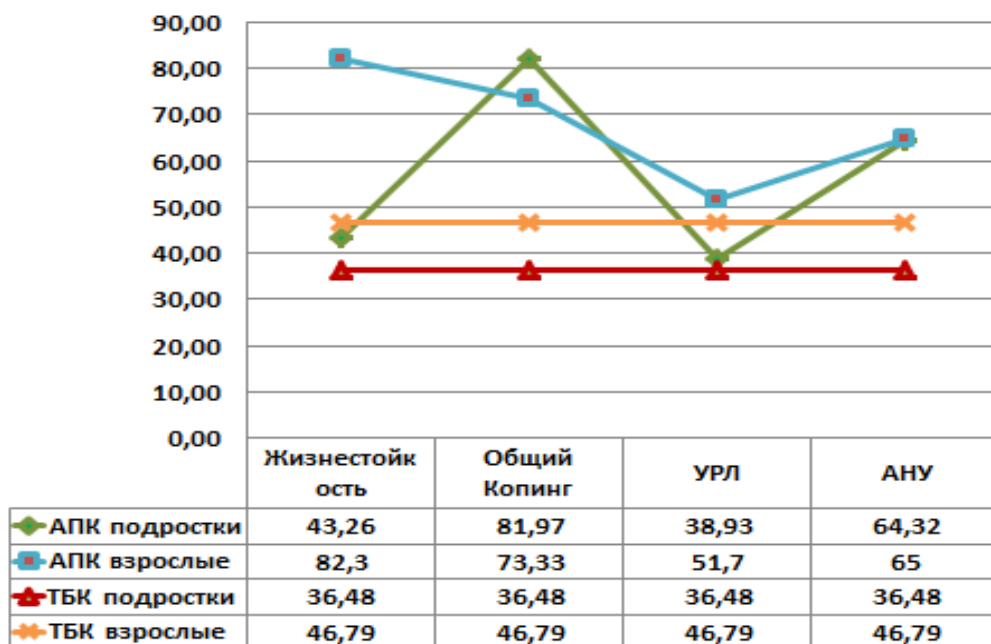


Рисунок 5.14. График сравнения показателей сформированности антиаддиктивных компетенций и факторов риска вовлечения в табачную зависимость старших подростков и взрослых лиц (педагогов, родителей) г. Москвы. 2013

Дальнейший анализ сформированности антинаркотических профилактических компетенций среди взрослых и подростков не выявил корреляции ($r = -0,1788$). При сравнении антиаддиктивных компетенций, распределённых по уровню опасности факторов риска, выявлены значимые различия по ряду показателей, отражающих риски вовлечению подростков в наркоманию и табакокурение (см. приложение таблицы 5.14 - 5.17). Здесь

необходимо отметить, что значимые различия получены при сравнении не численности обучающихся, а средних показателей развития компетенций (уровня их сформированности). Так, значимые различия выявлены среди шкал риска вовлечения в наркотическую зависимость - «поведение в ситуации риска», «интерес к наркотикам» со шкалой жизнестойкости «вовлеченность» ($p_{\text{повед.}\#}\text{вовл.}=0,000$; $p_{\text{интер.}\#}\text{вовл.}=0,000$), «контроль за поведением» ($p_{\text{повед.}\#}\text{контр}=0,000$). Также значимые различия были выявлены между шкалами «поведение в ситуации риска» с шестью шкалами копинга Лазаруса, кроме «конфронтационный копинг», «дистанцирование», «принятие ответственности». Не определились различия между «интересом к наркотикам», «социальными установками» и «дистанцированием». Также не выявлены различия между риском вовлечения в наркоманию и «общим эмоциональным интеллектом».

По табачной зависимости и эмоциональному интеллекту выявлены значимые различия по восьми шкалам ($p_{\text{тбк.}\#}\text{эми}=0,000-0,008$), кроме «эмоционального интеллекта межличностного понимания». Риск вовлеченности в табакокурение дает значимые различия по всем шкалам жизнестойкости ($p_{\text{тбк.}\#}\text{жизнест.}=0,000$),. По копинг-поведению Лазаруса были выявлены различия по трем шкалам: «конфронтационный копинг» ($p_{\text{тбк.}\#}\text{конфр.}=0,000$), «бегство-избегание» ($p_{\text{тбк.}\#}\text{бегст.}=0,000$), «планирование решения проблемы» ($p_{\text{тбк.}\#}\text{план.реш.}=0,000$) и положительная переоценка ($p_{\text{тбк.}\#}\text{полож.переоц.}=0,000$).

Таким образом, риск вовлечения в табачную зависимость представляется, как более дифференцированный феномен, по сравнению с риском вовлечения в наркоманию, что видно на примере соотнесения общих показателей копинга подростков по уровням опасности вовлечения в табачную и наркотическую зависимость. На диаграмме рисунка 5.10 представлено закономерное снижение уровня сформированности копинг-стратегий подростков по мере увеличения опасности. Обращает внимание, что сформированность компетенций у

подростков, распределенных по уровням опасности табачной зависимости выше, чем со стороны наркотической аддикции. Сформированность копинга у подростков при вовлеченности их в табачную зависимость составляет 60,04%, что выше показателя (53,16%) - достижимость копинга у подростков среднего риска вовлеченности в наркотическую зависимость.

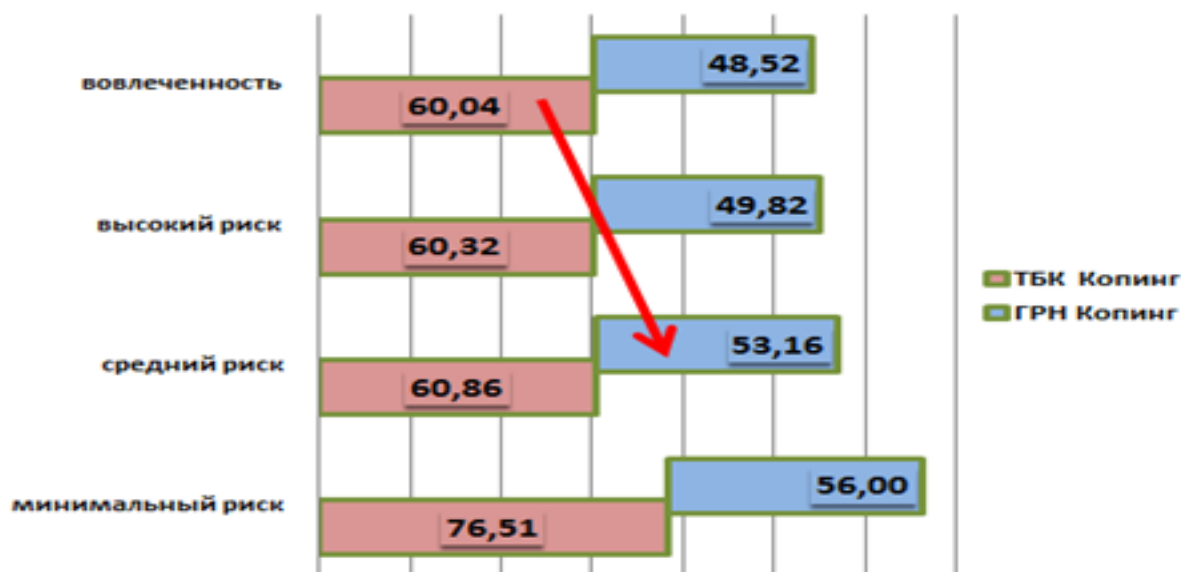


Рисунок 5.15. Диаграмма распределения качественных показателей сформированности копинг-стратегий по уровням факторов риска вовлечения в табачную и наркотическую зависимость старших подростков г. Москвы. 2013

Таким образом, соискателем обнаружен неизвестный ранее, взаимопроникающий феномен (явление), когда, с одной стороны, подростки, с еще не сформированными профилактическими компетенциями, подвергаются более высокому риску аддикций, а с другой - факторы риска вовлечения в аддикцию, создают условия, определяющие профиль формирования их профилактических компетенций.

5.2.2. Анализ результатов исследования копинг-поведения обучающихся

Изучение копинг-стратегий у обучающихся проводилось посредством методики «Копинг-стратегии» Лазаруса, адаптированной Т. Крюковой (2005) для подростков. Максимального уровня сформированности антиаддиктивных компетенций у подростков достигли их собственные копинг-стратегии поведения. При рассмотрении достижений копинг-стратегий, представленных в таблице 5.18, обращает внимание практическая равенность показателей. Максимальных достижений в старшем подростковом возрасте достигает «планирование в решении проблем», «положительная переоценка» и «самоконтроль».

Таблица 5.18.

Сравнительные показатели копинг стратегий Лазаруса обучающихся 10-х классов общеобразовательных учреждений и первого года обучения в колледжах Москвы. 2013

Копинг-стратегии	Общее образование	Среднее специальное образование
Планирование решения проблемы	0,7945	0,7286
Положительная переоценка	0,7638	0,7007
Самоконтроль	0,7499	0,6773
Принятие ответственности	0,7328	0,6389
Поиск социальной поддержки	0,6937	0,6624
Конфронтационный копинг	0,6726	0,6535
Дистанцирование	0,6202	0,6230
Бегство-избегание	0,5392	0,5376

Однако, показатели сформированности копинг стратегий у школьников выше на 9,72% - 17,53%, чем те же показатели у студентов колледжей. Это означает, что подростки-старшеклассники незначительно, но все же более успешны в конструктивных поведенческих стратегиях, чем студенты колледжей. У школьников лучше показатели ответственного поведения на 15, 87%, чем у студентов средних профессиональных учреждений. Поиск социальной поддержки практически равнозначен, как и деструктивный копинг «конфронтационный», «дистанцирование» и «бегство-избегание».

Также значимые различия выявлены, между показателями копинг-стратегий старшеклассников и учащихся колледжей, между общим копингом общеобразовательных учреждений и колледжами (см. приложение 5.19). Показатели общего копинга половых и гендерных значимых различий среди подростков не выявлено. Здесь необходимо отметить, что копинг поведение «принятие ответственности» и «поиск социальной поддержки» являются базовыми при построении профилактической работы в образовательном учреждении. Если уровень развития таких стратегий стоит наравне с деструктивными паттернами поведения, то по международным стандартам это свидетельствует о низкой профилактической деятельности образовательных учреждений.

5.2.3. Анализ результатов исследования устойчивости и антинаркотической установки подростков

Уровень сформированности «устойчивого развития личности» и «антинаркотической установки» для подростков и взрослых определялся соответствующими шкалами, встроенными в методы RFTA тест «Фактор риска табачной зависимости у подростка» RFT тест «Фактор риска табачной зависимости» для взрослых» (см. Приложение. Таблицы 5.20-5.22). Каждая из предложенных шкал позволяет определить группы с низким, средним и высоким уровнем сформированности этих новообразований. Наибольшую группу составили подростки со средним уровнем сформированности фактора устойчивого развития личности - 44,3% по всей выборки (см. табл. 5.23). Практически сравнялась с ней группа с высоким уровнем сформированности – 40,7% из всех исследованных. Наименьшую группу составили подростки с низким уровнем сформированности - 15,0% от полной выборки. Однако, распределение старших подростков по уровню сформированности фактора антинаркотической установки выявила иные тенденции. Так численность учащихся с низким уровнем сформированности антинаркотической установки составила – 35,6% подростков. Численность высокого уровня сформированности определилась у- 17,2% подростков. Подростков, со средним уровнем сформированности антинаркотической установки, было выявлено - 47,1% от полной выборки.

Таблица 5.23

Частотный анализ устойчивого развития личности и антинаркотической установки у подростков в образовательных учреждениях г. Москва. 2013

Фактор устойчивого развития личности			Фактор антинаркотическая установка		
Уровень сформированности	Частота	Процент	Уровень сформированности	Частота	Процент
низкий	138	15,0	низкий	329	35,6
средний	409	44,3	средний	435	47,1
высокий	376	40,7	высокий	159	17,2
Итого	923	100,0	Итого	923	100,0

Таким образом, было определено, что неуправляемое (неконтролируемое) формирование устойчивого развития личности предопределяет становление антинаркотической установки с высоким коэффициентом вероятности ($P=0,45$).

образовательных учреждений по их вовлечению в зависимое поведение. Следует отметить, что при сравнении антиаддиктивных профилактических компетенций между собой (табл. 5.24), было установлено, что в копинге имеются значимые различия между качественными показателями стратегий поведения, распределённых по уровню формирования устойчивого развития личности и антинаркотической установки (табл. 5.26).

Таблица 5.24

Сравнение средних гендерных показателей фактора риска вовлечения в табакокурение подростков и сформированности у них антиаддиктивных компетенций. Москва. 2013.

Название факторов	Пол		
	Мужской	Женский	Итого
Фактор риска вовлечения в табачную зависимость	39,6063	39,8978	39,7671
Фактор "устойчивого развития личности"	63,7464	64,7898	64,3218
Фактор "антинаркотическая установка"	8,3623	7,5363	7,9068

Среди мальчиков и девочек были выявлены близкие по величине средние показатели фактора риска вовлечения подростков в табачную зависимость (39,6 м. и 39,9 д. из 109 максимально возможных баллов). Аналогичный характер носил и показатель устойчивого развития личности (64,7 м. и 64,8 д. из 98

максимально возможных баллов). Сравнение качественных показателей антинаркотической установки у мальчиков и девочек выявили следующие различия. У девочек значение антинаркотической установки ниже, чем у мальчиков (7,5 д. 8,4 м. баллов из 15 максимально возможных баллов). Это свидетельствует о том, что уровень сформированности антинаркотической установки у девочек ниже, по сравнению с мальчиками.

Дальнейшее статистическое исследование выявило, что значимые различия средних качественных показателей у мальчиков и девочек определяются только по степени сформированности антинаркотической установки (табл. 5.25). Ранее нами были показаны, отсутствие гендерных значимых различий в частотных и качественных показателях фактора риска вовлечения старших подростков в табачную зависимость. И при этом имелись значимые различия по образовательным учреждениям по качественным и количественным показателям. Такие статистические особенности объяснялись фокусированием фактора в средовом пространстве образовательного учреждения.

Таблица 5.25

Значимость гендерных различий средних показателей фактора риска вовлечения в табакокурение подростков и сформированности у них антиаддиктивных компетенций. Москва. 2013.

Фактор	Риска вовлечения в табачную зависимость	Устойчивого развития личности	Антинаркотическая установка
Статистика U Манна-Уитни	104841,000	99892,000	92585,500
Статистика W Уилкоксона	190746,000	185797,000	222380,500
Z	-,130	-1,359	-3,184
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,897	,174	,001

Однако значимость различий среди гендерных показателей сформированности устойчивости и антинаркотической установки проявляет лабильность. Лабильность проявляется среди мальчиков и девочек и среди

образовательных учреждений. Это свидетельствует о том, что устойчивое развитие личности и антинаркотическая установка формируются под влиянием не столько образовательных учреждений, сколько семьи. Именно в семье закладываются эти антиаддиктивные компетенции, образовательные учреждения уже имеют возможность наблюдать различные свойства и периоды формирования их у подростка. Подросток, в свою очередь, имея заложенные в семье антиаддиктивные компетенции, сталкивается с условиями токсичности образовательных учреждений по вовлечению его в зависимое поведение. Необходимо отметить, что при сравнении антиаддиктивных профилактических компетенций между собой, представленных в таблице 5.26, выявлено, что в копинге имеются значимые различия между качественными показателями стратегий поведения, распределёнными по уровню сформированности устойчивого развития личности и антинаркотической установки.

Таблица 5.26

Распределение копинга по уровню сформированности устойчивого развития личности и антинаркотической установки у старших подростков. Москва 2013

Факторы	Устойчивое развитие личности			Антинаркотическая установка		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Уровень сформированности						
Планирование решения проблемы	0,7350	0,7722	0,8029	0,7582	0,7824	0,7996
Конфронтационный копинг	0,7075	0,6691	0,6226	0,6870	0,6480	0,6160
Самоконтроль	0,7074	0,7265	0,7361	0,7211	0,7292	0,7250
Принятие ответственности	0,6978	0,6941	0,7068	0,7054	0,6941	0,6845
Положительная переоценка	0,6974	0,7450	0,7777	0,7306	0,7502	0,7662
Поиск социальной поддержки	0,6834	0,6754	0,6906	0,6953	0,6554	0,6817
Дистанцирование	0,6460	0,6168	0,6034	0,6328	0,6179	0,5827
Бегство-избегание	0,6102	0,5172	0,4981	0,5708	0,4986	0,4862

При сравнении показателей с низким уровнем сформированности устойчивости и антинаркотической установки, то выявляются причины, по которым они снижены. На первом месте оказался конфронтационный копинг. Именно конфликты и проблемы межличностного общения, главенствуют среди других поведенческих стратегий. Следующей проблемой виден низкий уровень поиска социальной поддержки, которая опять проявляется в желании получить поддержку со стороны других и возможности найти ее. Дальнейшее статистическое исследование показало, что существуют значимые различия в качественных показателях копинг-стратегиях, распределённые по уровням сформированности устойчивости и антинаркотической установки (табл. 5.27 и 5.28).

Таблица 5.27

Значимость различий между уровнями сформированности антинаркотической установки и средними показателями копинга у подростков Москва. 2013

Копинг-стратегии	Хи-квадрат	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	26,574	,000
Дистанцирование	8,906	,012
Самоконтроль	,607	,738
Поиск социальной поддержки	8,388	,015
Принятие ответственности	1,694	,429
Бегство-избегание	43,083	,000
Планирование решения проблемы	10,383	,006
Положительная переоценка	6,371	,041
Общий бал копинг-теста Лазаруса	6,278	,043

При этом анализ копинга показал, что такие стратегии, как «самоконтроль» и «ответственность» не имеют значимых различий при сравнении их по уровню сформированности антинаркотической установки и устойчивого развития личности.

Отсутствие дифференцирования «самоконтроля» и «ответственности» дает основание предполагать их более позднее формирование у старших подростков.

Таблица 5.28

Значимость различий между уровнями сформированности устойчивое различие личности и средними показателями копинга у подростков. Москва. 2013

Копинг-стратегии	Хи-квадрат	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	26,574	,000
Дистанцирование	8,906	,012
Самоконтроль	,607	,738
Поиск социальной поддержки	8,388	,015
Принятие ответственности	1,694	,429
Бегство-избегание	43,083	,000
Планирование решения проблемы	10,383	,006
Положительная переоценка	6,371	,041
Общий бал копинг-теста Лазаруса	6,278	,043

Значимые различия копинг-стратегий по уровню сформированности антинаркотической установки и устойчивого развития личности могут свидетельствовать о существовании в личности подростка взаимной ресурсной базы между его антиаддиктивными профилактическими компетенциями.

5.2.4. Анализ результатов исследования жизнестойкости и эмоционального интеллекта обучающихся

Анализ средних качественных показателей жизнестойкости и эмоционального интеллекта обучающихся проводился в сравнении с другими антиаддиктивными профилактическими компетенциями подростков (см. приложение таблицы 5.29-.5.30 и табл. 5.31).

Таблица 5.31

Распределение средних качественных показателей жизнестойкости по уровням сформированности устойчивого развития личности у старших подростков. Москва. 2013

Уровень сформированности устойчивого развития личности	Шкалы жизнестойкости			Жизнестойкость
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	
высокий уровень	20,13	18,55	15,22	53,90
средний уровень	18,80	18,11	14,77	51,68
низкий уровень	17,27	17,01	13,90	48,18
Итого	18,78	17,93	14,66	51,36
Нормированные средние показатели	37,64	29,17	13,91	80,72
Стандартное отклонение нормированных средних показателей	8,08	8,43	4,39	18,53

Следует отметить, что в целом качественные показатели жизнестойкости и эмоционального интеллекта старших подростков оказались на довольно низком уровне. Детальное рассмотрение позволило выявить ряд особенностей. Группа подростков с высоким уровнем сформированности устойчивого развития личности, показала, что при показателях «вовлеченности» (20,13) и «контроля» (18,55), которые находятся ниже нормированного среднего, «принятие риска» (15,22) находится на достаточно высоком положении (см. табл. 5.31). Группы со средним и низким уровнем сформированности устойчивости выявили средние показатели по «принятию риска».

Здесь необходимо отметить, что нормирование проводилось, по результатам исследований Рассказовой с соавторами (2011), с применением бумажных носителей в офлайн исследовании и применение поправочных коэффициентов (1,27) при сравнении с показателями, полученными при проведении исследований в онлайн формате. При рассмотрении таблицы 5.31 видно, что групп подростков, составленных по шкалам жизнестойкости и распределённых с учетом степени сформированности устойчивого развития личности, было установлено, что между ними существуют значимые различия ($p=0,000$).

Таблица 5.31

Значимые различия средних качественных показателей жизнестойкости распределённых по уровням сформированности устойчивого развития личности у старших подростков. Москва. 2013

	Шкалы жизнестойкости			Жизнестойкость
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	
Chi-квадрат	92,831	31,795	34,470	80,684
Асимпт. знч.	,000	,000	,000	,000

Это значит, что устойчивое развитие личности имеет свою дифференциацию, которая позволяет различия в подростковом возрасте. Аналогичные результаты получены при распределении шкал жизнестойкости по уровню сформированности антинаркотической установки (табл. 5.32).

Также максимального значения достигает показатели по шкале «принятие риска», при этом показатели по шкалам «вовлеченности» и «контроля» все отличаются по уровням антинаркотической установки.

Таблица 5.32

Распределение средних качественных показателей жизнестойкости по уровням сформированности антинаркотической установки у старших подростков. Москва. 2013

Уровень сформированности антинаркотической установки	Шкалы жизнестойкости			Жизнестойкость
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	
высокий уровень	20,21	18,87	15,36	54,44
средний уровень	19,34	18,14	14,97	52,45
низкий уровень	18,13	17,58	14,32	50,03
Итого	18,78	17,93	14,66	51,36
Нормированные средние показатели	37,64	29,17	13,91	80,72
Стандартное отклонение нормированных показателей	8,08	8,43	4,39	18,53

При этом показатели жизнестойкости у подростков, распределённые по группам сформированности антинаркотической установки имеют весьма значимые различия ($p=0,000$). Впервые отмеченные соискателем закономерности свидетельствовали о существовании дифференциации антинаркотической установки в старшем подростковом возрасте (табл. 5.33).

Таблица 5.33

Значимые различия средних качественных показателей жизнестойкости распределённых по уровням сформированности антинаркотической установки у старших подростков. Москва. 2013

	Шкалы жизнестойкости			Жизнестойкость
	Вовлеченность	Жизнестойкость	Принятие риска	
Хи-квадрат	48,244	16,546	22,414	43,763
Асимпт. знч.	,000	,000	,000	,000

В целом, показатели жизнестойкости, распределённые по уровням сформированности антинаркотической установки и устойчивого развития личности, имеют незначительные различия. Это также дает основание

утверждать с одной стороны о взаимной причастности антиаддиктивных компетенций, но и различий в их формировании.

В проведенном исследовании нашли отражение данные по развитию эмоционального интеллекта у подростков. При изучении этого новообразования в целом было выявлено снижение показателей эмоционального интеллекта у старших подростков по сравнению с нормированием офлайн исследования, проведенного в 2006 г. Люсиным. Общий эмоциональный интеллект подростков составил 67,75 баллов, что относится к очень низкому уровню развития эмоционального интеллекта у подростков (см. Приложение. Таблица 5.30). Также как и в предыдущем статистическом анализе, подошли к представлению результатов исследования эмоционального интеллекта у старших подростков через выделение групп учащихся по сформированности устойчивого развития личности антинаркотической установки. При этом также выявлена прямая тенденция снижения показателей эмоционального интеллекта обучающихся по группам сформированности устойчивости и антинаркотической установки, как и в случае с показателями жизнестойкости подростков. Шкалы понимания и управления эмоциями у других, в межличностном общении имеет низкие показатели, как и их сумма, что определяет показатели межличностного эмоционального интеллекта. Также низкие показатели продемонстрировала шкала, определяющая у подростков «внутреннее понимание эмоций». Средние и высокие показатели продемонстрировали данные, полученные по уровню развития внутреннего эмоционального интеллекта. На высоком уровне находится контроль экспрессии эмоций - способность контролировать внешние проявления своих эмоций, что позволило показателям внутреннего эмоционального интеллекта у подростков, встать на уровне средних нормированных показателей. Интегрированная шкала, определяющая у подростков «способность к пониманию своих и чужих эмоций» в целом выявила низкий уровень показателей, при этом «способность к управлению

своими и чужими эмоциями» показала средний уровень данных. Мы видим, что если внутренний эмоциональный интеллект привнесен подростком из семьи, то межличностный, в большей мере формируется в коллективе – в образовательном учреждении.

Дальнейший статистический анализ выявил значимые различия среди групп подростков, рассмотренных с учетом уровня сформированности устойчивого развития личности (см.табл.5.34). Значимые различия были выявлены среди показателей шкал «контроль экспрессии эмоций (ВЭ)», которая вошла в интегрированный показатель «внутренний эмоциональный интеллект», «способность к управлению своими и чужими эмоциями», «общего эмоционального интеллекта».

Таблица 5.34

Значимые различия средних качественных показателей эмоционально интеллекта распределённых по уровням сформированности устойчивого развития личности у старших подростков Москва. 2013

Эмоциональный интеллект (ЭИ)	Хи-квадрат	Асимпт. знч.
Межличностное понимание чужих эмоций (МП)	,557	,757
Межличностное управление чужими эмоциями (МУ)	3,405	,182
Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ)	3,347	,188
Внутреннее понимание своих эмоций (ВП)	3,395	,183
Внутреннее управление своими эмоциями (ВУ)	1,813	,404
Контроль экспрессии эмоций (ВЭ)	6,541	,038
Внутренний эмоциональный интеллект (ВЭИ)	8,576	,014
Способность к пониманию своих и чужих эмоций (ПЭ)	2,615	,271
Способность к управлению своими и чужими эмоциями (УЭ)	7,534	,023
Общий эмоциональный интеллект (ОЭИ)	10,044	,007

Сравнение показателей эмоционального интеллекта старших подростков, распределённых по степени сформированности у них антинаркотической установки, выявило иные значимые различия (см. приложение таблица 5.35, 5.36).

Однако, обращает на себя внимание, что только показатели одной шкалы «межличностное понимание чужих эмоций» не продемонстрировала значимых различий (табл. 5.36).

Таблица 5.36

Значимые различия средних качественных показателей эмоционального интеллекта распределённых по уровням сформированности антинаркотической установки у старших подростков. Москва. 2013

Эмоциональный интеллект (ЭИ)	Хи-квадрат	Асимпт. знч.
Межличностное понимание чужих эмоций (МП)	5,819	,054
Межличностное управление чужими эмоциями (МУ)	9,022	,011
Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ)	14,243	,001
Внутреннее понимание своих эмоций (ВП)	10,823	,004
Внутреннее управление своими эмоциями (ВУ)	9,310	,010
Контроль экспрессии эмоций (ВЭ)	11,188	,004
Внутренний эмоциональный интеллект (ВЭИ)	19,156	,000
Способность к пониманию своих и чужих эмоций (ПЭ)	13,357	,001
Способность к управлению своими и чужими эмоциями (УЭ)	17,258	,000
Общий эмоциональный интеллект (ОЭИ)	28,331	,000

Такая неравномерность в представлении значимости различий свидетельствует о неравномерности формирования дифференциальных признаков антиаддиктивных компетенций у старших подростков. Меньшее дифференцирование показателей «устойчивого развития личности» дает основание предполагать, о его более позднем созревании, по сравнению с «антинаркотической установкой», представленной с позиции табакокурения.

5.2.5. Моделирование антиаддиктивного профилактического пространства

На примере исследований проведенных 2008 г. было показано, что каждый уровень опасности факторов риска имеет также специфические особенности. Эти специфические особенности мы назвали «профилем факторов риска вовлечения в зависимое поведение».

Соискателем были впервые проведены исследования по изучению

структуры факторов риска и характера трендов вовлечения подростков в химическую зависимость в разные возрастные периоды. Исходя из того, что тренды служат основой прогнозирования и моделирования профилактического пространства, факторов риска и антинаркотических компетенций, нами был использован метод статистики временных рядов. В ходе моделирования рассматривали средние отклонения шкал по тестам опроса факторов риска вовлечения в табачную зависимость, на фоне показателей копинг-стратегии и жизнестойкости каждой возрастной группы. Отклонения средних показателей рассматривались как результат приращения в функции трендов факторов риска. Характерной особенностью временных рядов является проведение наблюдений за некоторым объектом последовательно во времени. Время, как периодическая компонента в нашем подходе, представлено через психологический и биологический возраст испытуемых. Раннее психологическое развитие девочек и девушек по сравнению с аналогичным биологическим возрастом мальчиков и юношей позволяет нам построить тренд психологического возрастного признака.

Встраивание психологического в биологический возраст испытуемых, представляло собою динамику ряда повторений периодов взросления. Составляющая периодической компоненты была обнаружена соискателем во время анализа с использованием тригонометрических функций. Разработанный, таким образом, профиль фактора риска вовлечения в табачную зависимость, отражал динамику, позволяющую строить тренд его развития в ближайшем будущем.

На графиках рисунков 5.6-5.10 представлены профили факторов риска и его 1,5 летних трендов на фоне средних отклонений показателей антиаддиктивных профилактических компетенций: копинг-стратегий и жизнестойкости.

Профиль фактора минимального риска имеет амплитуду в равнозначных пределах ($-0,5 \div +0,5$) по оси ординат. Его тренд свидетельствует, что предполагается рост фактора с интенсивностью $+0,12$ на каждый год развития подростков, тем не менее, через 1,5 года он не достигнет среднего уровня (не

пересекает ось ОХ) и будет ниже среднего необходимого. Диапазон копинга и жизнестойкость меньше, они не смогут справиться с небольшими негативными оттенками фактора риска.

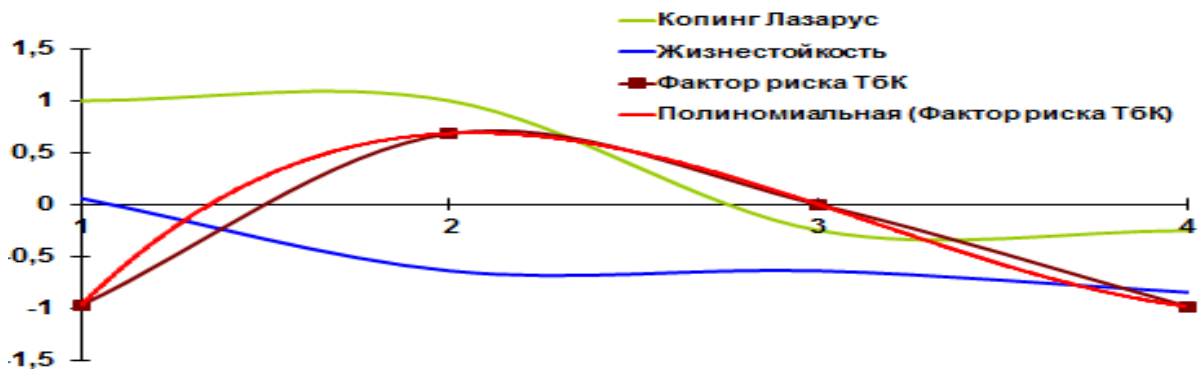


Рисунок 5.16. График профиля опасности минимального риска вовлечения в табакокурение подростков и юношей Москвы. 2008-2009

Также заметно, что профилактический ресурс в подростковом возрасте составит копинг, который снижен у юношей. Жизнестойкость снижена во всех возрастных периодах и в дальнейшем она не сможет обеспечить профилактический контент.

Фактор среднего риска вовлечения в табачную зависимость (рис 5.17) развивается более интенсивно, его колебания находятся в диапазоне преимущественно ниже 0 по оси ОУ ($-1,0 \div \pm 0,5$). Его тренд показывает расширение этого фактора с интенсивностью $+0,3$ ежегодного прироста. Однако, как и фактор минимального риска вовлечения в табачную зависимость, ближайшие 1,5 года он не достигнет среднего допустимого уровня.

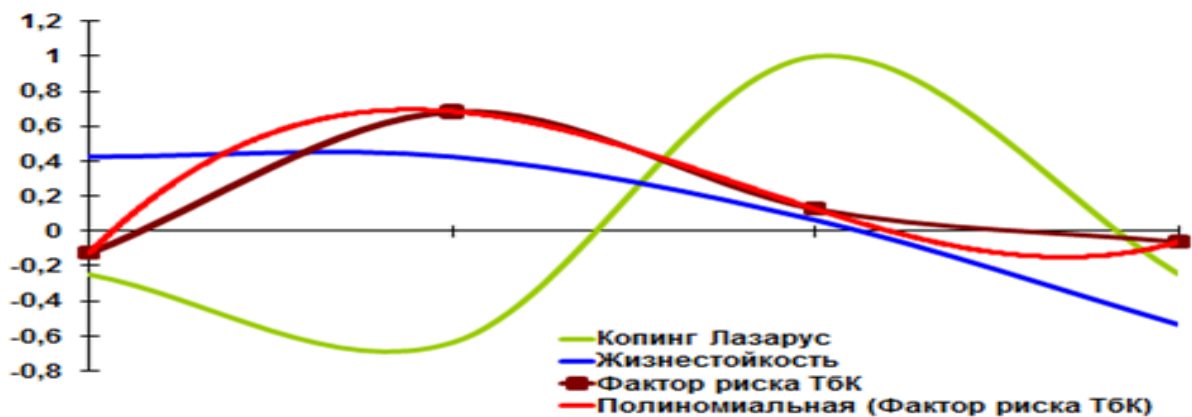


Рисунок 5.17. График профиля опасности среднего риска вовлечения в табакокурение подростков и юношей Москвы. 2008-2009

Профиль фактора высокого риска вовлечения в табачную зависимость. Профиль копинга и жизнестойкости меняют свой характер, несоразмерно с фактором среднего риска. Фактор риска при этом подавляет жизнестойкость в подростковом возрасте, копинг не совпадает по частоте и его не хватает в подростковом возрасте. При этом юношеский возраст показывает успешность овладения профилактическими компетенциями со стороны копинга, что позволяет дать оптимистические прогнозы для данной группы (рис 5.18). показывает, что его колебания находится в широком диапазоне ($-0,9 \div +1$). Его тренд проходит в области выше 0 по оси ОУ. Линия тренда практически равнозначно представлена в группах подростков и юношей, тенденция его развития стабильна, небольшое ежегодное увеличение составляет $+0,0087$. Фактор стабильно агрессивный.

Ресурсы жизнестойкости и копинг-стратегии явно истощаются к юношескому возрасту. Фактор высокого риска, «тормозит» их развитие «подчиняя» себе их деятельность в юношеском возрасте, что вызывает пассивность со стороны молодых людей к сопротивлению негативному воздействию табачной зависимости со стороны окружающих.

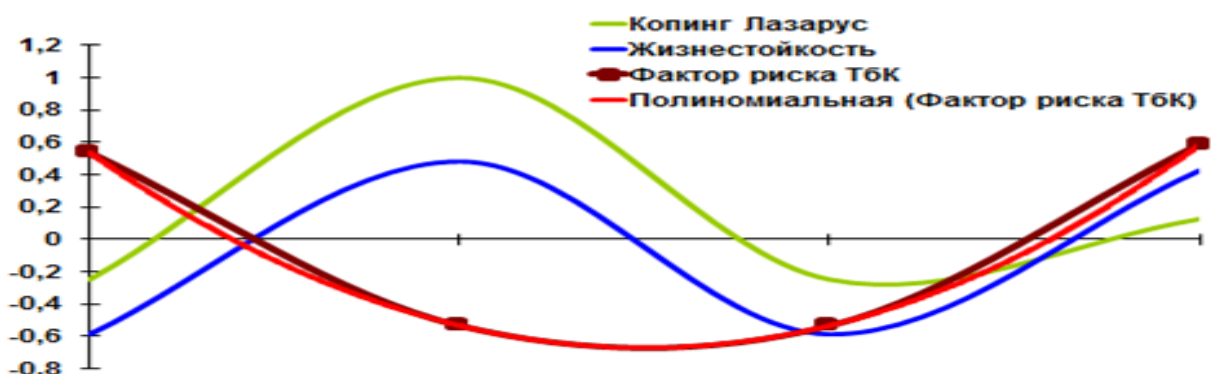


Рисунок 5.18. График профиля опасности высокого риска вовлечения в табакокурение подростков и юношей Москвы.2008-2009

Профиль фактора погружения в табачную зависимость (рис. 5.18), также

как и при действии факторов высокого риска вовлечения в табакокурение изменятся в диапазоне $1,25 (-0,25 ; +1)$.

Фактор вовлечения в табачную зависимость (рис. 5.19) отличается от выше представленных факторов вовлечения в табачную зависимость, тем, что очевидным становится как фактор зависимости явно «паразитирует» на ресурсах жизнестойкости. «Вялый» профиль копинг-стратегий истощается, что дает возможность зависимости также периодически «пользоваться» ее ресурсами. Тренд фактора вовлечения интенсивно растет с динамикой $+0,4$ ежегодного прироста. Виден его «антогонистический» «разрушающий» характер по отношению к изменению копинг-стратегии и жизнестойкости, его противофазное расположение, свидетельствует о подтачивающем характере данного фактора. В юношеском возрасте преобладают тенденции истощения профилактических ресурсов при табачной зависимости.

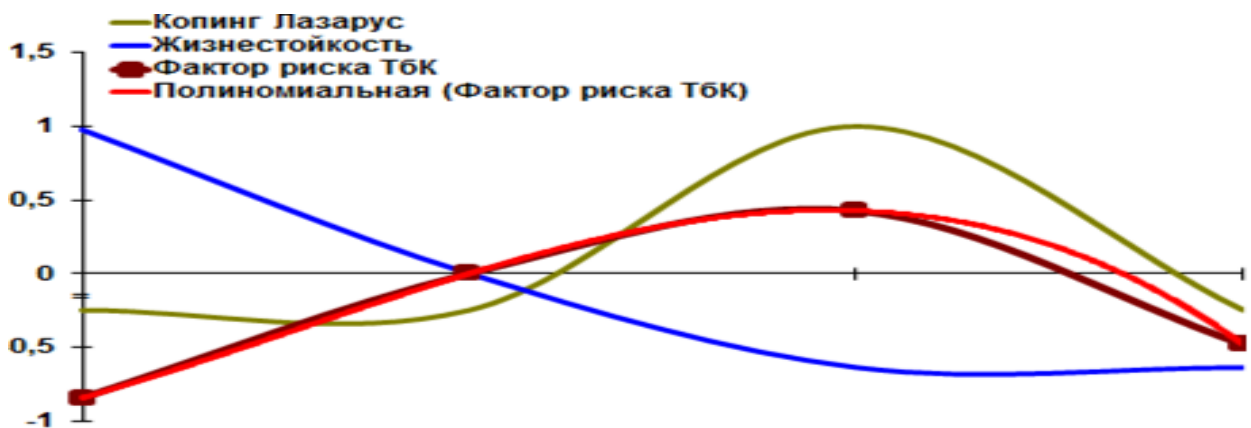


Рисунок 5.19. График профиля опасности вовлечения подростков в табакокурение подростков и юношей Москвы. 2008-2011

Необходимо так же отметить, что результаты факторов высокого риска вовлечения в табачную зависимость и погружения в табакокурение у подростков были определены преимущественно через ситуации табакокурения в семье.

Впервые использованный метод волновой статистики позволил показать динамику изменения факторов риска и антиаддиктивных компетенций

у подростков. На рисунке 5.20 показан график, на котором видно, что характер опасности факторов риска вовлечения в табачную и наркотическую зависимость у подростков в 2013 году также различен. У этих факторов в динамике последовательных возрастных периодов наблюдается различная степень опасности. Так вовлечение в табакокурение изменяется в диапазоне 1,2 единицы (-1;+0,2). При этом вовлечение в наркоманию 2,0 единицы (-1;+1). Вначале в девятом классе наибольшую опасность представляет вовлечение в табакокурение, оно быстро нарастает в школьной среде. Зато вовлечение в наркотическую зависимость ослабевает.

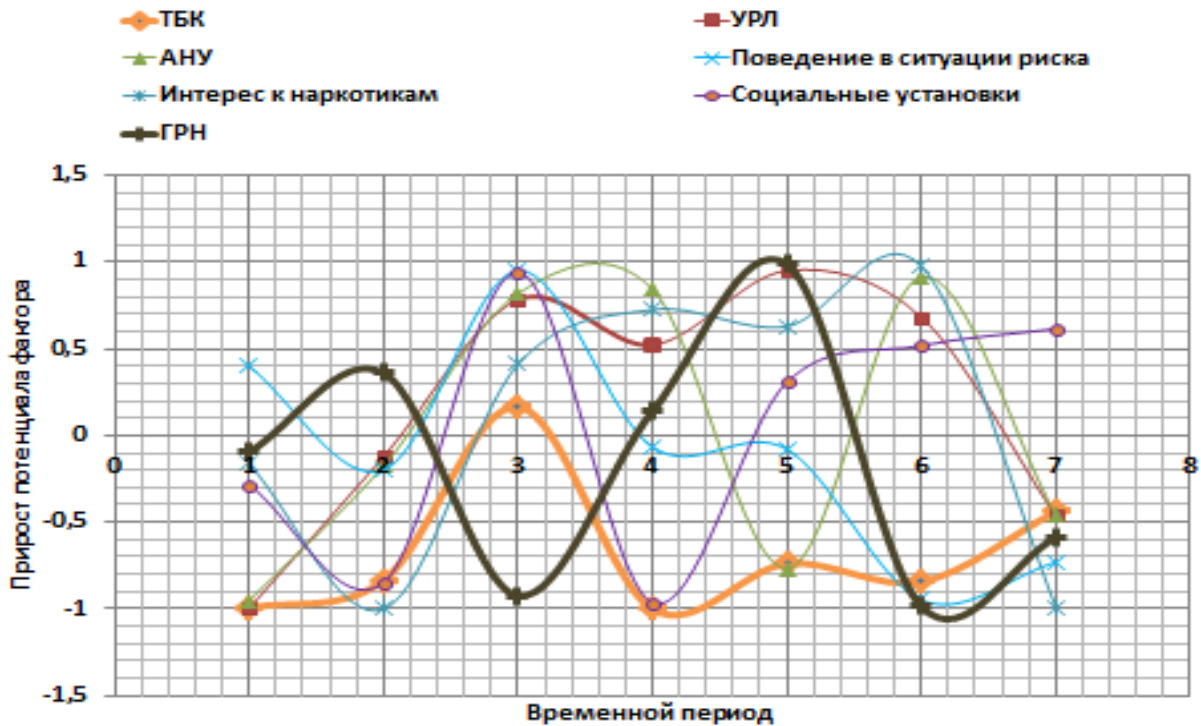


Рисунок 5.20. График общей опасности факторов риска вовлечения в табачную и наркотическую зависимость в старших классах образовательных учреждений Москвы. Онлайн – тестирование. 2013.

В более поздних периодах (10 и 11 классах) нарастает сила вовлечения в наркотическую зависимость и ослабевает влияние табачной зависимости. При этом антинаркотическая компетенция - устойчивое развитие личности, имеет более высокие показатели, чем факторы риска табачной и наркотической

зависимости, что говорит о профилактическом ресурсе этой компетенции у подростков.

Антинаркотическая установка нередко отличалась более низкие показатели по сравнению с факторами риска или не совпадает с частотой и фазой изменения факторов риска. Это свидетельствует, что данная компетенция, хотя имеет положительное сальдо, но при недостаточности и неадекватности ее формирования, становится парадоксальным явлением и представляется «ресурсом» факторов риска.

5.3. Результаты лонгитюдного исследования

Исследование (2008-2013) методом формирующего эксперимента включало внедрение антиаддиктивных профилактических программ, разработанных соискателем в средних общеобразовательных учреждений Москвы и Московской области и описанных в предыдущих главах. По мере продвижения программ в г. Электростали периодически изучались факторы риска вовлечения в табачную зависимость подростков и формирование у них антиаддиктивных профилактических компетенций. В силу различий онлайн и офлайн формата исследований мы представляем результаты исследований с учетом специфики формата. Началом лонгитюдного исследования стали первые замеры фактора риска вовлечения в табачную зависимость в 2008 г. у школьников Москвы и Московской области.

5.3.1. Результаты изменений в контрольной группе

Исследования, включающие сравнение контрольной и экспериментальной группы подростков, проводились в 2008 г., когда в образовательных учреждениях Московской области уже третий год шла авторская антиаддиктивная профилактическая программа и московских

Осуществляемое соискателем научное руководство грантами, в рамках Национального общественного проекта «Россия без табака», проводимого Всероссийской общественной организации «Лиги здоровья нации» (2008-2009 гг.) позволило ему провести сравнительные исследования по двум возрастным группам (Аршинова В.В. 2011, 2012). Для сравнительных исследований были отобраны группы учащихся средних общеобразовательных школ 9-х классов подростки 157 подростков 14-15 лет и студентов первого курса педагогических специальностей 146 обучающихся -17-18 лет (см. диаграмма 5.11). Сравнивая показатели, представленные на рис.4.13 видно, что первая группа учащихся (15,8%) и студентов (13,0%), находящихся в условиях практически отсутствующего риска вовлечения в табакокурение весьма малочисленна по сравнению с другими группами. При сопоставлении возраста студентов, которые на три года старше учащихся 9-х классов, становится очевидным, что студенческая группа, в которой практически отсутствует риск, сократилась практически в два раза. Такое различие свидетельствует о росте интенсивности факторов риска вовлечения в табачную зависимость в образовательной среде вуза среди молодых людей возрасте от 18-19 лет. При сравнении четвертой группы – вовлеченных в табачную зависимость, можно отметить, что за три года, увеличивается численность страдающих табачной зависимостью до 63,9% по сравнению с предыдущим периодом. При рассмотрении численности в группах по факторам риска можно констатировать, что за трехлетний период происходит перераспределение значимости факторов, резко возрастает численность третьего фактора, свидетельствующая о росте вовлечения юношей в табачную зависимость. Сравнение распределений по факторам риска вовлечения в табачную зависимость среди учащихся 9-х классов и студентов первого курса выявило значимые различия при ($p=0,005$) между ними.

Спустя пять лет в контрольной и экспериментальной группах произошел ряд изменений. Контрольная группа в составе 73 учащихся 9-11-х классов, была

собрана из результатов исследования центра образования №1613 Южного административного округа г. Москвы, снова согласилась на проведение исследования. Ее результаты показали, что табачная зависимость среди подростков выросла, при этом группа с высоким уровнем риска уменьшилась. Погружение в табакокурение в 2013 г. охватило - 21,37% подростков, что в 1,7 раза выше показателя 14,82% - 2008 г. За это время немного расширилась группа подростков, находящиеся на уровне среднего и минимального риска вовлечения в табачную зависимость.

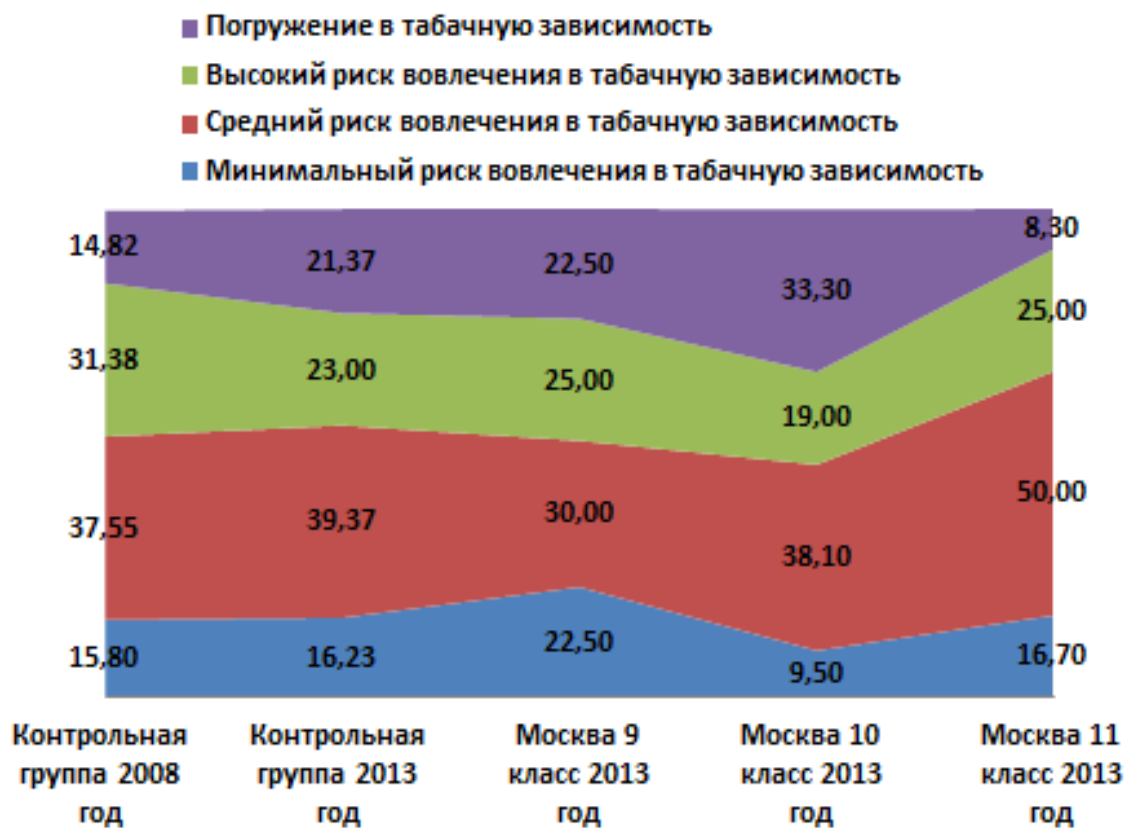


Рисунок 5.21. Диаграмма частотного распределения подростков 13-16 лет контрольной группы по уровням опасности фактора риска вовлечения их в табачную зависимость в период 2008-2013. Офлайн – тестирование. Москва

При оценке изменчивости фактора риска возникновения табакокурения и антинаркотических компетенций копинга и жизнестойкости, можно сказать, что опасность фактора лежала в диапазоне 1,0 (-0,2;+0,8) и большей части он

находился в положительной стороне. Это свидетельствовало о тенденции в будущем расширения фактора вовлечения подростков в табакокурение.

При этом жизнестойкость и копинг не достигали уровня фактора и не могли обеспечить профилактическую защиту подросткам, что также способствовало расширению фактора риска. Результаты сравнения показателей контрольной группы 2008-2013 г., предложенные соискателем в рамках прогнозной модели оценки факторов риска и компетенций, нашли свое подтверждение (рис. 5.21). Иными словами прогноз расширения фактора риска и профилактической несостоятельности антиаддиктивных компетенций у подростков осуществился в группе, где проводилась традиционная защита учащихся от химической зависимости.

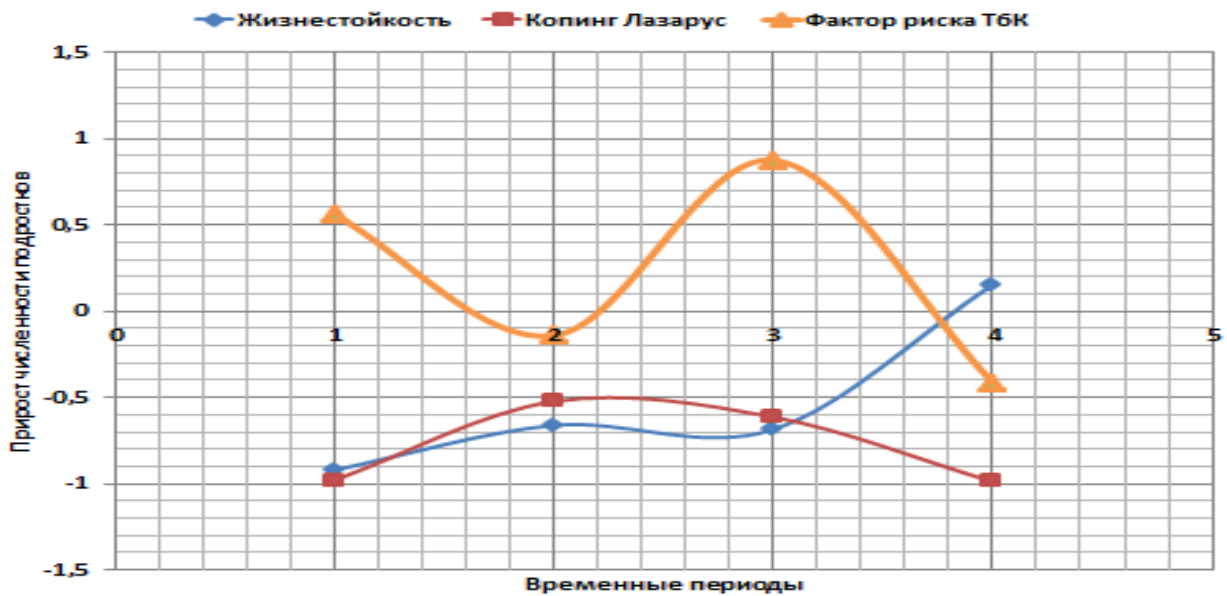


Рисунок 5.22. График годовой динамики охвата обучающихся 13-15 лет и 17-18 лет фактором риска вовлечения в табачную зависимость в образовательных учреждениях Москвы. Офлайн – тестирование. 2008-2009

Исследования в формате онлайн тестирования были проведены в 2013 г. (см. рис. 5.23). Сопоставления с контрольными данными офлайн тестирования, дали нам основания для разделения методов по формату и

некорректности сравнения их результатов. Поэтому дальнейшее сравнение с показателями контрольной группы не проводилось. Контрольной группой в исследованиях стали московские школы – участники онлайн-тестирования 3000 учащихся. Экспериментальная группа в 2013 г в составе 22 –х учащихся 10-х классов МОУ СОШ №12 города Электростали также проходила онлайн тестирование. Численность группы соразмерна контрольной группе – численности подростков – учащихся 10-х классов, принявших участие в онлайн тестировании в г. Москве.

Анализируя показатели контрольной группы, полученные методом волновой статистики, выявили, что фактор риска вовлечения в табачную зависимость подростков стал более интенсивным. Его диапазон составляет 2 единицы, меняется: -1; +1, у него появились малые и большие циклы.

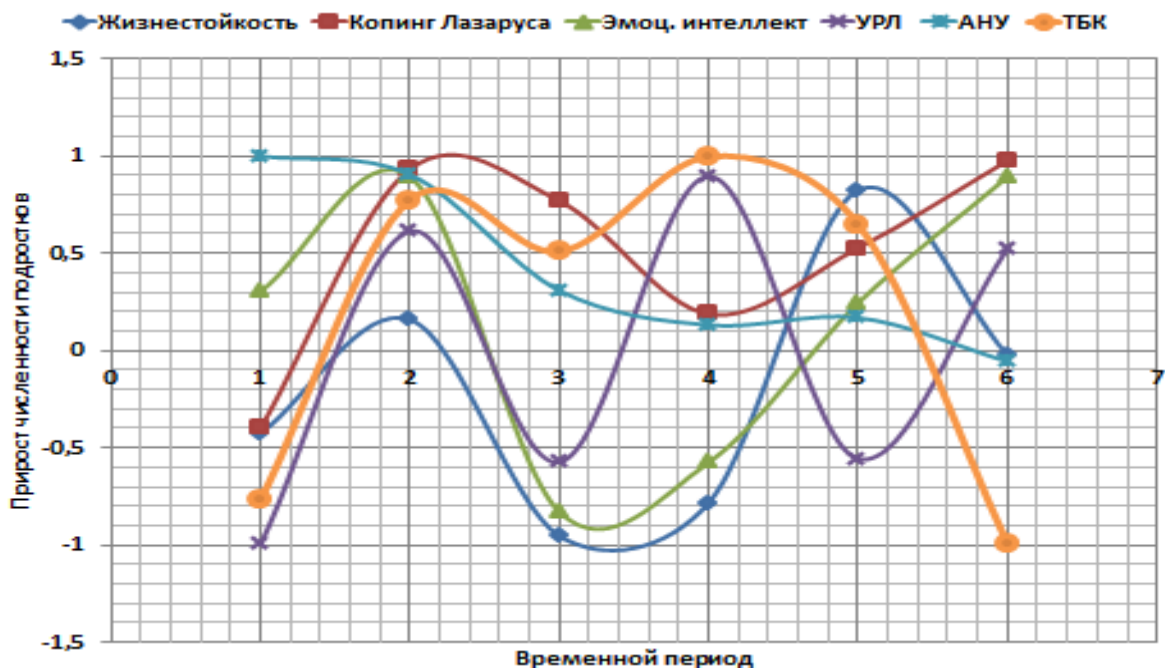


Рисунок 5.23. График годовой динамики охвата подростков 13-17 лет фактором риска вовлечения в табачную зависимость в образовательных учреждениях Москвы. Онлайн – тестирование. 2013

Причем антиаддиктивные компетенции жизнестойкость, эмоциональный интеллект, находятся значительно ниже фактора риска и ведут не соразмерно

его изменениям. Можно сказать, что жизнестойкость, эмоциональный интеллект у этих подростков обслуживают фактор риска вовлечения в табакокурение, являясь его ресурсом. В жизни это проявляется формированием эмоциональных зависимостей, созависимостей; неумением справиться с ситуацией риска, противостоять социальному давлению, в том числе потреблению психоактивных веществ; снижением самоконтроля над ситуациями. Копинг учащихся 9-х классов сильнее, чем среди учащихся 10-х и 11-х классов, что значит, уровень копинга оказывает профилактический эффект у подростков. Устойчивое развитие личности и антинаркотическая установка недостаточны по силе и также становятся ресурсом фактора риска. Это может проявляться в нарушении дисциплины, нерегулярные посещения школы, кружков, создание неадекватных своим силам ситуаций, противопоставление одних форм влечения другим: телемания - работоголизму, наркомания - энергетическим напиткам и т.д.

5.3.2. Сравнение результатов изменений в экспериментальной и контрольной группе

Сравнение полученных в 2013 г. средних показателей московских школьников с результатами, выявленными в том же году при опросе учащихся экспериментальной группы, позволило выявить значительные различия (рис. 5.24). Подростки экспериментальной группы, погруженные в табакокурение, отсутствовали, в других образовательных учреждений их насчитывалось от 0,9-2,7%. Учащихся, имеющих показатели высокого фактора риска возникновения табачной зависимости, насчитывалось в экспериментальной группе 4,3% из числа всех подростков. В других образовательных учреждениях этот показатель менялся в диапазоне 10,90-21,20%. В сумме эти два фактора у экспериментальной группы в 4-6 раз ниже, чем у контрольной группы.

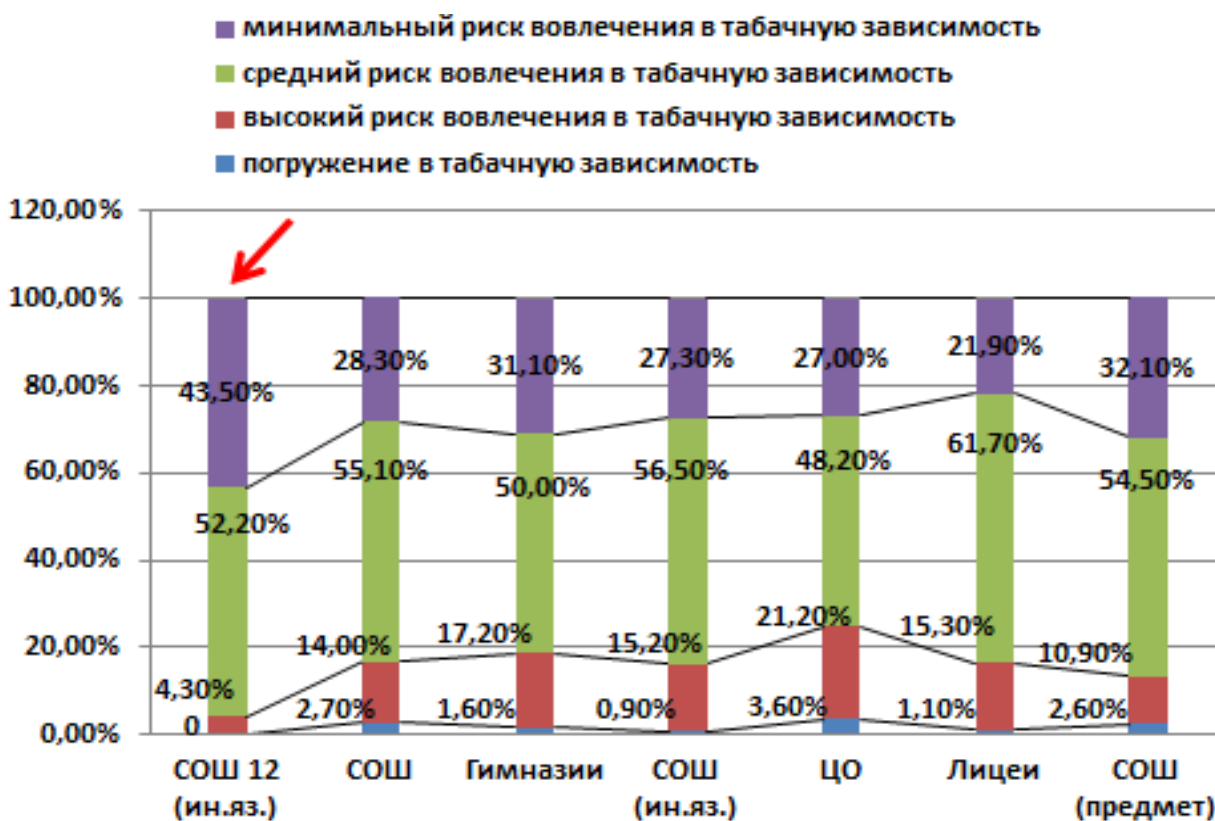


Рисунок 5.24. Диаграмма показателей опытной и контрольной группы по охвату подростков 13-17 лет фактором риска вовлечения в табачную зависимость. Москва и Московская область. Онлайн – тестирование. 2013

Совокупность факторов среднего и минимального риска в экспериментальной группе составила 95,7%, в контрольной группе 75,2-84,6%. Таким образом, можно констатировать, что напряженность фактора риска вовлечение в табачную зависимость в экспериментальной группе значительно ниже.

Наиболее значительные достижения в формировании антиаддиктивных профилактических компетенций были достигнуты в проявлении составляющих устойчивого развития личности и антинаркотической установки (рис. 5.25-5.26). В экспериментальной группе наибольшую численность составили школьники с высоким уровнем профилактических компетенций: УРЛ - 65,20% и АНУ - 47,8%, соответственно. В контрольных группах этот показатель был максимально 45,00% УРЛ в СОШ с углубленным изучением иностранных языков и 22,8 % АНУ в гимназии.

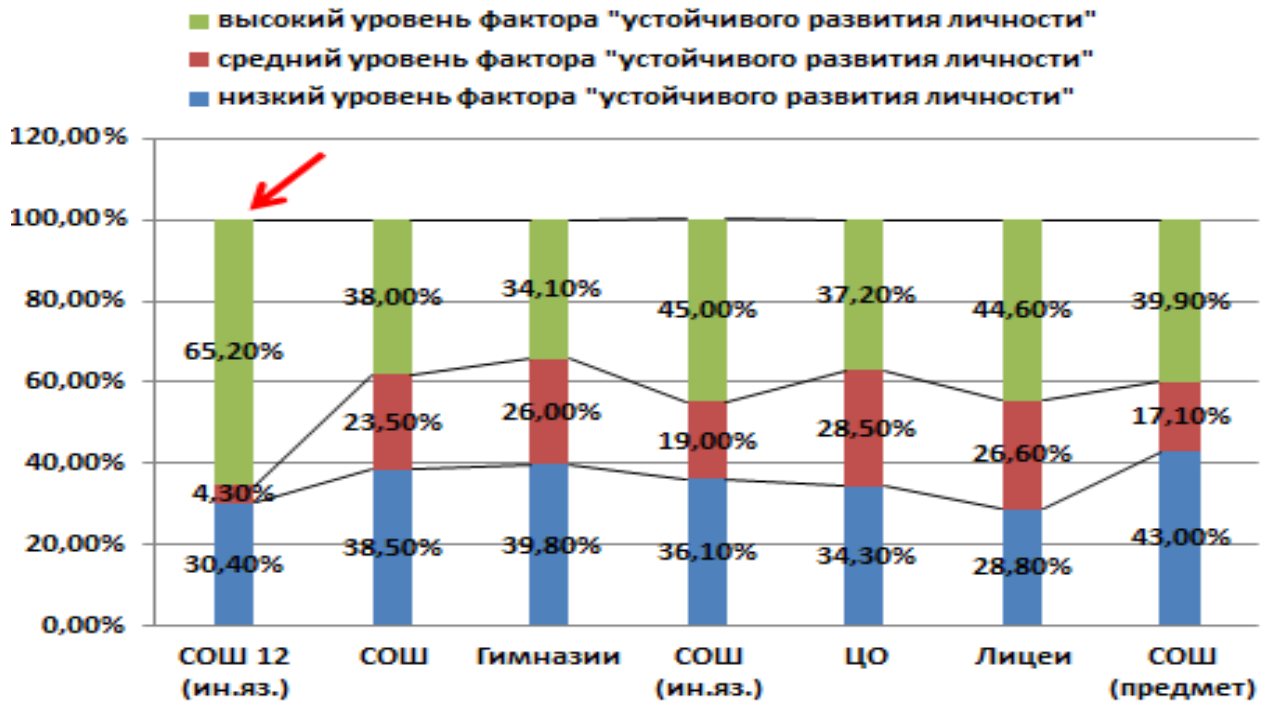


Рисунок 5.25. Диаграмма показателей опытной и контрольной группы по охвату подростков 13-17 лет фактором «устойчивого развития личности». Москва и Московская область. Онлайн – тестирование. 2013

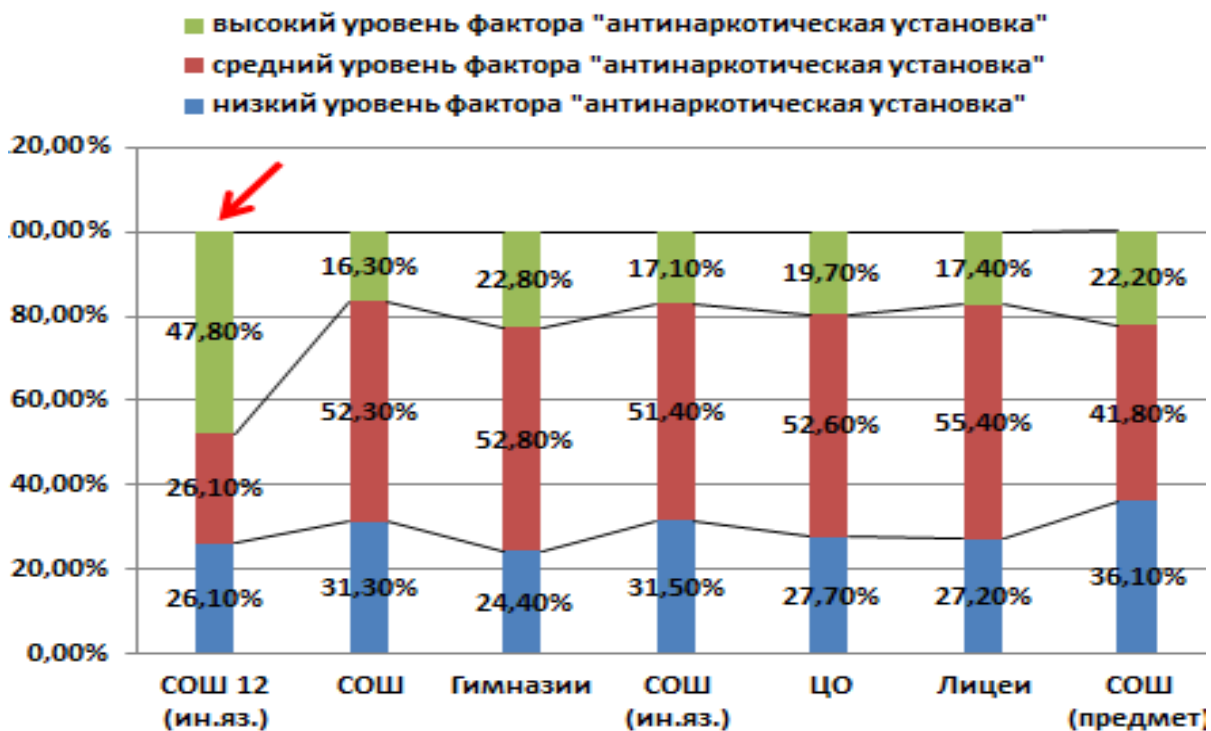


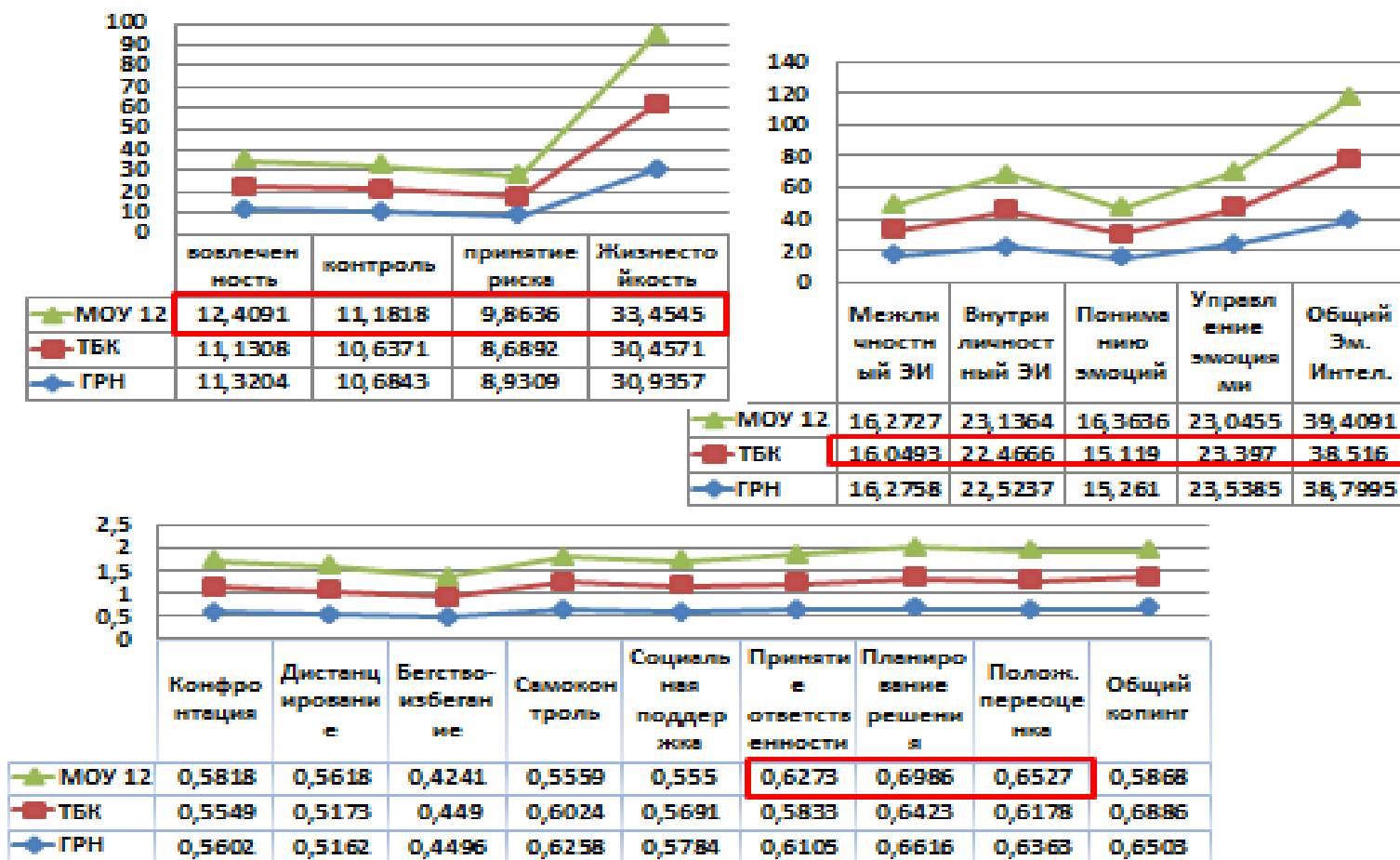
Рисунок 5.26. Диаграмма показателей опытной и контрольной группы по охвату подростков 13-17 лет фактором «антинаркотической установки». Москва и Московская область. Онлайн – тестирование. 2013

В экспериментальной группе резко снижена численность подростки со средним уровнем развития компетенций 4,5% УРЛ и 25,10% АНУ, в контрольной группе максимально 28,50% УРЛ и 55,4 % АНУ в лицах. Однако численность подростков с минимальным уровнем развития компетенций (на уровне 30%) в экспериментальной и контрольной группе значимых различий не выявило. Другие профилактические антиаддиктивные компетенции имеют лучшие показатели в экспериментальной группе, чем в контрольной группе (рис.5.27). Среди них лучшие результаты достигнуты в развитии жизнестойкости и эмоционального интеллекта, хотя и менее значимые, по сравнению с достижениями в устойчивом развитии и антинаркотической установки. Формирование копинг-стратегий не выявило различий в контрольной и экспериментальной группе, однако по отдельным шкалам «принятия ответственности», «успешное планирование», «достижение положительной самооценки» выше, чем в контрольной группе.

Таким образом, подростки экспериментальной группы значимо отличаются от подростков контрольной группы по уровню сформированности основных антиаддиктивных профилактических компетенций. Среди них, в первую очередь, можно назвать эмоциональный интеллект с навыками саморегуляции психоэмоциональных состояний, копинг-стратегии (выстраивание адекватной самооценки; построение адекватных позитивное мышление и позитивная деятельность; принятие и реализация социальной поддержки); противостояние социальному давлению в ситуации риска; критическое отношение к информации, в первую очередь к рекламе: знание о вредном влиянии психоактивных веществ на собственную жизнь и здоровье, а также на жизнь и здоровье окружающих; сбалансированность критического и креативного мышления; признание здоровья, эффективности жизни и целостности семьи в ранге значимых ценностей.

Лонгитюдное исследование показало, что в условиях общеобразовательных школ есть условия для формирования у подростков высокоэффективных профилактических антиаддиктивных компетенций.

Рисунок 2.27. Диаграмма показателей сформированности антиаддиктивных компетенций опытной группы. Московская область. Онлайн – тестирование. 2013



5.4. Результаты работы со взрослыми участниками образовательной среды

В рамках проводимой профилактической программы произошли изменения у педагогов и родителей, вовлеченных в профилактическую работу. Отдельно проводились профилактические программы со студентами педагогических вузов. Уже 2012 году в индивидуальной беседе с педагогами МОУ СОШ №12, где соискатель проводил свои исследования в экспериментальной группе подростков, выяснилось, что, начиная с 2008 г., в этом образовательном учреждении были приняты меры полного отказа педагогов от табакокурения на работе и в быту. В последующем инициатива педагогического коллектива была поддержана другими образовательными учреждениями городов Электросталь и Электрогорск Московской области, и сегодня коллективы половины образовательных учреждений не курят. Результаты этой работы стали основанием для разработки профилактических образовательных программ для педагогов. Внедрение собственных новаторских программ соискателя на 24, 36, 72, 144 и 504 академических часа показали результат освоения таких программ специалистами психологами и педагогами. Они хорошо осваивались специалистами-психологами и педагогами. Благодаря участию в образовательно-исследовательских программах педагоги повышали собственные профилактические компетенции, такие как собственная эмоциональная и поведенческая регуляция, диагностика компонентов устойчивости, антинаркотической установки, а также повышение собственной эффективности в жизни и профессиональной деятельности. Подробно результаты лонгитюдного исследования педагогов и студентов психологических специальностей в формате входного и выходного тестирования для специалистов образования и студентов психолого-педагогической подготовки, описаны в статье соискателя (Аршинова, 2011). Сравнительные исследования 2013 г. факторов риска вовлечения в табакокурения у взрослых показал, что показатели,

связанные с табачной зависимостью у педагогов и родителей отличаются по уровню фактора (рис. 2.28).

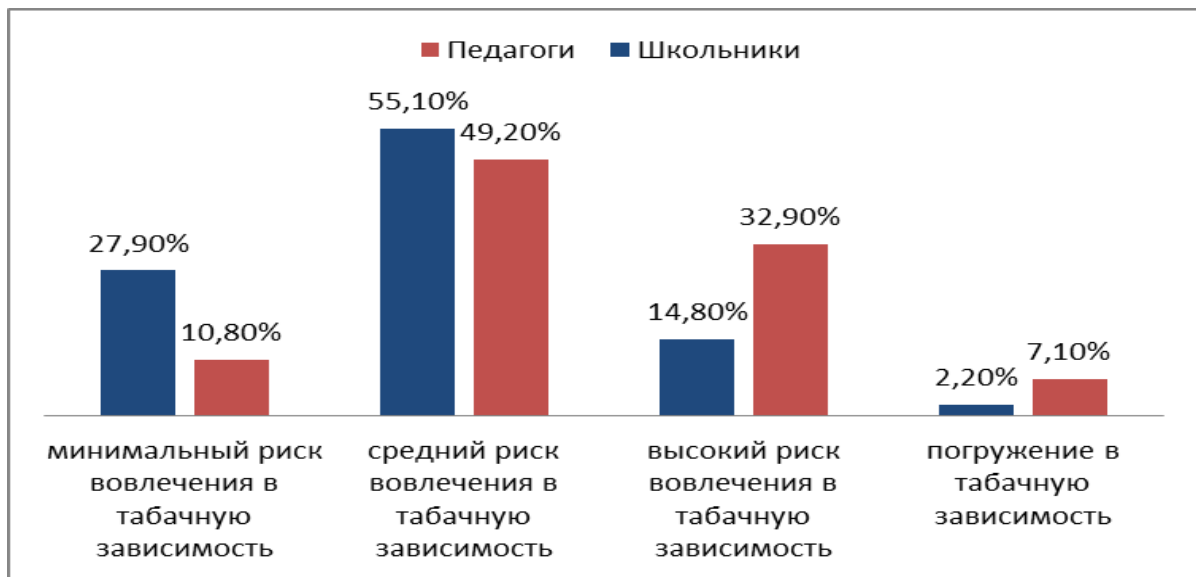


Рисунок 5.28. Диаграмма частотного распределения подростков 13-17 лет и педагогов по уровням опасности фактора риска вовлечения в табачную зависимость. Москва. 2013

Их максимальная численность, по обследованным взрослым, составляла - 49,2% и подросткам (55,1%). Совокупность фактора вовлечения в табачную зависимость и высокого риска составляла у педагогов 40,0%, тогда как у подростков она была более чем в два раза ниже (18,0%). Соответственно, у взрослых, более свободных от влияния факторов зависимости, показатель «чистых» лиц был почти в 2,5 раза ниже (10,8%), в сравнении с учащимися (27,9%). Отмечена высоко достоверная статистическая корреляция показателей факторов риска вовлечения в курение табака у взрослых и подростков. Она оказалась прямой высокой, с коэффициентом корреляции равным $r=0,8185$. Показатели компонентов устойчивого развития личности и антинаркотической установки у взрослых, также отличаются от показателей подросткового возраста. Уровни устойчивого развития у педагогов и подростков, распределились практически поровну по уровням: низкий, средний и высокий; показатели не коррелируют между собой ($r=-0,4428$). Уровни антинаркотической установки у педагогов и подростков сконцентрированы на среднем уровне, они связаны между собой, коэффициент

корреляции прямой, высокий $r=0,9847$. В процессе продвижения профилактической программы проводилась работа с родителями и педагогами. Работа велась в форме совместных встреч-обсуждений результатов проводимой профилактической работы с подростками и индивидуальных бесед. Примеры сценарий этих встреч, выстроенные в виде цикла передач. Вначале наши предложения по совместной профилактической работе родители встречали настороженно, впоследствии, многие из них становились активными участниками занятий. Профилактическая работа с родителями и педагогами в течение одного учебного года показала свою эффективность.

Анализ результатов лонгитюдного исследования взрослых 2009-2011 г. проводился трижды по каждой методике: вначале, в процессе работы с семьей и конце учебного года (таблица 5.38).

Таблица 5.38

Психологические особенности семей в динамике. Москва. 2009-2011

Факторы	Время опроса*	Среднее значение 2011	Среднее значение 2010	Среднее значение 2009
Воспитательно-педагогический потенциал	До начало занятий	16,174	15,936	16,433
	Конец занятий	16,000	16,133	16,320
Психологическая сплоченность	До начало занятий	26,890	25,154	27,266
	Конец занятий	27,800	26,800	27,800
Семейная адаптация	До начало занятий	36,165	37,327	37,200
	Конец занятий	36,876	37,906	38,200
Напряженность, событие	До начало занятий	70,172	69,734	61,830
	Конец занятий	71,680	71,501	67,600
Напряженность, сегодня	До начало занятий	33,372	35,028	30,000
	Конец занятий	36,133	32,793	37,600
Социальный статус семьи	До начало занятий	28,787	29,774	28,570
	Конец занятий	29,000	29,942	28,440

*Период занятий длится в течение десять месяцев

В анализе был использован системный подход в изучении психологических особенностей семьи, которая участвовала в профилактической программе. Выборку составляли родители семьи (или отдельные представители семей) в 2011 - 25 семей, 2010 - 22 семей, 2009 – 30 семей. Статистическая обработка результатов исследования по всем параметрам с помощью t-критерия Стьюдента, показала ряд факторов, которые не содержат изменений в динамике лонгитюдного исследования. Такими факторами являются:

- 1) степень развития воспитательно-педагогического потенциала семьи;
- 2) распределение ролей в семье (для всех семей характерен эгалитарный тип распределения ролей);
- 3) удовлетворенность браком (все мужчины удовлетворены в браке, а половина женщин не удовлетворены);
- 4) ценности для всех семей одинаковые (дети, достаток в семье и общность интересов).

Среднее значение психологической сплоченности до лонгитюдного исследования, значительно ниже среднего значения статистических данных. Это говорит о том, что большинство семей относятся к «разобщенному» типу и их степень эмоциональной связи минимальная. Это проявляется в несостоятельности членов семьи совместно разрешить любой конфликт. Треть семей относится к «разделенному» типу, при котором, члены семьи способны собираться вместе, обсуждать проблемы, оказывать поддержку друг другу, принимать совместные решения, несмотря на то, что их взаимоотношения отличаются некоторой эмоциональной обособленностью. Необходимо отметить, что положительным моментом является то, что показатель психологической сплоченности после проведенных занятий выше, чем в конце. Это говорит о том, что семья в период трудных ситуаций (это посещение психолого-педагогических занятий по программе) способна сплачиваться для противостояния жизненным трудностям. Среднее значение семейной адаптации в лонгитюдном исследовании значительно выше среднего значения статистических данных. Статистическая обработка результатов исследования

семейной адаптации семьи по всем методикам с помощью t-критерия Стьюдента, определила, что все семьи, участвующие в опросе, относятся к «хаотичному» типу, который считается группой риска. Семьи в течение годового лонгитюда находятся в ситуации кризиса. В таком состоянии семья может находиться в течение такого периода времени, которое ей необходимо для адаптации к кризисной ситуации (табл. 5.38).

Таким образом, структура семей по способности адаптации к изменяющимся условиям и стрессам выглядит следующим образом: большинство семей относится к несбалансированному типу, а остальная часть семей к средне сбалансированному.

Семьи пребывают в конфликтах каждую неделю, а некоторые из них, каждый день. Причинами возникновения конфликтов являются: ведение домашнего хозяйства; конфликт интересов; недостаток денежных средств, вредные привычки членов семьи, и др. Практически, треть из общего количества семей выходит из конфликта обсуждением позиций каждого из членов. Большинство семей отказываются от обсуждения проблем. Этот факт говорит о низкой психологической сплоченности внутри семьи и нарушении коммуникативной связи между ее членами. Трудностями в семье (стрессы), с которыми она сталкивается, являются: изменение материального положения; потеря работы, переход на менее оплачиваемую; смена жилья на меньшую площадь; тяжелая болезнь родственника. «Напряженность семьи в момент события» и «напряженность на сегодняшний день» высокая (таблица 4). Эти тревожные тенденции указывают на то, что семьи пребывают в состоянии стресса на протяжении полугода, их напряжение накапливается, растет. По мере работы с родителями выясняется, что семьи не пытаются совместно найти выход из сложившейся ситуации, что негативно влияет на психологический климат и здоровье в семье. Значительная часть семей пребывает в длительном стрессе и не готовы совместно обсуждать трудности и искать выходы из них. Только

небольшая часть семей готова совместно обсуждать трудности и проблемы, находя выходы из трудных ситуаций.

В период прохождения программы некоторые семьи приходили к решению оставить табакокурение, и, впоследствии, следовали своему решению. Воспитательно-педагогический потенциал такой семьи был нормально функционирующим (гармоничным). В семье присутствует демократический стиль воспитания и характеризуется поддержкой ребенка, разумной требовательностью к нему. В семье царит атмосфера доверия. Отношения со школой: характерна высокая включенность в жизнь школы, высокая информированность о школьных делах ребенка (табл. 5.38).

Психолого-социальная устойчивость семьи характеризуется средне сбалансированной структурой семьи, члены которой способны собираться вместе, обсуждать проблемы, оказывать поддержку друг другу, принимать совместные решения, несмотря на то, что их взаимоотношения отличаются некоторой эмоциональной обособленностью. Члены другой семьи, находятся в пограничном состоянии между средне сбалансированной и несбалансированной структурой. Конфликты в семьях происходят редко, в основном из-за ведения домашнего хозяйства. Выход из конфликта видят в совместном обсуждении позиции каждого члена семьи. В стрессовых ситуациях напряженность семей низкая. Коммуникативные функции не нарушены. Такие семьи совместно обсуждают трудности и проблемы, находят выходы из сложных ситуаций (табл. 5.38). Некоторые семьи (2-4 семьи ежегодно), из числа семей, решивших противостоять табачной зависимости, имели несбалансированную структуру адаптации. Выбирая стратегию поведения, семья выходила из конфликтов и преодолевала трудные ситуации, можно предположить, что со временем члены семьи будут и дальше совместно искать компромиссы.

Таким образом, эффективность антиаддиктивной профилактической работы неразрывно связана с выявлением ранних, отдаленных факторов риска вовлечения учащихся в зависимое поведение в образовательной среде путем диагностики их антиаддиктивных профилактических компетенций.

Педагогический коллектив, отказавшись от курения табака, достигает большей эффективности в профилактической работе. Решающую роль в отказе подростка от курения табака, играет усиление сплоченности, снижение психологического напряжения и частоты конфликтов, в семье, гарантирующих ей большую устойчивость к внешним и внутренним воздействиям.

5.5. Мониторинг антиаддиктивных профилактических ресурсов в системе общего образования

В рамках государственного задания, соискателем, в 2012 году, был разработан метод оценки антиаддиктивного профилактического пространства образовательных учреждений. Цель мониторинга: выявление качества профилактических ресурсов образовательных учреждений, подведомственных Департаменту образования города Москвы, соответствующего современным требованиям организации антиаддиктивной профилактической деятельности в сфере образования, разработанным, в том числе, международной высшей школой и научным сообществом [Аршинова, 2009, 2010]. В международной практике этот уровень образовательных стандартов включает в себя, наряду со знанием, формирование навыков саморегуляции, принятия и управления рисками, преодоления трудных жизненных ситуаций и других жизненно важных навыков без привлечения психоактивных веществ. Мониторинг антиаддиктивного профилактического пространства образовательных учреждений города Москвы включил в себя следующие блоки:

- самообследование профилактических ресурсов и профилактической деятельности учреждений образования в области предотвращения зависимого поведения;
- экспертная оценка качества профилактической работы образовательного учреждения, проводимой согласно анкете «Экспертный опрос руководителей и специалистов по оценке качества профилактической работы образовательных

учреждений города Москвы»;

- обследование данных официальных сайтов образовательных учреждений на предмет полноты представления и описания профилактической деятельности;
- социально-экологический блок, включающий выявление статистических показателей социального благополучия по административным округам города Москвы, согласно официальным данным ГУВД города Москвы и других ведомств.

Каждый из указанных блоков обследования позволяет выявить ряд параметров. В свою очередь, каждый параметр имеет свой вес в формуле подсчета рейтингового балла образовательного учреждения в антиаддиктивном профилактическом пространстве. Математическая модель указанного рейтинга включает показатели по каждому блоку обследования. В мониторинге были получены следующие результаты (рис.5.29).

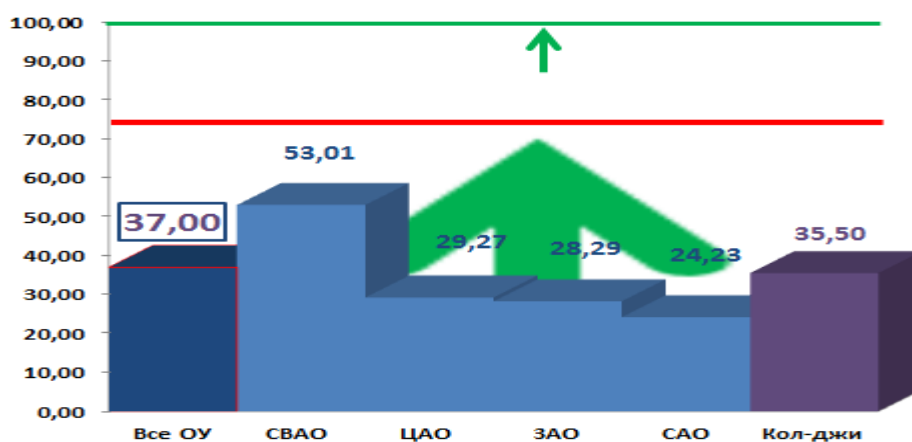


Рисунок 2.29. Диаграмма комплексных показателей профилактической деятельности образовательных учреждений, распределённых по административным округам Москвы. 2012

*Красная линия - минимально допустимый уровень профилактической деятельности.
Зеленая линия - максимальные достижения профилактической деятельности*

Образовательные учреждения заявляют практически о 100% охвате обучающихся профилактическими мероприятиями. Общий уровень антиаддиктивной профилактической работы находится на уровне 35% при желательном 75% уровне и максимальном достижении показателя - 100%. При

этом лишь десятки учреждений активно вовлекают в профилактическую работу родителей, и единичные учреждения ведут разъяснительную работу среди педагогов. Активную работу по профилактике зависимого поведения ведут 30-35% общего числа обследованных образовательных учреждений.

Волонтерские движения профилактической направленности практически отсутствуют в общеобразовательных учреждениях. Около 15% колледжей имеют опыт становления волонтерского движения. Однако численность волонтеров невелика (до 3%), по отношению к охвату обучающихся профилактической работой волонтеров. Антиаддиктивную профилактическую работу руководители образовательных учреждений относят к воспитательной работе, дополнительному образованию, психологическому сопровождению и очень часто – к физическому воспитанию. Нередко отмечается смешивание понятийного ряда профилактических знаний в области зависимого поведения. Собственно представление об аддиктивном поведении, рисках возникновения зависимости часто не находят должного отражения на сайтах. Во многих образовательных учреждениях нет даже представления о содержании здорового образа жизни. В образовательных учреждениях нередко встречаются ученические советы по самоуправлению, реже - советы по профилактике. Ни в одном обследуемом округе не отмечается следование окружным профилактическим программам. Проводимые профилактические мероприятия и программы практически не имеют научного обоснования и сопровождения. Эффективность проводимой работы не поддается прямой оценке, так как программы представлены в самообследовании недостаточно.

Содружество с внешними организациями, ведущими официальную профилактическую работу, еще не привело к должной эффективности профилактической деятельности образовательных учреждений.

5.6. Рейтингование образовательных учреждений по эффективности антиаддиктивной профилактики

По результатам мониторинга антиаддиктивных профилактических

ресурсов, проведенного в 2012 г., был выстроен рейтинг средних общеобразовательных учреждений. Необходимо отметить, что рабочая гипотеза исследований по мониторингу 2013 г. состояла в том, что системная антиаддиктивная профилактика является значимым сегментом качества образования. При этом имеется в виду, что в основе системной профилактической работы в общеобразовательном учреждении лежит сложный системный конструкт из самостоятельных (и в то же время соподчиненных) профилактических конструкций (или методов профилактической работы), как звеньев последовательной логической цепи мер предотвращения вовлечения учащихся в зависимое поведение. Следуя рабочей гипотезе, полученные общие показатели рейтинговых баллов были сопоставлены с показателями, вошедшими в оценку качества образования средних общеобразовательных учреждений и колледжей города Москвы. При этом средние общеобразовательные учреждения сравнивали по баллам ЕГЭ: 1) Средний балл ЕГЭ по обязательным предметам; 2) Средний балл ЕГЭ по всем предметам. Результаты анализировались также по отдельным предметам, по которым учащиеся средних общеобразовательных учреждений сдавали ЕГЭ: 1. Русский язык; 2. Математика; 3. Обществознание; 4. Физика; 5. Химия; 6. Биология; 7. История; 8. Литература; 9. География; 10. Информатика; 11. Иностранный язык – английский; 12. Иностранный язык – немецкий; 13. Иностранный язык – французский. В свою очередь, каждый предмет был представлен четырьмя показателями: 1) Численность сдававших ЕГЭ по данному предмету; 2) Средний балл ЕГЭ по данному предмету; 3) Удельный вес численности получивших баллы 45 и ниже в общей численности сдавших ЕГЭ по данному предмету; 4) Удельный вес численности получивших баллы 75 и выше в общей численности сдавших ЕГЭ по данному предмету.

Корреляционный анализ показал, что пять показателей из 24-х определяющих качество социально - воспитательной работы в колледжах коррелируют с рейтингом качества имеющихся в колледжах профилактических ресурсов (приложение таблица 7). Корреляционный анализ по результатам

мониторинга, проведенного соискателем в 2013г. показал, что пять показателей из 24 по качеству социально-воспитательной работы в колледжах коррелируют (r) с рейтингом качества имеющихся в колледжах профилактических ресурсов:

- Общий объем внебюджетных средств (федерального бюджета) $r=0,53327$
- Общий объем внебюджетных средств (городского бюджета) $r=0,61051$
- Эффективность привлечения внебюджетных средств $r=0,55566$
- Количество обученных по программам ДПО для взрослого населения (городского бюджета) $r=0,54814$
- Количество обученных по программам ДПО для взрослого населения (муниципального бюджета) $r=0,58185$

Таким образом, на профилактику химической зависимости оказывает прямое влияние общий объем внебюджетных средств и эффективность их привлечения, а также численность преподавателей повысивших свою профессиональную квалификацию. При этом распространенное мнение о том, что ведущими показателями плохой профилактической работы образовательного учреждения является численность правонарушений обучающихся не нашло подтверждение. Численности правонарушений студентов колледжей не имеет корреляцию с показателями итоговой оценки по рейтингу качества антиаддиктивных ресурсов в тех же колледжах.

Одновременно с этим при корреляционном анализе итоговой оценки по рейтингу качества антиаддиктивных ресурсов колледжей с их показателями качества работы колледжей в целом выявило корреляцию с 9-тью показателями из 20. Это такие показатели как:

- Количество технологически емких профессий и специальностей $r=0,50599$
- Наличие технологически емких профессий и специальностей $r=0,50599$
- Выпускники колледжа (бюджет), трудоустроенные (занятые) по профилю полученного образования $r=0,58279$
- Общее количество выпускников колледжа, проходивших обучение на бюджетной основе $r=0,52123$

- Создание среды для активного участия во внешних мероприятиях (бюджет образовательного учреждения) $r=0,55145$
- Количество призовых мест в мероприятиях на уровне города $r=0,51423$
- Количество призовых мест в мероприятиях на федеральном уровне $r=0,64558$
- Создание среды для активного участия во внешних мероприятиях (городского бюджета) $r=0,76332$
- Создание среды для активного участия во внешних мероприятиях (муниципального бюджета) $r=0,70270$

Максимальная корреляция итоговой оценки по рейтингу качества антиаддиктивных ресурсов колледжей проявилась с показателями создания среды для активного участия во внешних мероприятиях (городского и муниципального бюджета). Иными словами, там, где работают активно над организацией и участием во внешних мероприятиях в том колледже лучше показатели профилактики химической зависимости. Также высокую корреляцию показали «наличие высокотехнологических специальностей», «Количество призовых мест в мероприятиях» на городском и федеральном уровне. При рассмотрении показателей сдачи ЕГЭ в целом по среднему образовательному учреждению (школе) достоверной корреляции с качеством профилактических ресурсов не выявлено. Корреляция итоговой оценки по рейтингу качества антиаддиктивных ресурсов школ проявилась по показателям сдачи ЕГЭ по иностранным языкам - французскому и немецкому. Иностранный язык – французский: «Удельный вес численности получивших баллы 45 и ниже в общей численности подростков, сдавших ЕГЭ по данному предмету» $r=0,91489$. Иными словами, низкая успеваемость может стать косвенным признаком качества профилактических ресурсов. Очевидно, что при сорока показателях столь незначительные корреляции скорее можно отнести к некоторым особенностям преподавания и отбора учеников, для обучения французскому языку. Исследование факторов риска вовлечения подростков в наркотическую и табачную зависимость и антиаддиктивных профилактических ресурсов позволил вывести критерии, названные нами «токсичности по химической зависимости» и показатели «защиты от химической зависимости». Эти критерии, в свою очередь позволяют выстроить рейтинг образовательных учреждений по токсичности и защищенности в области профилактики

зависимого поведения (табл. 5.39).

Таблица 5.39

Рейтинг образовательных учреждений по комплексному показателю антинаркотической защищенности образовательных учреждений. Москвы. 2013

Ранг	АО	Образовательное учреждение	Показатель
1	ЮАО	ГБОУ СОШ № 877	75,50%
1	СЗАО	ГБОУ СОШ № 1747	75,10%
3	ВАО	ГБОУ СОШ № 319	58,40%
4	ЮЗАО	ГБОУ СОШ № 536	45,50%
5	ЦАО	ГБОУ № 1535 Лицей	42,80%
6	ЦАО	ГБОУ СОШ № 96	39,20%
7	ЗАО	ГБОУ СОШ № 875	37,40%
8	СВАО	ГБОУ Центр образования № 1464	33,40%
9	САО	ГБОУ СОШ № 163	24,00%
10	ЮВАО	ГБОУ СОШ № 687	5,50%
11	Зеленоград	ГБОУ СОШ № 8	4,52%

Таким образом, соискателем был впервые разработан алгоритм анализа психологических показателей подростков по факторам риска вовлечения в химическую зависимость и профилактическим компетенциям, позволивший ему создать новый метод ранжирования образовательных учреждений по токсичности психологически активных веществ и их антиаддиктивной защищенности.

Глава 6. Обсуждение результатов исследования

Подводя итоги исследований в области профилактики аддикций в сфере образования, можно заключить, что сохранение психического здоровья обучающихся путем формирования у них профилактических компетенций стало возможным благодаря разработкам и внедрению в практику системного подхода, предложенного соискателем (Аршинова, 2012). В этом подходе первую группу системных понятий автор связал с целью и продуктами профилактики аддикций как результатами профилактического вмешательства, которые можно подразделить по уровням и компонентам. Антиаддиктивное профилактическое вмешательство - это индивидуальное, семейное или групповое защитное влияние. **Первый уровень** — это уровень здоровья и его компоненты: 1) снижение факторов вреда здоровью; 2) компетенции в области здоровья физического (соматического), психического, социального и духовно-нравственного; 3) методология сбережения, расширения и развития здоровья. **Второй уровень** — нормы жизнедеятельности, его компоненты: 1) снижение факторов способствующих отклоняющемуся поведению; 2) компетенции в области норм жизнедеятельности: физические (телесные), психические, социальные и духовно-нравственные; 3) методология формирования, удержания, развития и трансляция норм жизнедеятельности. **Третий уровень** — благополучие, его компоненты: 1) снижения факторов неблагополучия; 2) компетенции в области психологического благополучия (удовлетворенность жизнью, осознание категории «счастья»), социально-экономического благополучия; 3) методология сбережения, преумножения, развития и трансляции благополучия. **Четвертый уровень** — качество жизни с компонентами: 1) снижение факторов, формирующих низкое качество жизни; 2) компетенции в области психологического качества жизни (стиля и образа жизни, достойного и недостойного качества жизни), социально-экономическое качество жизни (высокое, среднее, низкое); 3) методология сбережения, развития и трансляции качества жизни. Объекты профилактики активно

обсуждаются на международном уровне [Международная Комиссия ООН по проблемам образования в XXI в., 2007; August Gerald J., Gewirtz Abigail, Realmuto George M. (2009) и др.]

Вторую группу системных понятий соискатель предложил соотнести с описанием функционирования системных объектов. Прежде всего, это понятия «устойчивость» и «равновесие» (в разных его формах). На наш взгляд, именно это имели в виду русские ученые: В.Х. Кандинский, рассматривавший «согласованность и организованность души», С.С. Корсаков — «гармоническое сочетание» свойств личности и В.М. Бехтерев — «целостность оздоровления». Зарубежный исследователь Р. Гринкер пришел к выводу о «гомеостазе психических процессов», К. Менингер вывел понятие о «жизненном равновесии». Ю. Рюеш в четвертом главном постулате успешного применения общей теории систем в науках о поведении выдвигает «обязательное рассмотрение устойчивости большего масштаба, чем изменчивость». Эти понятия отражают основной принцип работы антиаддиктивной профилактической системы, которые, начиная от стратегии, отражаясь в объектах, механизмах и продуктах профилактики направлены на поддержание и развитие устойчивых форм поведения. Мониторинг устойчивых форм состояний, поведения, ценностно-смысловых конструкций и коммуникаций становится стержневым контролем при развитии компетенции у лиц подвергаемых профилактике.

Третью и четвертую группу понятий, соискатель рассматривает по Э.Г. Юдину, объединяя понятия «развитие» и «функционирование», отраженных в работах Л.С. Выготского, Ж. Пиаже, П.Б. Ганнушкина, А. Шафлена и других, каждый из которых внес весомый вклад в антиаддиктивное профилактическое знание. Культурно-исторический подход рассматривался Л.С. Выготским в период развития у ребенка житейских навыков через восприятие житейских понятий, которые ребенок и взрослый человек усваивают по-разному в зависимости от уровня и ситуации их развития. В наших исследованиях это прямо связано с формированием

профилактических компетенций у обучающихся разных возрастов: детей и взрослых. Подходы, изложенные в работах Л.С. Выготского, требуют от разработчиков программ особого выстраивания профилактического взаимодействия взрослого с ребенком, подростком, юношей, с обязательным учетом восприятия и принятия информации и дальнейшего демонстрации в поведении.

В основу антиаддиктивной профилактической системы положено конструктивное, психосоциальное взаимодействие «учитель-ученик-психолог», «учитель-родитель-психолог», направленное повышение устойчивости личности обучаемых. В свою очередь, рассматриваемое взаимодействие, становится переходным звеном к здоровому стилю жизни каждого ребенка, семьи и коллектива образовательного учреждения. Логичность выстроенной соискателем антиаддиктивной профилактической системы обуславливает возможность ранжирования разработанных превентивных мероприятий по классификационным признакам. Соискателем установлено, что логика и классификационное ранжирование являются основой для последующей разработки стандартов в медицинской и профилактической, в том числе антиаддиктивной, деятельности. Это соотносится с доказательным профилактическим подходом «быть и жить вместе», который максимально снижает риск вовлечения детей в химическую зависимость в сфере образования [Darkes, J., Goldman, M. S., 1993; Holden G.W., Ritchie K.L. 1991; Loxley, W., Toumbourou, J. W, Stockwell, T., Haines, B. et all; 2004 и др.]. За счет формирования у детей, подростков и, юношей «защитного поля» учеными многих стран удается разрабатывать современные требования к стандартам профилактики [Материалы ВОЗ: «Mental health action plan 2013-2020»].

Системный подход позволяет рассматривать явление устойчивости как личностный феномен развития и функционирования психологических процессов охватывает личность в целом. Устойчивость личности определяется временем и зависит от уровня устойчивости культурологических и духовно-нравственных норм его окружения. Если рассматривать личность через

системное единство психологических процессов, исходя из понятия «идентичности» предложенной Э.Эриксоном, то их объединение образует состояние устойчивости как частного, так и целого [Эриксон, 1996]. Постоянное расширение устойчивости человека происходит за счет приобретения опыта, накапливаемого в течение жизни. Отсюда - причина развития устойчивости человека, обусловлена естественной программой его развития, в соответствии с этапами пре-детерминирования, проявляющимися в готовности организма к взаимодействию с расширяющимся кругом значимых индивидов, социальных институтов и их осознания во взаимодействии с ними. Так, П.Я.Гальперин, применил подход поэтапного формирования психики по улучшению внимания у детей [Гальперин, 2005]. Рассматривая внимание как контролирующую функцию, он улучшил разные параметры, процессов написания слов и решения задач. Построенная им измерительная шкала позволила установить не только степень улучшения характеристик устойчивости внимания, но и количественные изменения устойчивости в других направлениях.

Соискателем была впервые установлена высокая корреляция между уровнем профилактических ресурсов и показателями качества образовательной и воспитательной деятельности средних профессиональных образовательных учреждений и колледжей, и неоднократно было продемонстрировано, что профилактическая деятельность лежит в основе качества образования. Соискателем также впервые установлено, что в превентивных программах высоко востребованы ценностно-смысловые системные подходы, обеспечивающие существенное повышение их эффективности. Международный опыт, Botvin, (2001), Brand, Hatzinger, (2009) Brook, Naomi Zhang Chenshu (2009) Clark (2009); Foerschner, (2010), Mrazek (2013) Lundgren (2013) и др. показывает, что эффективность вмешательства и внедрения профилактических программ без учета их адаптации к культурно-исторической ситуации в регионе, целевым группам, семьям и к каждому конкретному случаю, резко снижается. Поэтому особое значение приобретают проведенные

нами исследования, которые показали, что в настоящее время в российской сфере образования имеется достаточно условий для разработки и внедрения отечественных превентивных мер, соответствующих современному международному уровню профилактического вмешательства. Первостепенным условием при этом должна выступить антиаддиктивная профилактическая деятельность, создаваемая и координируемая ведущими российскими университетами, через создание региональных, национальных, транснациональных систем профилактики [Аршинова, 2014]. В настоящее время в разработке и внедрении антиаддиктивных профилактических систем и программ участвуют ведущие научно-образовательные центры многих стран. Так, участниками научных разработок ВОЗ по критериям оценки здоровья и профилактики в 2009-2013 гг. стали известные всему миру научные учреждения — Гарвардский университет (США), Институт оценки здоровья, Вашингтонский университет (США), Университет Джона Хопкинса (США), Университет Квинсленда (Австралия) и Всемирная организация здравоохранения (Швейцария). Это ведущие научные школы лучших университетов мира, имеющие высшие международные рейтинги в сфере образования, в том числе в области антиаддиктивной профилактической деятельности. Их разработки сегодня влияют на здоровье представителей своих стран и за рубежом, о чем говорится в материалах WHO, APA, EMCDDA и др.

Таким образом, уровень наших исследований сравним с уровнем профилактических программ международного класса. Разработанные соискателем программы соответствуют формам организации профилактики в развитых странах мира, где система профилактики рисков психическому здоровью сформирована на принципах социально-государственного партнерства. Программы соискателя поддержаны грантами и награждены дипломами Общероссийской общественной организацией «Лиги здоровья нации», Международного онкологического форума, Московской Областной Думы, государственными органами исполнительной и законодательной власти

на местах, одобрены представителями международного профессионального сообщества.

Доказательством системности авторского подхода к профилактике, служит и Образовательная программа, разработанная на основе нового научного направления «Превентологии аддикций». Эта образовательная программа позволяет подготовить специалиста (магистра) – превентолога, владеющего компетенциями современного психологического, педагогического, социального и медицинского знания. Он может работать в сфере образования и других сферах.

Рассматриваемая образовательная программа «Превентологии аддикций» была апробирована и одобрена международным профессиональным сообществом. В том числе: на международных конференциях, где были представлены Господствующие современные подходы к пониманию здоровья, отраженные в Международной классификации показателей психического здоровья для различных стран (Reducing Risks for Mental Disorders). Эта классификация была разработана Институтом медицины Национальной академии наук. США. Она содержит 20 индикаторов, большую часть которых составляют показатели социальных и психологических аспектов жизни людей. В выработанном нами научном подходе в рамках превентологии аддикций также преобладает психологический аспект сохранения психического здоровья, вносящий новое, неизвестное ранее, научное переосмысление немедицинских стратегий охраны здоровья, подготовки специалистов нового поколения социальной, психологической, педагогической профилактической практики.

Емкое содержание выработанных нами подходов, интегрированных в новое научное направление - превентологию аддикций, представляет собой многостороннее научное освещение, обоснование и трактовку механизмов и процессов, лежащих в основе регулирования профилактики аддиктивного поведения. Глобализация факторов риска вовлечения обучающихся в зависимое поведение, в первую очередь отражается на состоянии психического здоровья, что требует от мирового сообщества поиска инструментария, позволяющего

оценивать объекты профилактики аддикций («нормы» жизнедеятельности, уровень здоровья, благополучия, качества жизни) в масштабе как отдельного человека, так государства и мирового сообщества в целом. [Alcohol and Drug Prevention. - 2012]

Разработанные соискателем антиадиктивные профилактические вмешательства, были обоснованы теоретически, подтверждены на практике. Современные профилактические вмешательства направлены на ситуации раннего и отсроченного риска вовлечения подростков в зависимость, выявление причинно-следственных связей, укрепление механизмов устойчивости, риска и защиты. Применяются они, в первую очередь, в школах, на рабочих местах, в церквях и в других сообществах [Bertalanffy L., 1969; Jessor, R, 1978; Glasser, W., Maddux, J. 1983; Bandura, A., 1986; Ajzen I., 1991; Kelly G. 1991; Rothman, A.2000; West R., 2005 и др.].

Следует особо отметить, что главным положением авторских программ соискателя было постоянное поощрение психического здоровья, составившего основу общих алгоритмов профилактического вмешательства (Аршинова, 2011, 2012). Как полагают ученые многих стран, профилактика обеспечивает наличие благоприятного психологического и социального климата, уважения и защиты основных гражданских, политических, социально-экономических и культурных прав человека [Nebenfachausbildung in Verhaltenstherapie, Bricker Jonathan, 2013;; Эйлис, 1997; Ялтонский, 2003; Сирота, 2010; и др.]. Такой климат является фундаментом для поощрения психического здоровья, для обеспечения безопасности и свободы, иначе немислимо удержать высокий уровень психического здоровья.

Вынесенные на обсуждения работы дают основание полагать, что выдвинутая соискателем первая частная гипотеза, в которой говорится, что основу ведущих объектов исследований антиаддиктивной превентологии - «здоровье», «норма жизнедеятельности», «благополучие», «качество жизни» - составляет психологический феномен «устойчивости», выраженный в понятии «устойчивое развитие личности», можно считать доказанной.

Метафункциональная система индивида, координирующая равновесные состояния на психофизическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом, коммуникативном и ценностно-смысловом уровнях является логическим представлением научно доказанных результатов.

Соискатель подходил к вопросу антиаддиктивной профилактики с позиции многочисленных исследований, раскрывающих причинно-следственные семейные факторы вовлечения подростков и молодых людей в зависимое поведение. Так, лонгитюдное исследование ученых США J.S. Brook, N.S. Saag & al. (2009) выявило позитивную корреляцию курения самих родителей в подростковом возрасте с приобщением к курению их детей-подростков. В публикации нидерландских исследователей R. M.P. van Zundert, R.J.J.M. vanden Eijungen & al.(2010) утверждается, что стратегии вмешательств должны охватывать как внутри-, так и внешкольное окружение подростка. По мнению этих авторов, подход к снижению никотиновой зависимости должен быть адресным, поскольку у подростков из курящих семей сильно негативное влияние примера родителей, а курение родителей и сверстников тормозит отказ от курения в силу инверсионных механизмов и способствует развитию наркомании. По данным исследователей США Christine McCauley Ohannessian (2009), в группу повышенного риска табакокурения и наркомании попадают подростки, активно пользующиеся современными информационными технологиями – интернетом и электронной почтой. Риск повышается в ситуации неблагополучия по курению, алкоголизму и наркомании в семье. Лонгитюдное междисциплинарное исследование M.J.Prinstein & A.M. La Greca (2009) на базе университетов Майами и Северной Каролины США выявило наличие прямых ассоциативных связей депрессий детского возраста с последующим злоупотреблением табаком, наркотиками и степенью социализации в среде сверстников. Повышенный уровень депрессивности в детстве чреват повышенным уровнем подростковой депрессивности, агрессивности и вызывающего поведения и сопровождается распространением

привычки к курению табака и марихуаны в среде близких друзей-сверстников. Авторы K.L. Sterling, R. Mermelstein et al (2009) выявили две шкалы в тесте синдрома никотиновой зависимости NDSS, адаптированной для работы со школьниками, которые могут служить достоверными предикторами последующего курения

Ученые, ведущие системные исследования по табакокурению и наркомании учащихся США, признают, что до настоящего времени не найдено структурированной стратегии вмешательства, которая бы полностью освобождала молодежь от табачной зависимости [S. A. Bransteffer, K.Horn & al. 2009]. Эти авторы разработали теоретический подход, объясняющий линии совладающего поведения курящего подростка. В нем показано, каким образом сверстники, родные братья и сестры и находящиеся в романтических отношениях могут влиять на приверженность подростка (как девушки, так и юноши) курению табака и марихуаны, на результативность отказа от курения при табачной и наркотической зависимости. Основной упор авторы делают на развитие у лиц окружающих подростка доброжелательной поддержки в стремлении побороть вредную привычку и отказа учащегося от курения.

Ситуативность включала в себя оценку данных и разработку рекомендаций по профилактике зависимого поведения, опирающегося на результаты проведенного исследования. Предыдущие исследования в построении будущих трендов не использовались. Так, обработка первичных данных в апреле 2011 г., по проекту: «Профилактика курения табака в студенческой среде», число не курящих студентов, окончивших первый курса в возрасте 18–20 лет, (г. Москва) составляло - 15,02% (от всей выборки 146 студентов), активно курящих табак — 41,50% и пассивных курильщиков — 41,48%. Результативность или достижимость уровня показателей определяли путем сравнения фактически полученных результатов исследований с прогнозом при профилактическом вмешательстве в прошлом. Был проведен анализ статистических трендов (прогнозов) изменяющихся показателей. Так, в 2007 г., в этом же исследовании, сравнивали полученные показатели с их

аналогами по ESPAD. Было установлено, что в целом, в России, в 25-летнем возрасте, число курящих табак составляет — 53,7% от общей численности популяции [ESPAD, 2009].. Предложенный нами метод исследования близок к такому по ESPAD, только по одной позиции — активно курящих студентов.

В начале проведения и осуществления профилактической программы соискателя, у половины обучающихся и педагогов наблюдался активный внутренний психологический и внешний социальный заслон для открытого противостояния предикторам зависимого поведения. В последствии, у педагогов и специалистов наблюдался большой энтузиазм и желание проводить профилактическую работу, в ходе которой была установлена высокая эффективность разработанной соискателем программы, которая не уступала, а в ряде случаев, превосходила широко известные зарубежные программы, например, Гарвардской профилактической школы и Национального института наркомании и алкоголизма США, Европы, Австралии. [Botvin, G. J., Griffin, K. W., Nichols, T. R., 2006; Anthony Elizabeth K. et al, 2009;; Effective Strategies for Creating Safer Schools and Communities, 2008; NIDA InfoFacts: High School and Youth Trends, 2013, Зыков О., 2012; Ялтонский, 2011; PIPE - Partners in Parenting Education, 2013; и др.]

Показатели перспективного распределения численности педагогов и учащихся по факторам риска табакокурения и потребления наркотиков в США, опубликованные в издании Healthy People 2020 Leading Health Indicators: Progress Update. US. (2013), демонстрируют их высокую корреляцию данных от начала профилактического вмешательства с 2008 года, в настоящее время 2013 г, и в плановых цифрах на 2020 г. (см. приложение таблица 5.35.).

Результаты нашего мониторинга позволили сделать вывод о том, что профилактическая деятельность, проводимая в образовательных учреждениях города Москвы за последние 12 лет со дня принятия первой в России «Концепции противодействия злоупотреблению ПАВ в образовательной среде на 2000-2005 г», вышла на предельный уровень своих возможностей. Существующий подход к профилактике аддиктивного поведения в

образовательных учреждениях не достиг необходимых результатов (75-100% по каждому показателю) и значительно отстал от современных требований, предъявляемых к антиаддиктивной профилактической работе. [Стратегия национальной безопасности ... 2009; Волков П., 1976; Солоизес Д., Чебурсон В., Соколовский Г., 1998; Ананьев В. 2002; Шпеленя Л., 2011, Ялтонский В. 2011 и др.].

Представленные на обсуждения выводы отечественных и зарубежных ученых дают основания о доказанности гипотезы, что показатели факторов риска вовлечения подростков в химическую зависимость (табакокурение, наркоманию, алкоголизм) имеют прямую корреляцию с аналогичными факторами, выявленными у взрослых (педагогов и родителей). Причем, факторы риска развития химической зависимости у педагогов определяют уровень влияния этих факторов на подростков в образовательном учреждении.

Полученные данные дают основание представить профилактический вектор воспитания учащихся в общеобразовательной школе в плане предупреждения у них зависимого поведения, отраженного на схеме 8. Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что профилактический вектор в общеобразовательной школе еще до развития зависимого поведения у школьников направлен в сторону формирования аддикции. Наиболее значимое негативное влияние в образовательной среде оказывают факторы-катализаторы, ускоряющие формирование зависимого поведения у школьников. Эти факторы образуют не только барьеры на пути формирования современных компетенции учащихся, но и ведут к деформации и извращению различных компетенций. Полученные соискателем результаты отражают особенности формирования перечисленных компетенций. Наиболее значимым результатом исследований являются открытые соискателем факторы, определяющие условия появления зависимого поведения. Их можно оценить с помощью имеющихся у школьников показателей антиаддиктивных профилактических компетенций, отражающих перечень защитных механизмов и ведущих к формированию

достойного противостояния зависимости. Школьная среда испытывает на себе прямое влияние общества, в котором рано начинает формироваться зависимое поведение у детей и подростков. Поэтому важно отслеживать не только ситуации проявления зависимого поведения, но и те факторы-катализаторы, образно называемые «корнями», «почвой» и «питательными элементами» аддиктивного поведения, которые, по А.Г. Асмолову [2001], Л. Хьеллу, Д. Зиглеру [2005], ускоряют и являются ресурсами формирования асоциальных форм поведения, в том числе аддикций.

Одним из наиболее выраженных факторов является также «стремление уходить от ответственности в принятии важных решений». Следует отметить, что по многочисленным исследованиям, проведенным в разных странах, именно этот фактор относят к наиболее вероятным в формировании зависимого поведения [Хуторский, 2003]. В 1996 г. в докладе Международной комиссии ЮНЕСКО по образованию XXI в. под названием «Образование: сокрытое сокровище» [Human Resources Development Working Cooperation..., 2010] и в резолюции Совета Европы того же года [Доклады DESC, 1996] представлено четыре универсальных основания компетентностного подхода, на которых формируются современные компетенции образования. Первое основание — это «научиться делать дело», т.е. решать ежедневные проблемы. Второе основание — «учиться знать», т.е. держать собственное обучение в активной фазе и непрерывно познавать новое. Третье основание — «учиться быть», т.е. постоянно проявлять этическую, нравственную ответственность. Четвертое основание — «учиться жить вместе», т.е. способность уважать и работать с другими.

Полученные соискателем результаты исследований показали, что такая направленность вектора воспитания в первую очередь подрывает третье основание компетентного подхода — «учиться быть», т.е. постоянно проявлять этическую, нравственную ответственность перед близкими, окружающими, обществом и последующими поколениями. Нравственная ответственность означает внеконфликтную ответственность, которая искажается в школьной

среде достаточно часто. Рост реактивности, снижение ответственности, повышение стрессовых нагрузок у школьников, отмечают многие исследователи [Lundgren L., Brännström J., Chassler D., Wilkey C., Nordström A. – 2013].

Негативно влияет такой вектор воспитания и на четвертое основание компетентностного подхода — «учиться жить вместе» (способность уважать и работать с другими членами коллектива), выявляя такие психологические свойства учащихся, как «стремление обвинять других, зная, что они невиновны». В дальнейшем у таких ребят, по мнению Е.Н. Васильевой [Васильева, 2006], будет нарушен процесс формирования так называемой человеческой компетентности, которая понимается как социально-духовное образование, представляющее совокупность компетенций, определяющих ценностно-мотивированный, личностно-действенный характер познания другого человека и взаимодействия с ним.

Итоги формирования антиаддиктивных профилактических компетенций обсуждаются в сравнении с Национальными образовательными стандартами США в сфере здоровья (NHES - National Health Education Standards) и показатели их исполнения учащимися для разных уровней школьного образования. Показатели (индикаторы) исполнения указывают, что учащимся следует знать или быть способными сделать в рамках требований Стандартов на разных этапах обучения. Стандарты NHES впервые опубликованы в 1995 г. как дополнение к моделям стандартов других сфер образования начала 1990-х гг. В последние 10 лет NHES приняты в системе образования большинства штатов США и продолжают совершенствоваться. В Стандартах NHES сформулированы ожидания того, что учащимся следует знать и быть способными сделать к окончанию 2-го, 5-го, 8-го и выпускного 12-го классов средней школы, чтобы улучшить свое собственное здоровье, а также здоровье семьи и общества. Несмотря на то, что стандарты задают четко структурированный алгоритм последовательного информирования, инструктажа, оценки работы учащихся в сфере здоровья, в них отсутствует

разделение превентивных мер для мальчиков и девочек. Рассмотренные результаты исследований дают основание утверждать, что гипотеза «факторы риска вовлечения в наркоманию и табакокурение подростков комплементарны уровню сформированности у них антиаддиктивных профилактических компетенций» – доказана. Однако предположение, - о том, что антиаддиктивные профилактические компетенции у подростков, формирующиеся посредством антиаддиктивного профилактического вмешательства (интервенции), имеют значимые возрастные и гендерные различия - опровергнуто.

Эффективность авторского системного подхода подтверждается его преимущество уже к концу первого года внедрения. Так на каждой, вновь образуемой экспериментальной площадке, наблюдается многократный рост показателей, отражающих усиление факторов предотвращения употребления психоактивных веществ среди обучающихся. Исследованиями соискателя установлено, что возраст начала употребления среди учащихся повышался на два года и более. В то же время снижалась частота повторений употребления психологически активных веществ у лиц, имеющих опыт их употребления. За предыдущие годы эффективность рассматриваемых показателей стала сравнимой с антиаддиктивными профилактическими международными программами. [Ullrich R., et all, 1978; Feldhege, F.-J.et all, 1979; Lando, H.A., 1993; Wechsler, H., 1998; National Crime Prevention...in Australia, 1999, ADAMHA Report on Programs and Plans in Prevention, 1990; Anthony Elizabeth K. et all, 2009; Доклад о ходе реализации ...2011; mhGAP Mental Health 2008-2013; и др.].

Результаты исследования соискателя убедительно доказали недостаточность информационно-просветительских подходов в профилактике зависимого поведения у детей и подростков в системе среднего образования. Они свидетельствуют о необходимости перехода к формированию системных антиаддиктивных личностных компетенций, позволяющих преобразовывать

полученные знания в психологические навыки, поэтому так важна подготовка специалистов в области превентологии. Компетенции специалиста предлагаются обсудить на основании работы: «Addiction, Counseling, Competencies. The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice» (TAP -21 Technical Assistance Publication вышедшей в 2012с, в США. В этом руководстве раскрыты компетенции, необходимые для эффективной практики консультирования в области употребления психоактивных веществ и расстройств, связанных с их употреблением. В нем также представлены знания, навыки и умения (KSAs) , которые нужны консультанту. Обсуждение проводилось также с привлечением материалов European drug prevention quality standards 2012., аналогичным руководством, изданным для стран Европейского Союза, например, «Стандарт для консультантов по здоровью среди педагогов #9». Консультанты в рамках профилактики должны научить учащихся жизненным навыкам противостояния зависимости, как минимум, управлять стрессом уметь вовремя и качественно отдохнуть (вернуть силы), умению общаться, выстраивать и достигать цели (быть напористым), отказываться от предложений, воспользоваться психотропными веществами.

Для поиска психологических показателей эффективности проведения антиаддиктивной профилактики нами был предложен алгоритм оценки соответствующий реальными возможностям лонгитюдных, рандомизированных, продольных и поперечных исследований. Показатели эффективности по лонгитюдным рандомизированным исследованиям продемонстрировали формирующий эксперимент и потенциал антиаддиктивной профилактической образовательной программы. По данным соискателя за 11 лет проводимой авторской профилактической программы группа «чистых» детей по табакокурению возросла с 17,81% до 43,5% (увеличилась на 25,69%). В материалах Conducting Trend Analyses of YRBS Data. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) 08.2013, показаны результаты работы профилактической системы США. Исследования time research по распространённости табакокурения среди подростков 13-17 лет,

проживающих и обучающихся на территории Соединенных Штатов, выявили, что группа «чистых» подростков за 11 лет с начала антитабачной профилактики с 1991-2003 гг. возросла 29,8% до 41,6% (увеличилась на 11,8%) (см. приложение график 5.11). Таким образом, показатели эффективности антиаддиктивной профилактики, разработанной и проводимой соискателем среди старших подростков, в 2,5 раз превышают аналогичные показатели США. Оценка эффективности профилактики остается краеугольным камнем исследований в области зависимого поведения. Психологические показатели эффективности проведения антиаддиктивной профилактической работы в нашей отечественной науке остаются практически на уровне медицинских показателей, при этом в мировых исследованиях они применяются уже более полувека. [Alberti, R. 1974 Maddux, J., 1983; Schwarzer, R. 1992; Thomsen JL, Parner ET, Karlsmose B, et al., 2013; Зыков О., 2012; и др.]

Первые результаты эффективности проведения антиаддиктивной профилактической образовательной программы определялись уже через год после ее действия. По нашим оценкам в этот период происходят следующие изменения. К концу года определялось перераспределение численности подростков по группам опасности факторов риска, в сторону увеличения более чем на 26,7% численности групп с меньшим уровнем опасности факторов риска. Первые три года программы показывали большую эффективность, затем темп роста численности подростков в перераспределении снижался, при этом сохранялась тенденция роста групп с минимальным фактором вовлеченности. Это подтверждают исследования 10. Anthony Elizabeth K. (2009), AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test (2006), Hosp John L. (2008), Bricker Jonathan B (2009), De Genna Natacha (2009), Weiss Roger D. (2010) и др.

Эффективность программ измерялась также показателем обращения подростков за помощью к специалистам по проблемам зависимого поведения. При эффективных вмешательствах отмечалось, в первую очередь, повышение уровня мотивации подростков к преодолению, имеющейся табачной зависимости как наиболее социально-одобряемой. Количество обращений к

специалистам, в наших программах, увеличилась в разы. Следует отметить, что эффективность программ соискателя не уступала лучшим зарубежным образцам Langhinrichsen-Rohling Jennifer, Friend John, Powell Ashley (2009), Nusselder WJ, Looman CW, (2000), August Gerald J., Gewirtz Abigail, Realmuto George M. (2009) и др.

Был отмечен также более высокий уровень эффективности авторской программы профилактической работы с подростками, в отношении формирования антиаддиктивных профилактических компетенций, составивший 15-34% по разным компетенциям в сравнении с контрольной группой. У подростков, прошедших эффективную профилактическую программу соискателя, спустя год после ее проведения отмечалось: 1) более активное использование навыков эмоциональной само-регуляции и само-организации; 2) применение адаптивных копинг-стратегий, нацеленность на взаимовыручку, адаптивное реагирование в ситуации рискованного поведения и повышения самоконтроля; 3) выбор не конфликтных способов решения ситуативных проблем; 4) наличие специфических навыков противостояния началу потребления и отказу от предложений потребления психологически активных веществ, что не уступало аналогичным результатам улучшения эмоциональной сферы, полученных зарубежными исследователями: Carver, C. S. and Scheier, M. 1976; Ellis A. Reason, 2008; Hosp John L. A. 2008; Mason Michael J., Korpela Kalevi (2009) и др.

Наблюдаемыми паттернами поведения подростков при эффективной профилактической работе стали: повышение дисциплины, улучшение посещаемости школьных занятий, повышение интереса к учебе, что также не уступало результатам исследований: Tercyak Kenneth P., Britto Maria T., Hanna Kathleen M., Hollen Patricia J., Hudson Melissa M. (2008). Отдаленные результаты лонгитюдных исследований эффективности проведения антиаддиктивной профилактической образовательной программы определяли спустя три года от начала проведения занятий. В этот период, показатели эффективности, в первую очередь, определяли высокой степенью

формирования возрастных антиаддиктивных профилактических компетенций у обучающихся. Постепенно происходит повышение возраста дебюта потребления психоактивных веществ у учащихся, в первую очередь дебюта табакокурения. Снижается число подростков, потребляющих психологически активные вещества и объем их потребления. Следует отметить, что эффективность профилактических программ соискателя, установленная при их введении в процесс воспитания, не уступала международным разработкам: Weinstein, N. D., (1993), California Prevention, (2013), Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020 (2013) и др.

В программах продольных исследований, эффективность проведения профилактических программ (даже краткосрочных) оценивается точечным замером. В таком же формате, после проведения программы, оценивали образовательные учреждения между собой, по результатам проведения программы, применялся метод логитюдного исследования. Такой подход оправдал себя и в исследовании эффективности кратковременных профилактических образовательных программ. В этом случае наиболее показательными оказались результаты комбинированных методов самодиагностики и саморегуляции. Применялся также метод статистической дисперсии в сравнения результатов по социально одобряемым и неодобряемым вопросам тестов. Оказалось, что, чем эффективнее проведена работа, тем больше статистических различий было получено по выборке. Высокая степень различий в социально-неодобряемых ответах взрослых, также свидетельствовало о высокой эффективности проведенной работы. Наши данные о позитивных изменениях мотиваций родителей и педагогов при проведении профилактической работы в школе и семье, полученные с помощью авторской программы соискателя, четко согласуются с данными Kandel, D. (1973), Weinstein, N. D. (1993), Zundert van Rinka M.P. (2009) Kins Evie, Beyers Wim, Soenens Bart, and Vansteenkiste Maarten (2009), PIPE - Partners in Parenting Education (2013) и др.

В программах поперечных исследований с точечным замером

показателей эффективности проведения программ, становится значимым разновозрастной аспект подвергаемых профилактике (испытуемых). В этом случае необходимо иметь аналоговые возрастные методики с заранее спланированным фактором. Диагностирующие методики, имеют конгруэнтность (схожесть) встроенных в них шкал, представленных в удобной форме, для каждого возраста. Тогда эффективность показателя определяли с помощью статистической обработки методом спектрального (волнового) анализа, впервые примененным соискателем. При одномоментном исследовании можно анализировать также динамические возрастные особенности профилактического вмешательства. Целесообразность объективной оценки профилактических программ, с помощью расширенного статистического исследования, отмечают отдельные авторы. Содержатся они и в различных методических руководствах к другим программам Mrazek P.J. & Haggerty R.J. Reducing (2013), August Gerald J., Gewirtz Abigail, Realmuto George M. (2009), Effective Strategies for Creating Safer Schools and Communities (2008) и др.

Представленные результаты научных исследований дают возможность заключить, что частная гипотеза, - профилактические вмешательства, одновременно направленные на устойчивое развитие личности у подростка, улучшают другие антиаддиктивные профилактические компетенции при эффективной модели профилактики в системе общего образования, - можно считать доказанной. Формирование устойчивого развития личности подростка предваряет овладение ими копинг-стратегий, антинаркотической установки, жизнестойкости и эмоционального интеллекта - также можно считать доказанной.

Сравнительный анализ целостных программ, разработанных соискателем и признанных зарубежных программ, направленных на формирование антиаддиктивных компетенций, выявил следующие тенденции. Так, аналогично **«Программе Формирования жизненных навыков» — ФЖН [LST — Life Skills Training]**, соискатель включил в собственную профилактическую

программу, подобную ФЖН, профилактические меры, направленные против потребления психологически активных веществ и развития важных личных и социальных компетенций. В процессе работы, также, как в программах ФЖН, был проведен мониторинг, связанный не только с уменьшением внешних негативных факторов социального влияния, но и со степенью формирования компетенций, способствующих уменьшению потенциальной мотивации к употреблению психоактивных веществ, а также к увеличению общей личной и социальной компетенции к здоровому стилю жизни. У участников программы диагностировали компетенции успешности в школьном обучении, степень сформированности навыков разумного, самоконтролируемого поведения. У детей и подростков были исследованы навыки критического отношения к рекламе и сохранения собственного достоинства. В 2012/2013 учебном году проводился постоянный скрининг состояний тревоги, депрессии, были выявлены компетенции копинг-поведения. Разработанные соискателем профилактические программы, не уступающие программам ФЖН, гарантировали условия для демонстрации и моделирования поведенческих ролевых игр, обратной связи, дискуссий. После окончания профилактических программ проводилась периодическая оценка участников программы на предмет потребления психологически активных веществ. При сравнении с **«Программой для подростков»** [The Adolescent Program] было выявлено, что в разработанной соискателем авторской программе, у подростков наблюдалось формирование компетенций оказания и принятия социальной поддержки. При этом наблюдался также позитивный характер культуры сверстников, умение проявлять внимание и помощь сверстников, направленные на социализацию участников. По окончании авторской программы также проводилась периодическая диагностика на предмет потребления психологически активных веществ участниками программы. **«Правильный (умный) выбор»** [Smart Choices, официальный сайт] в которой также уделялось внимание диагностике учителей. Усовершенствованная программа отличалась от таковой в США тем, что там диагностируют на успешность противостояния внешнему социальному

давлению, а также на успешность в жизни и обучении. В авторской программе введена диагностика на приобретение профессиональных компетенций при обучении новым способам поведения учащихся в ситуации курения табака, предложений наркотиков и алкоголя. Рассмотрение образовательной программы **«От одного к другому»** [One-to-one, официальный сайт] и Программы **«Успешное антитабачное просвещение и профилактика»** [STEP — Successful Tobacco Education and Prevention, официальный сайт] способствовало введению в авторские программы проведение семинаров для учителей, на которых их обучались применению новой антитабачной информации в повседневной школьной работе.

Таким образом, проведенные соискателем работа и научные публикации, представленные для обсуждения, дают основание, что общая гипотеза исследования о том, что основу развития антиаддиктивных профилактических компетенций у подростков, составляет системное психологическое новообразование, отражающее культурно-исторические психологические особенности индивидуальной, семейной и средовой устойчивости, которая формируется у подростка в соответствии с возрастными этапами развития посредством целенаправленного взаимодействия со значимыми лицами, - доказана. Проведенные соискателем исследования позволяют сделать основные выводы.

Основные выводы

1. Исторические истоки знаний о профилактике зависимого поведения лежат в результатах психологических исследований аддикций. В первую очередь, они касаются изучения поведенческих и личностных изменений, наблюдаемые в период протекания химической зависимости (алкоголизма, наркоманий, курения табака), пагубных последствий от употребления психологически активных веществ, мотивации на отказ от их употребления, психотерапии по изменению поведения зависимых, ресоциализации выздоравливающих, причин возникновения аддикций, ремиссий и срывов в период протекания аддикций. Эти знания лежат в основе, впервые разработанного соискателем, нового направления в психологии - превентологии аддикций

2. Разносторонние научные подходы, отобранные соискателем для исследований зависимого поведения, позволили решить, проблему научной идентификации и адаптации современной русскоязычной терминологии, с учетом комплексных научных представлений об аддикции в ведущих мировых научных центрах. Классификация теорий определяет теории о зависимостях, ранних факторов возникновения зависимостей, аддиктивной мотивации и ценностно-смысловой ориентации, теории преодоления трудностей, а также теории изменения поведения и его эффективности поведения, явились обоснованием авторской антиаддиктивной превентологии или превентологии аддикций.

3. Объединение психологических и других гуманитарных, медико-биологических и социальных научных знаний в превентологии аддикций позволяет выстроить профилактическое вмешательство в виде программы профилактики, направленные, в первую очередь, на формирование психического здоровья учащихся каждого возрастного периода. Предложенные соискателем систематизация антиаддиктивных профилактических теорий и научных подходов, позволяет разрабатывать модели профилактики с четко

прогнозируемыми критериями.

4. Одним из основных объектов изучения превентологии является устойчивость, как феномен функционирования психологического процесса. Исследования устойчивости в психологии находятся на стыке культурно-исторического, системного и компетентностного подходов, позволили соискателю обосновать концептуальные положения «устойчивого развития личности», как транспсихологической, метафункциональной системы, выстраивающей интеграцию, цикличность и возобновление психических процессов от психофизиологического до экзистенциального уровня. Последовательность проявлений состояний динамической стабильности психических процессов неслучайны, они интегрированы в одно целое, образуют систему, которая подчиняется синергетическим принципам и управляется единым функциональным центром, зеркально отображающим возрастную зрелость личности.

5. Посредством подходов антиаддиктивной превентологии, впервые доказано, что среди факторов риска вовлечения старших подростков в наркоманию и курение табака, существуют четыре уровня опасности: минимальный, средний, высокий и вовлечение в аддикцию. Уровни опасности обусловлены условиями обучения и семейными различиями, при этом они практически не выявляют гендерных и возрастных (по годам) значимых различий. Становление антиаддиктивных профилактических компетенций, среди учащихся 9-11 классов, подросткового возраста, оказалось слабее их интереса к наркотикам и деструктивным социальным установкам, что вызывало максимальное негативное влияние, обусловленное высоким риском изменения поведения. Наиболее значимыми, для погружения в курение табака среди подростков 14-15 лет, являются взрослые, родители и педагоги. Педагоги активно вовлекаются в табачную зависимость и злоупотребление алкоголем еще в период обучения в высшем учебном заведении, двукратно увеличивая к третьему курсу свой опыт курения табака и употребления алкоголя. Наиболее развиты у старших подростков «копинг-стратегии» поведения, они способны

преодолевать стрессовые ситуации (81,97%). Затем в ранге сформированности у подростков стоит показатель устойчивого развития личности (64,32%), антинаркотическая установка (52,71%), жизнестойкость (42,46%) и эмоциональный интеллект (38,93%).

6. Антиаддиктивные профилактические компетенции отнесены, соискателем к наиболее важным объектам изучения превентологии аддикций. Эмпирические исследования показали, что антиаддиктивные профилактические компетенции у старших подростков, имели избирательную, точечную значимость количественных различий: по возрасту (годы), полу, образовательным учреждениям и видам образования. При этом компетенции, сформированные в семье, практически не имели должного профилактического влияния в школе. Рассмотренные антиаддиктивные профилактические компетенции, сгруппированные по уровням опасности фактора вовлечения подростков в наркотическую и табачную зависимость, имели значимые различия. Так, показатели общих копинг-стратегий у школьников оказались на 17,53% выше, чем у студентов колледжей. Доминирование устойчивого развития личности и антинаркотической установки свидетельствовал об их согласованности и предопределенности у старших подростков, при значимом влиянии на другие антиаддиктивные профилактические компетенции: копинг, жизнестойкость, эмоциональный интеллект. При этом, низкий уровень жизнестойкости и эмоционального интеллекта наблюдался у подростков старшего возраста.

7. Лонгитюдные исследования, связанные с разработкой превентологии аддикций, были осуществлены соискателем на базе образовательных учреждений. Полученные результаты свидетельствовали о существенном снижении факторов риска вовлечения обучаемых в химическую зависимость. Отмечено, что отсутствие вовлечения детей в зависимость наблюдалось в тех учреждениях, где проводили эксперименты. Прежде всего, это было связано с существенным усилением у детей устойчивого развития личности, антинаркотической установки и копинга. Внедрение более эффективных

прототипов профилактических программы, оказало позитивное влияние не только на семьи и родителей обучаемых, но и на повышение профессионализма педагогов экспериментальной школы. Лонгитюдными исследованиями установлено высокую эффективность, разработанных соискателем программ, обеспечивших долгосрочный антиаддиктивный профилактический эффект. Метод волновой статистики, впервые использованный соискателем, позволил выявить неизвестные ранее, динамические модели профилактического пространства, а также неравномерное изменение факторов риска вовлечения подростков в табачную и наркотическую зависимость и, впоследствии, противостоять этому.

8. Высокая положительная корреляция между показателями уровня антиаддиктивных профилактических ресурсов образовательных учреждений и показателями рейтинга качества образования этих учреждений доказал, что системная антиаддиктивная профилактика является значимым сегментом качества образования. Рейтинг образовательных учреждений в области зависимого поведения, выстроенный на индексах токсичности по агентам химической зависимости (табаку, наркотикам, алкоголю) и индекс защищенности образовательного учреждения от факторов риска вовлечения в химическую зависимость, позволяет принимать своевременные и адекватные ситуациям меры профилактического вмешательства.

9. Исследованиями установлен высокий потенциал антиаддиктивной превентологии в системе общего образования, связанный с, впервые разработанными соискателем, прототипами образовательных программ профессиональной подготовки специалистов по превентологии. Эффективность этих программ, в системе общего образования, была обусловлена высоким научным и практическим потенциалом авторской антиаддиктивной превентологии, методы, которой позволяют выявлять качество формирования антиаддиктивных профилактических компетенций обучаемых и уровни опасности факторов риска вовлечения их в зависимое поведение.

Заключение

Итоги 20-летних исследований, направленных на противостояние химической, нехимической и промежуточным формам зависимости, а также на новые объекты зависимости, еще не получавшие обоснования, позволили соискателю разработать основы нового научного направления – «превентологии зависимого поведения» или «антиаддиктивной превентологии». Накопление научных знаний о зависимом поведении с конца 19 –го и начала 20 века, позволило впервые раскрыть механизм алкоголизма. Экономический кризис 1857 г., первая великая депрессия 1929 г., а затем Первая мировая войны, охватившая Европу и Северную Америку, обусловили бурный рост алкоголизма во многих странах мира, в том числе и в России. В это время силу, набирает психологическая наука. С одной стороны она подавала надежду на «победу» над алкоголизмом, а с другой - описывала алкоголизм как явление. Второй всплеск накопления знаний в области зависимого поведения наблюдался в 50-е годы прошлого столетия, ознаменовавшегося второй великой депрессией, возникшей после Второй мировой войны, которая породила невиданную волну алкоголизма и гигантский рост наркомании в мире. Активный поиск психологической и медицинской науки по выходу из создавшегося положения, способствовал развитию новых областей психологии личности: возрастной и педагогической психологии, клинической, культурологической и социальной психологии, многочисленных теорий о наркотической и алкогольной зависимости. Во многих странах мира ученые переосмысливают психологические, психотерапевтические и психиатрические направления науки, склоняясь в сторону системной парадигмы противостояния зависимому поведению. Начиная с 60-х годов, в психотерапевтической практике начинается доминирование лечения с последующим выздоровление аддиктов. Аддикцию начинают рассматривать с позиций медицинской парадигмы. Особенно популярной становится теория зависимости, рассматривающая ее как биологическую, психологическую и социальную

болезнь. На третьем этапе развития психологии в области зависимости, появляются разработки предупреждающего, то есть профилактического характера. Профилактическое антиаддиктивное направление, зародилось в США и странах Западной Европы в 60-е годы и, особенно активно, стало расширяться в 70-е годы прошлого века, под влиянием психотерапевтических школ по лечению зависимых лиц. В этот период внедряются первые профилактические программы, осуществляемые зарубежными образовательными учреждениями. Параллельное становление компетентного подхода к аддикциям в сфере высшего и среднего образования, в 80-90 годы прошлого столетия, позволило зарубежным исследователям трактовать берегающие здоровье поведенческие паттерны и навыки в терминах профилактических компетенций. Отечественная научная школа в области зависимого поведения, развивалась в истории Российской Империи, в соответствии с общемировым трендом. После революции 17-го года, прошлого столетия, решением проблем алкоголизма и наркомании занимался партийный и народный контроль и министерство внутренних дел. Лечение аддиктов чаще всего рассматривалось с запретительных, морально-этических позиций. В середине 60-х годов, решение проблем в области зависимого поведения было поручено отечественной наркологии и только с начала 90-х годов, получила развитие отечественная психологическая наука и практика. Поэтому, вплоть до настоящего времени, в зарубежной и отечественной науке, превентивные теории в области зависимого поведения, развиваются самостоятельно, объединяясь лишь по областям знаний.

Разработанное соискателем новое научное направление - антиаддиктивная превентология, в настоящее время, может описать внутридисциплинарные научные связи и объединить междисциплинарные научные парадигмы психологических, социально-педагогических, социальных, культурных, медико-биологических и других наук. Разработанное соискателем научное направление позволяет уже сейчас решать конкретные исследовательские и практические задачи в области зависимого поведения. В

нем описаны объекты и предметы, структурированы теоретические и методологические подходы по разработке проблем предотвращения зависимого поведения. Обоснован также новый научный терминологический ряд, в котором широко представлены такие новые термины как «антиаддиктивная профилактика», «антиаддиктивное профилактическое пространство и вмешательство», «превентология зависимого поведения», «системная профилактика зависимого поведения», «превентолог» и многие, многие другие.

Решая парадоксальные задачи раскрытия многофакторных феноменов личностных новообразований, предупреждающих зависимость у здорового, не страдающего вредными привычками субъекта, соискателем был разработан оригинальный подход, который нашел отражение в авторской теории «устойчивого развития личности». Теория эта описывает четырех уровневую структуру метафункциональной системы динамической стабильности личности, раскрывает психофизические, эмоциональные, когнитивные, поведенческие, социальные и духовно-нравственные аналоги ее функционирования и поэтапного формирования антиаддиктивных особенностей жизнедеятельности индивида. Найденные соискателем особенности скомпонованы, в так называемые, «антиаддиктивные профилактические компетенции». Авторская теория позволила объединить системный и компетентностный подход, и определить главную миссию антиаддиктивной профилактики, как построение условий для формирования устойчивого развития личности. При этом, одним из главных направлений превентивной работы становится расширение у обучающегося личностного антиаддиктивного профилактического пространства, в котором формируется устойчивые характеристики его личности. В системе общего образования это достигается путем создания в учреждениях атмосферы психолого-социальной поддержки, формирующей у обучающихся, навыков удержания и выстраивания перспективы циклических процессов эмоционального, когнитивного, социального и культурного плана. Основные проявления сформированных антиаддиктивных компетенций выступают при этом, через эмоциональный

интеллект, адекватную самооценку и поддержание чувства собственного достоинства, жизнестойкости, копинг-стратегии и других компетенций. Активное усвоение учащимися антиаддиктивных навыков и умений обеспечивает им эмоциональную, психологическую, социальную и духовно-нравственную устойчивость. На практике это достигается позитивным конструированием взаимодействия: психолог-учащийся-педагог, учащийся-учащийся и педагог-родитель-психолог. К профилактическим компетенциям относится демонстрация учащимися, педагогами, специалистами образования и руководителями образования активного противостояния потреблению психоактивных веществ.

Математическое описание феномена «устойчивости», позволило соискателю разработать собственный оригинальный метод определения коэффициентов и формул для расчета длительности психологического реагирования человека на различные стимулы, раздражители, трудности, стрессы и кризисы. В дальнейшем, найденные соискателем коэффициенты и формулы расчетов, были положены в основу статистического анализа качества профилактических компетенций и моделирования степени опасности факторов вовлечения учащихся в курение табака, наркоманию и алкоголизм. Исследование соискателя по «устойчивости», стало главной основой для прогнозирования уровня антиаддиктивной профилактической деятельности. При этом, найденные комплексные показатели позволили, взамен проведения широкомасштабных и высоко затратных мониторингов, выстраивать рейтинги образовательных учреждений по степени токсичности их среды и уровню защищенности от ранних факторов вовлечения обучающихся в химическую зависимость. Все вышеизложенное, дает надежду на признание, столь необходимого сегодня в решении острейших проблем роста зависимого поведения среди подрастающего поколения нашей страны, нового научного направления – антиаддиктивной превентологии.

Литература

- Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М. - 1991
- Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. - М., 1999.
- Ананьев В.А. Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения.// под ред. В.А. Ананьев СПб. – 2002
- Ананьев В.А., Малыгина Я.В., Васильев М.А. Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения. – СПб. – 2003
- Аникин С.С. Педагогика информационного пространства: информационное пространство учебного заведения как условие профилактики наркотизма учащихся: монография / С.С. Аникин; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.Г. Астафьева. - Красноярск, 2007
- Аникин С.С. Педагогика информационного пространства: Информационное пространство учебного заведения как условие профилактики наркотизма учащихся. КрГПУ. В.П. Астафьева. Красноярск – 2007
- Антонов А.И. Микросоциология семьи. Методология исследования. М., 2005
- Антонов А.И. Социология семьи. Под ред. проф. А.И. Антонова. - М. ИНФРА-М, 2007
- Анциферова Л. И. Психология формирования и развития личности // Психология личности: хрестоматия по психологии / сост. Л. В. Куликов. - Санкт-Петербург, 2000. - С. 207-213
- Аракелов Г.Г., Аршинова В.В., Жданова Г.Е. Стресс-факторы, влияющие на формирование психосоциальной устойчивости личности в период студенчества / // Психологическая наука и образование (Проблемы психологии профессионального образования) // МГППУ, ПИ РАО. - 2008. - № 2. С. 52-60
- Аракелов Г.Г., Аршинова В.В., Жданова Г.Е., Тарлыкова С. Метод объективного анализа стресс-факторов в студенческой среде высшей школы // // Научное обозрение: гуманитарные науки. – 2012. - №5. – С. 134-142

- Аршинов В.И., Усманов М.Ю. Идеи синергетики и теория воспитательных систем // Моделирование воспитательных систем: теория практика / Под ред. Л.И. Новиковой, Н.Л. Селивановой. - М., 1995 - С.13-25
- Аршинова В.В. Барцалкина В.В., Борисов Е.П., Дмитриева Н.Г., Флорова Н.Б. Границы субъективного антитабачного профилактического пространства подростков старшей возрастной группы [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование: Электронное специализированное научно-практическое периодическое издание (Psyedu.ru). Режим доступа: <http://psyedu.ru/journal/2011/2/2123.phtml> - М. – МГППУ. – 2011. - № 2
- Аршинова В.В. Барцалкина В.В., Глазкова О.В. Основы мониторинга в области профилактики аддикций // Психологическая наука и образование: Электронное специализированное научно-практическое периодическое издание (Psyedu.ru). - МГППУ. - М. – 2012. - №4
- Аршинова В.В. Модель системы, ответственной за качество профилактики аддиктивного поведения в сфере образования [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование: Электронное специализированное научно-практическое периодическое издание Psyedu.ru Режим доступа: <http://psyedu.ru/journal/2011/4/2554.phtml> - М. – МГППУ. – 2011. - № 4
- Аршинова В.В. Немедицинская профилактика зависимого поведения. // Российский научный журнал. - 2012. - №4. С. 134-140
- Аршинова В.В. Образовательные ресурсы профилактики табакокурения подростков 13-15 лет. // Н.Б. Флорова, В.В. Аршинова //Российский научный журнал. – 2012. - №6. – С. 221-228
- Аршинова В.В. Особенности формирования антинаркотической установки у подростков в условиях общеобразовательных школ // Мир образования – в мире образования // РАО, МПСИ. - 2007. - №2. С. 136-145
- Аршинова В.В. Профилактические компетентности учащихся в области зависимого поведения. // Российский научный журнал. - 2012. - №3. – С. 123-130
- Аршинова В.В. Психологический аспект антинаркотической установки. // Научное обозрение: гуманитарные науки. – 2012. - №5. - С. 143-154

- Аршинова В.В. Системная профилактика зависимого поведения // Российский научный журнал. - 2012. - №6. – С. 165-173.
- Аршинова В.В. Системная профилактика зависимого поведения. -М.- 2012
- Аршинова В.В. Ситуация табакокурения в студенческой среде.// Российский научный журнал. - 2012. - №3. - С. 116-122
- Аршинова В.В. Строева Н.В., Рындина М.В., Кузнецова Н.В. Профилактический вектор воспитания в городской общеобразовательной школе // Российский научный журнал. – 2012. - №4. - С. 141-147.
- Аршинова В.В. Флорова Н.Б. Международный опыт профилактики зависимого поведения учащихся (аналитический обзор) // Монография. Научное издание. Методическое руководство к учебному курсу «Превентология» // Серия научных монографий и методических пособий по курсу «Превентология». – МГППУ. – М. - 2011
- Аршинова В.В. Флорова Н.Б. Профилактика аддиктивного поведения: Структуры проблемы и аппарат реализации. // Монография. Научное издание. Методическое руководство к учебному курсу «Превентология» // Серия научных монографий и методических пособий по курсу «Превентология». - МГППУ.- М. – 2011
- Аршинова В.В., Кружалин В.И. Влияние рейтингов мировых университетов на развитие высшего образования. // Проблемы модернизации высшего образования в России. Глава 5 //Под.ред. В.П. Колесова, П.Н. Ломанова. - М. - 2010 – С. - 108-138.
- Аршинова В.В.. Флорова Н.Б., Никитина С.В. Особенности научных знаний об аддикции // Российский научный журнал. – 2012. - №5. – С. 104-113
- Аршинова, В.В. Концепция «Становление в сфере образования системы профилактики аддиктивного поведения детей и молодежи города Москвы» (научно-информационное издание) / Под. ред. В.В. Аршинова, В.В. Барцалкина / Серия научных монографий и методических пособий Превентология и аддиктология – теория и практика» // Разработчики В.В. Аршинова, В.В. Барцалкина Н.Б Флорова, Н.Г. Дмитриева, Т.В. Коваль, А.Д. Штульман. - МГППУ.- М. – 2011
- Аршинова, В.В. Мониторинг профилактики аддикций. ИПП - М. - 2012

- Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М., 2001
- Асмолов А.Г., Ковальчук М.А. О соотношения понятия установки в общей и социальной психологии. - М., 1977.
- Бандура А. Теория социального научения. - СПб. -1999
- Барабанщиков В.А. Системная организация и развитие психики // Психологический журнал. 2003. № 1. С. 29–46
- Бахадова Е.В. Неблагополучная семья как фактор формирования девиантного поведения детей. Вопросы психологии № 1, 2009, с. 37-51
- Безопасность образовательной среды // Под ред. В.В. Барцалкина Н.Б Флорова, В.В. Аршинова.// Коллективная монография. МГППУ.- М. – 2013
- Бек, А., Раш, А., Шо, Б., Эмери, Г. Когнитивная терапия депрессии. М.: 2003
- Березанская Н.Б. Альтруизм, помощь и творчество в ситуации принятия решений в экстремальных жизненных ситуациях. Материалы Московского Международного Синергетического Форума - М., 2000.
- Березин С.В., Лисецкий К.С. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании.- Самара: - 2002.
- Беритов И.С. Основные формы нервной и психонервной деятельности. - М. - 1998
- Бехтерев В.М.. [1954]Избранные произведения, статьи и доклады. - М. – 2010
- Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости: Как перестать контролировать других и начать заботиться о себе. – М. – 1997
- Блауберг И.В. Проблема целостности и системный подход. - М. – 1999
- Бовина Б.И. Социальная психология здоровья и болезни. - М. – 2007
- Большой психологический словарь.//под общ. ред. Б.Г.Мещерякова и В.П. Зинченко.- М., 2003
- Боулби Дж. Привязанность: Пер. с англ. М. – 2003
- Братусь Б.С. Аномалии личности. М. – 1998
- Брехман И.И. Валеология — наука о здоровье. М. – 1990
- Буданов В.Г. Методологические принципы синергетики//Новое в синергетики/Под ред Г.Г. Малинецкого. - М., 2006. С.312-322

- Будинайте Г.Л., Корнилова Т.В. Личностные ценности и личностные предпочтения субъекта // Вопросы психологии. 2003, № 5, С.43-51
- Васильева Е.Н. Человековедческая компетентность как стратегема социокультурного образования XXI века/Вестник ТГУ, - 2006, № 6, С.133-137
- Василюк Ф.Е. От психологической практики - к психологической теории. // Московский психотерапевтический журнал. - 1992. № 1. С. 15-32
- Вербицкая А. Великие тайны и загадки Средневековья. - М. - 2011
- Власов В.В. Методология создания профилактических технологий. Сообщение №1 // [Профилактическая медицина \(Профилактика заболеваний и укрепление здоровья\)](#) 2006, № 5
- Власов В.В. Скрининг профилактических показателей //Журнал Главный врач, 2003, № 2. - С.23-35
- Волков П.П. Системный подход и психиатрия. // Под ред. П.П. Волкова./ Минск – 1976
- Вольпе И. Практика поведенческой терапии. Перевод "The Practice of Behavior Therapy" (1969). – [М., Наука, 1969] М. -2008.
- Восстрокнутов. Н.В. Аналитический обзор по проблемам дезадаптации несовершеннолетних, отклоняющегося поведения. Первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. М., 2002
- Выготский Л.С. История развития высших психических функций //Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. М.-2000, С. 6-40
- Выготский Л.С. Развитие житейских и научных понятий в школьном возрасте. Стенограмма доклада на заседании Научно-методического Совета Ленинградского педологического института 20 мая 1933 г. ". Сборник трудов Выготского Л.С. Умственное развитие детей в процессе обучения. М. 2005 с.98-115 [Источник: <http://psychlib.ru/mgppu/VUR/VUR-0961.htm>]
- Гальперин П.Я. Лекции по психологии. - М. – 2005
- Ганзен В.А. Сущность и возможности системного подхода - М. – 1986
- Ганушкин П.Б. Избранные труды.- М. – 1964

- Гишинский Я.И., Афанасьев В.С. Социология девиантного поведения СПб. - 1993
- Гиль С.С., Осинцева С.А. Теоретические и прикладные основы создания системы социально-педагогической поддержки молодежных инициатив на муниципальном уровне. - М. – 2003
- Гиппократ. Об употреблении жидкостей. Избранные сочинения, Т.2. /под ред. Проф. В.И. Руднева/ М. 1936
- Глобальные изменения в обществе обуславливают качественные изменения самого человека - интервью с Д.И. Фельдштейном. Журнал: Психологическая наука и образование, 2009 – № 3
- Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб. – 2002
- Даренский И.Д. Психотерапия в наркологии. -2010
- Джеффри К., Зейг В., Мьюнион М. - Психотерапия – что это? М.: 2004
- Дивицина Н.Ф. Семьяведение. М., 2006
- Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М. 1979
- Дмитриева Т.Б., Александровский Ю.А. Выдающиеся психиатры России (история и современность). М. – 2007
- Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Протокол заседания № 32. Название на сайте. Режим доступа: http://www.oncology.ru/service/national_program/program/2010/report_pgg_2009.pdf - свободный. (просмотрено 11.04.2011)
- Доллард Д., Миллер Н. Психотерапия в рамках теории научения //
- Ениколопов С. Н. Психология зла // Психологические исследования духовно-нравственных проблем / Под ред. Журавлев А. Л., Юревич А. В. М. 2011. — С. 308—335
- Жан Пиаже. теория, эксперименты, дискуссия / Под ред. Л. Ф. Обуховой и Г. В. Бурменской. — Изд. Академика, 2001
- Жиляев А.Г., Палачева Т.И., А.Т. Кулагин. Формирование жизненных ценностей и развитие поведенческих навыков у учащихся средней школы. Казань. – 2002

- Зайнетдинов Р.И. Тарасенко В.В. Фрактальные модели описания случайных процессов. // Материалы Московского Международного Синергетического Форума. М. 2000, -с.132-134
- Заключение Счетной палаты Российской Федерации на проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов»// Протокол от 12 сентября 2008 г. № 34К (611).- М., 2008
- Запорожец, А.В. Условия и движущие причины психического развития / Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии /под ред. И.И. Ильясова, Б.Я. Ляудис. – М.: МГУ, 1981. – С. 7–10
- Казаков Л.Х., Колесов Д.В. Любопытство – инстинкт как одна из важных причин вовлечения несовершеннолетних в употребление наркотиков // Предупреждение вредных привычек у школьников. - М.:, 1990
- Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. — Ниж. Нов. - 2001
- Кендел Д. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. СПб. – 1996
- Кессиди Ф.Х. Гераклит. – М. 1982.
- Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М. – 1983
- Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. С. 187-195
- Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. // Под ред. Г.Н. Тростанецкой. - М., 2000
- Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. – СПб. – 2009
- Корсаков С.С. Избранные произведения. - М., 1954
- Котельникова Л.А. Значение «ролевой установки» в психотерапии подростковых наркоманий. // Психологическая газета. 1998. №7
- Кошкина Е.А. Мониторинг ситуации, связанной со злоупотреблением наркотиками. ННЦР., М.– 2001-2013
- Аршинова В.В., Кружалин В.И. Академическая мобильность в мультикультурном мире // //Образование от М.В. Ломоносова до наших дней. – М. - 2012. - С. 132-141

- Валькова В.В., Кружалин В.И., Аршинова В.В., Рындина М.В., Кузнецова Н.В. Ломоносов и современное образование // Образование от М.В. Ломоносова до наших дней – М. - 2012. - С. 7-19
- Попов Л.В., Кружалин В.И., Аршинова В.В., Чаплыгина А.А. Рейтинги мировых университетов как инструмент управления качеством образования. // Alma Mater Вестник высшей школы.- 2010.- №6, С. 9 – 18
- Чаплыгин А.Г., Кружалин В.И., Аршинова В.В., Рындина М.В., Влияние глобальных рейтингов на развитие национальных образовательных систем // Alma Mater Вестник высшей школы.- 2013.- №2, С. 7 – 13
- Крюкова Т.Л. Методология исследования и адаптация опросника диагностики совладающего (копинг) поведения. Психологическая диагностика. 2005. № 2. С. 65-71
- Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб., 2006
- Куликов Л.В. Психогигиена личности. Учебное пособие. - С-Пб., 2004.
- Лазарус А.А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. Пер. с англ. Е.В. Курдюковой. — М., 2000
- Ласло Гараи . Диада Выготского и четвериада Рубинштейна./Интервью с профессором Ласло Гараи// Журнал «Вопросы философии» 17.01.2011
Электронный ресурс. Доступ свободный: http://vphil.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=237&Itemid=52 (Scan 11.03.2014)
- Леонова А.Б., Чернышева О.Н. Психология труда и организационная психология. М., 1995
- Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность – М. – 2002
- Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. – М. – 2006
- Личко А.Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков. - Л., 1985
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. – Л. – 1991
- Ломов Б.Ф. Системность в психологии. М.–Воронеж, - 1996
- Лотман Ю.М. Семиосфера. – СПб. – 2004
- Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3 – 22
- Мадди С. Теории личности. М. – 2003

- Майерс Д. Социальная психология. СПб. – 2000
- Маликова Т.В., Михайлов Л.А. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях. М. – 2004
- Малыгин В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника. Диагностика, профилактика. М. – 2010
- Меннингер К.А. (1963) Жизненный баланс - 2013
- Маслоу А.Г. Мотивация и личность. – 1999
- Мейлахс П. Медицинская и криминальная модель наркомании. <http://www.narcom.ru/ideas/socio/115.html> (Scan 11.03.2014)
- Менделевич В.П. Психиатрия и наркология /Под. Ред. В.П. Менделевича. - М. – 2005
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 2001
- Михальченко К. А. Развитие личности в период взрослости в концепциях А. Маслоу, Э. Эриксона и К. / К. А. Михальченко // Психология в России и за рубежом: материалы междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г.). — СПб.: Реноме, 2011. — С. 5-11
- Москаленко В.Д. Когда любви слишком много: Профилактика любовной зависимости.– М. – 2010
- Мотрошилова Н. В. Принципы и противоречия феноменологической философии, М. – 2001
- Мюррей М. Узник иной войны. Удивительный путь исцеления детской травмы. – М.:HRI Press, 2004
- Нартова-Бочавер С.К. Копинг-поведение в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. - № 4 С.13-24
- Некрасов В.А. Концепции организации психиатрической службы, реализованные в России дореволюционного периода . Медицинская психология, психиатрия, психотерапия 2012. - № 2 (43) - С.106-109
- Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования - СПб: Издательство "Питер", 2000. - с. 288-307 С. 60-82.
- Никитина Н., Бодина Н. Психолого-педагогическая поддержка социального здоровья детей. Методические рекомендации работников учреждения

- дополнительного образования. Социальная педагогика в России. № 1. 2009, с. 56-64
- Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб. – 2003
- Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология.//Учебник - М., 2003
- Основные положения Доклада Международной комиссии по образованию для XXI века ЮНЕСКО - 2007
- Павлов И.П. [1951] Ответ физиолога психологам. - поли. собр. соч., т, III, кн. 2. - М., 1994
- Пелипас В.Е., Соломоницина И.О. Зарубежная антинаркотическая политика. // Вопросы наркологии. 1998. № 2. С. 17-29
- Первичная профилактика. Классные часы и беседы по профилактике наркозависимости.//Под ред. Аршиновой В.В.- М.: 2003 (2004, 2005, 2006, 2007, 2008)
- Пиаже Ж. Генетическая эпистемология. — СПб.: Питер, 2004.
- Питирим Митрополит. Тело, душа, совесть: Учение о человеке в христианской традиции и современное общество//Малая церковь - М. - 1992
- Попов Л.В., Аршинова В.В., Валькова В.В., Кузнецова Н.В. История формирования государственных стандартов российской системы высшего образования // // Образование от М.В. Ломоносова до наших дней – М. - 2012. - С. 19.-23
- Пособие для медицинских работников по консультированию пациентов для отказа от курения. М. – 2010
- Прибрам К. Языки мозга: экспериментальные парадоксы и принципы нейропсихологии. М. - 1975
- Пригожин И. От существующего к возникающему. Время и сложность в физических науках. - М., 2012
- Профилактика патологических форм зависимого поведения.//В 3-х томах. / Под общей редакцией О.В.Зыкова.//Том I. Позитивное большинство: технологии влияния на личный выбор (первичная профилактика). – М, 2010
- Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в педагогической деятельности. // Психологический журнал. Т. 17. № 3, 1999. С.45-52

- Психологический словарь //Под общей ред. Петровского А.В. и Ярошевского М.Г. -М., 1990
- Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельчинок. – М. – 2005
- Реабилитационные программы./ Под общей редакцией О.В. Зыкова./ М. – 2012
- Реализация принципов ДМ: Экспериментальные исследования. Рандомизированные контролируемые испытания.// Российско-шведский проект «Инфекционный контроль ЛПУ СЗФО»// Кафедра эпидемиологии СПбГМА им. И.И. Мечникова и Шведским институтом инфекционного контроля. Электронный ресурс. Доступ свободный (просмотрено 12.07.2014)
- Розин В. М. Культурология. М. - 2003
- Ромек В. Г. Психотерапия неуверенности в себе // Вопросы ментальной медицины и экологии. Т. 6. № 2. 2000. С. 83-84
- Росс Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация. Уроки социальной психологии - М. – 2000
- Рохлин Л.Л. В.Х. Кандинский как психолог//Журнал невропатологии и психиатрии, 1972, №4, С.54-61
- Рубинштейн С.Л. Очерки. Воспоминания. Материалы. – М. – 1989
- Сборник полезных методических и информационных материалов для специалистов, работающих с подростками и молодежью в области профилактики ВИЧ, СПИД и наркозависимости и ИПП//НГОО «Гуманитарный проект» при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Департамента Международного развития Великобритании в рамках Программы Партнерство в некоммерческом секторе. Новосибирск, - 2002.
- Сергиенко Е.А. Субъект развития, субъект деятельности, субъект жизни: регуляция поведения // Субъект и личность в психологии саморегуляции / под. ред. В.И. Моросановой. М. 2007. С. 256–273
- Сердюк А.А. Обзор зарубежных наркотических программ. - М., 2003
- Сибгатуллин Т.В. Исследование вопросов антинаркотического воспитания.//Материалы Казанского Государственного Университета 1995-2003. - Казань. 2003

- Сидоров П.И. Наркологическая превентология: от медицинской профилактики мультидисциплинарной превенции.// Наркология. 2004. № 1.С.48-51
- Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. М. 2006
- Сидоров П.И. Преподавание наркологии и антиалкогольное воспитание студентов – медиков//Здравоохранение РФ. - 1990, №9, С.25-30
- Симонов В. К. Теория эмоций АН СССР. М: 2002
- Сирота Н.А. Профилактика наркоманий и духовность человека. - М., 2002
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Современные подходы к профилактике зависимости от наркотических средств и психотропных веществ (Медико-психологические аспекты) – М. – 2010
- Скиннер Б. Что такое бихевиоризм?– М. - 1999
- Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей.//Вопросы психологии, 2001, №4, с. 96 -112
- Собчак Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб. – 2009
- Совет Европы: Симпозиум по теме «Ключевые компетенции для Европы»: Док. DECS / SC / Sec. (96) 43. Берн, - 1996
- Соколов Е.Н. Восприятие и условный рефлекс: новый взгляд.- М., 2003.
- Солоизес Д., Чебурсон В., Соколовский Г. Общество и наркотики. М: 1998
- Сперанская О.И. Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии: Руководство для врачей. - М. – 2011
- Спрангер Б. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопросы наркологии. – 1993. - №3. С.48-59.
- Степин В.С. Динамика научного знания как процесс самоорганизации. //Самоорганизация и наука: опыт философского осмысления. М. 1994 С.5-18
- Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. - М. – 2007
- Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года от 12 мая 2009 г. Раздел 1. п. 6 № 537 Электронный ресурс официального сайта Совета Безопасности Российской Федерации Доступ свободный <http://www.scrf.gov.ru/documents/99.html>

- Тейлор Э.Б. Антропология (Введение к изучению человека и цивилизации). М. - 2010
- Техники консультирования и психотерапии /Под ред. У.С. Сахакина. - М., 2000. - С.303 - 349
- Толмен Э.Ч. Бихевиоризм и необихевиоризм./ Хрестоматия по истории психологии. Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. - М.-1980, - С. 17-78
- Торидайк Э. Бихевиоризм. – М. – 1998
- Тоффлер А. Футурошок. – СПб. – 1997
- Тугушев Р.Х. Системный подход в экспериментально-прикладной психодиагностике характеристик субъекта профессиональной деятельности// Автореферат на соискание др.психол.н.- М., 2001
- Тхостов А. Ш. Психологические аспекты зависимостей. / Под ред. А.Ш. Тхостова, С. П. Елшанского. – М. – 2005
- Узнадзе Д.Н. Основные положения теории установки. - М.- 1961
- Ульянкина Т.Н. История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании // Респ. сборник научных трудов «Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Наркомании и токсикомании» / Под ред. И.Н. Пятницкой. М.,1997
- Уотсон Дж. Психология с точки зрения бихевиориста / Хрестоматия по истории психологии. Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. - М., Изд-во МГУ, 1980, с. 17-18
- Усанова О.Н., Аршинова В.В. Система профилактики табакокурения в студенческой среде. Блок 2. Профилактический ситуационный центр.// Монография. Научное издание. Методическое руководство// Серия: библиотека профилактических психолого-педагогических и социальных технологий. - М., 2010
- Услуги по охране психического здоровья не соответствуют потребностям и нуждаются в реформировании. Доклад ВОЗ. Копенгаген и Чешме, Измир, 19 сентября 2013 г. Шестьдесят третья сессия Европейского регионального комитета ВОЗ. http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance_/regional-committee-for-europe/sixty-third-session (Scan 11.03.2014)

- Ушакова Д.Н. Большой толковый словарь современного русского языка. М. - 2008
- Фельдштейн Д.И. Психология взросления: структура, содержание, характеристики процесса развития личности. – М. – 1999
- Филиппова Т.А. Управленческая модель организационной деятельности общеобразовательного учреждения по профилактике химической зависимости.- Курган. – 2002
- Клочкова Е.В. Философия здоровья: от лечения к профилактике здорового образа жизни: руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов/ под. ред. Е.В. Клочковой – М. – 2009
- Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М. - 1991
- Флорова Н.Б., Аршинова В.В. Наукометрические критерии профилактической компетентности системы образования //, В.В. Аршинова //Российский научный журнал. – 2012. - №5. – С. 165-173. - 1,25 п.л/0,65
- Фортова Л.К. Педагогические основы профилактики алкоголизма и наркомании среди детей: автореф. дис... д-ра пед. наук. – Ярослав. – 2001
- Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа, тт. 1-2. М., 1999
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. - М. – 1994
- Хакен Г. Синергетика. - М., 1980
- Хасан Б.И., Дюндик Н.Н., Федоренко Е.Ю., Кухаренко И.А., Привалихина Т.И.. Образование в области профилактики наркозависимости и других аддикций. Организационно-методическое пособие. Красноярский гос.ун-т.- Красноярск. 2003.
- Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Часть II. Концепция «социальный мозг»: структурные компоненты и связь с психопатологией 2012/4/ Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <http://psyjournals.ru/kip/2012/n4/57818.shtml> (Scan 11.03.2014)
- Хуторский А.В. Дидактическая эвристика. Теория и технология креативного обучения. – МГУ, М. – 2003
- Хьелл Л. и Зиглер Д. Теории личности. СПб. - 2005

- Чечельницкая С.М., Косарецкий С.Г., Шалаева Д.А., Родионов В.А.. Теория и практика обучения жизненным навыкам.//НМЦ ДАР –МОН РФ. Работа выполнена по заказу ЮНИСЭФ. – М, 2002
- Шадриков В.Д., Нижегородцева Н.В.. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. М., 2001
- Шилова Ю.А. Жизнеутверждающая культура славян. М. 2002
- Шпеленя Л.С. Проблемы организации в Санкт_Петербурге реабилитационной среды для лиц, нелегально употребляющих наркотические средства.//Всероссийская научная конференция с международным участием «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. МГППУ, М. - 2011, С.230-235
- Эдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб, 2007
- Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб., 1999.
- Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. /Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / под ред. И.И. Ильясова, В.Я. Ляудис. – М.: МГУ, 1981. – С. 26–31.
- Энциклопедический социологический словарь. Т2.- М. – 2008
- Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис.- М. – 1996
- Юдин Э.Г. Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки. – М . – 1978
- Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности. //Методологические проблемы социальной психологии. - М. - 1975
- Ялтонский В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения// Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. 22-23 апреля 2011.Материалы конференции.- М. МГППУ, 2011. С45-49
- Abraham P. Greeff and Carien Du Toit. Resilience in remarried families // The American Journal of Family Therapy. – 2009. – vol.37, iss.2– p.114-126

- ADAMHA. Report on Programs and Plans in Prevention. ADAMHA/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. 1990
- Addiction Counseling Competencies. The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice./ Technical Assistance Publication (TAP) Series 2011
- Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991. - vol. 50, 179–211
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. *Your Perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, CA.: Impact Publishers. - 1974
- Allen, T.R., West, L.J. Flight from violence: Hippies and the green rebellion. *American Journal of Psychiatry*, 124:364-370, 1968
- Anthony Elizabeth K., Alter Catherine F., and Jenson Jeffrey M. Development of a risk and resilience-based out-of-school time program for children and youths // *Social Work*. – 2009. – vol. 54, № 1. - p. 45-55. - CCC Code; 0037-804G/09 13.00 02009 Nallonâf Association of Social Workers
- Arshinova, V.V. The theory of sustainable development of the person– psychological theory prevention of addictive behavior.// *Proceedings EAFO Global Oncology Forum 2012. Eurasian “Heals or Tobacco” Forum 12-th Moscow Conference of Prevention & Treatment of Tobacco Dependence. M. - 2012. - P.26*
- Asakawa Keiko, Feeny David, Senthilselvan Ambikaipakan, Johnson, Jeffrey A., Rolfson Darryl. Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions// *Social Science and Medicine*. – 2009. – vol. 69, iss.3, p. 345-353
- AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, second edition, by Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, and Maristela G. Monteiro. Retrieved June 24, 2006.
- Audrain-McGovern Janet, Rodriguez Daniel, H. Epstein Leonard, Rodgers Kelli, Cuevas,Jocelyn, Wileyto E. Paul. Young adult smoking: What factors differentiate ex-smokers, smoking cessation treatment seekers and nontreatment seekers? // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss.12.- p. 1036-1041
- August Gerald J., Gewirtz Abigail, Realmuto George M. Moving the field of prevention from science to service: Integrating evidence-based preventive

- interventions into community practice through adapted and adaptive models // *Applied and Preventive Psychology*. – 2009
- Bachmann L.M., Juni P., Reichenbach S. et al. Consequences of different diagnostic "gold standards" in test accuracy research: Carpal Tunnel Syndrome as an example. *Int J Epidemiol* 2005; 34(4): 953-955
- Bailey R. Steffani, Harrison T. Christopher, Jeffery J. Christina, Ammerman Seth, W. Bryson Susan, T. Killen Diana, Robinson N.Thomas, Schatzberg F.Alan, Killen D.Joel. Withdrawal symptoms over time among adolescents in a smoking cessation intervention: Do symptoms vary by level of nicotine dependence? // *Addictive Behaviors*. - 2009. – vol.34, iss. 12.- p. 1017-1022
- Bandura, A. *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. - 1986
- Bandura, Albert, Richard H. Walters. *Principles of Social Learning*. In: Hollander, Edwin P., and Raymond G. Hunt (eds.) *Classic Contribution to Social Psychology*. New York: Oxford University Press/London: Toronto, 1972, p. 56-57
- Be'langer Mathieu, O'Loughlin Jennifer, Okoli Chizmuso T.S., McGrath Jennifer J., Setia Maninder, Guyon louise, Gervais Andre. Nicotine dependence symptoms among young never-smokers exposed to secondhand tobacco smoke // *Addictive Behaviors*. 2008. - vol 33, iss. 12, p.1557-1563
- Beauvais, F. Limited notions of culture insure research failure. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 1989. - 2, 25-28. [http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/CAIA_NH/journal/Documents/Volume%202/2\(3\)_Beauvais_Limited_Notions_25-28.pdf](http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/CAIA_NH/journal/Documents/Volume%202/2(3)_Beauvais_Limited_Notions_25-28.pdf)
- Beck, A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York. - 1976
- Bejerot N. *Theories of Drug abuse.Selected contemporary perspectives*. NIDA, 1980
- Bernburg Jon Gunnar, Thorlindsson Thorolfur, Sigfusdottir Inga D. The neighborhood effects of disrupted family processes on adolescent substance use // *Social Science & Medicine*. – 2009. – vol. 69, iss. 1, p.129-137
- Bertalanffy L. von. *General Systems Theory and Psychiatry –an Overview*// In: *General Systems Theory and Psychiatry*. Boston. 1969
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M.. Preventing binge drinking

- during early adolescence: One- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001
- Bova, C. John Dollard.//Minnesota State University Mankato. - 2004
- Bowlby J [1950]. *Maternal Care and Mental Health*. The master work series (2nd ed.). Northvale, NJ; London: Jason Aronson.- 1995
- Bowlby J [1969]. *Attachment. Attachment and Loss (vol. 1) (2nd ed.)*. New York: Basic Books. - 1999
- Brand Serge, Hatzinger Martin, Beck Johannes, Holsboer-Trachsler Edith. Perceived parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents // *Journal of Adolescence*. – 2009. vol. 32, iss. 5. p.1189-1207
- Breidablik Hans-Johan, Meland Eivind, Lydersen Stian. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway) // *European Journal of Public Health*. – 2008. - vol 19, No 1, p. 73-78
- Bricker Jonathan B., Rajan K. Bharat, Zalewski Maureen, Andersen M. Robyn, Ramey Madelaine, Peterson Arthur V.. Psychological and social risk factors in adolescent smoking transitions: A population-based longitudinal study // *Health Psychology*. – 2009. - vol 28, № 4. – p. 439-447
- Brook Judith S., Saar Naomi S., Zhang Chenshu, Brook David W.. Familial and non-familial smoking: Effects on smoking and nicotine dependence// *Drug and Alcohol Dependence*. – 2009. – vol. 101, iss.3. – p.62-68
- California Prevention Field Core Competencies. Consortium IC&RC. California - 2013
- Carver, C. S. and Scheier, M. Principles of self-regulation: Action and motion. In Higgins, E. T. and Sorrentino, R. (eds), *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behavior*. Guilford Press, New York. - 1990, vol. 2, p. 3–52
- CCSFLI. Центр Коннектикут по сбору информация и литературы о наркотиках и жестокому обращению Официальный сайт Connecticut Clearinghouse - Substance Abuse Literature and Information: www.ctclearinghouse.org
- Clark Pamela. Resiliency in the Practicing Marriage and Family Therapist // *Journal of Marital & Family Therapy*. - 2009, vol. 35, N 2, p. 231-247
- Cloninger CR (ed). *Personality & Psychopathology*. American Psychiatric Press, 1999

- Coleman, S.B. Final Report: A National Study of Family Therapy in the Field of Drug Abuse. Grant No. 3H81-DA-01478-0151. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse, Dec. 1976
- Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. mhGAP, 2013
- Conducting Trend Analyses of YRBS Data. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) 08.2013
- Correlation of Realityworks Life Skills and Healthy Choices for Middle School Students® Curriculum © 2014 to the National Health Education Standard for Grades 6-8
- Cornwel Benjamin I. Good health and the bridging of structural holes // Social Networks, 2009, vol. 31, iss.1. - p. 92–103
- Courtney Mark E., Zinn Andrew. Predictors of running away from out-of-home care//Children and Youth Services Review. – 2009. – vol. 31, iss.12. – p. 1298–1306
- Crutchfield J.P., Packard N.H. Symbolic Dynamics of One-Dimensional Maps: Entropies, Finite Precursor, and Noise // Int.J. Theor. Phys. 1982. V. 21 (6/7)
- Daniel H. Lende, E. O. Smith. Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior.// Addiction. Vol. 97, Iss. 4, April 2002
- Darkes, J. and Goldman, M. S. Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993. - Vol. 61, 344–353
- De Genna Natacha M., Cornelius Marie D., Donovan John E. Risk factors for young adult substance use among women who were teenage mothers // Addictive Behaviors. – 2009. – vol. 34, iss. 5. –p. 463-470
- DeJong, W., Wechsler, H., Preventing Alcohol-Related. Problems on Campus: Methods for Assessing Student Use of Alcohol and Other Drugs. A Guide for Program Coordinators. The Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention. Wechsler Department of Health and Social Behavior. Harvard School of Public Health . – 1998. P. 50
- DeLong, W.& Atcin, C.K. A review of national television PSA campaigns for preventing alcohol-impaired driving, 1987–1992. Journal of Public Health Policy 16:59–80, 1995.

- Desesquelles Aline F. Egidi, Viviana, Salvatore Michele A. Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health // *Social Science and Medicine*. – 2009. - vol. 68, iss.6. – p. 1124-1128
- Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to Icd-10, Dsm-III-r, And Dsm-IV Norito Kawakami, Naoyoshi Takatsuka, Shizuyo Inaba and Hiroyuki Shimizu *Addictive Behaviors*, Volume 24, Issue 2, 4 March 1999, Pages 155-166
- DiFranza, J.R.; Savageau, J.A.; Fletcher, K.; Ockene, J.K.; Rigotti, N.A.; McNeill, A.D.; Coleman, M.; Wood, C. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths (DANDY) Study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2002 - 156:397-403
- Dishion, T.J., & Andrews, D.W. Preventing escalation in problem behaviours with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, Vol. 63, 538-548
- Douglas Kara R., Chan Grace, Gelernter Joel, Arias Albert J., Anton Raymond F., Weiss Roger D., Brady Kathleen, Poling James, Farrer Lindsay, Kranzler Henry R. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders // *Addictive Behaviors*. – 2010. – vol. 35, iss.1, p. 7-13
- Drake Brett, Rank Mark R. The racial divide among American children in poverty: Reassessing the importance of neighborhood// *Children and Youth Services Review*. – 2009. – vol. 31, iss. 12, p. 1264-1271
- Effective Strategies for Creating Safer Schools and Communities. Creating schoolwide - Prevention and Intervention Strategies. Published by: U.S. Department of Justice. – 2008
- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Citadel Press: 1962
- EMCDDA. Drug use prevalence estimates report, Lisbon, April 2011 <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index129926EN.html> (просмотрено: 12.12.2013)
- Encyclopedia Britannica. London - 2008

- Engel, G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. - 1977
- ESPAD. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации - ESPAD – 2007/ Под общей ред. проф. Е.А. Кошкиной. – М. – 2009
- Feldhege, F.-J. & Krauthahn, G. *Verhaltens trainings programm zum Aufbau sozialer Kompetenz (VTP)*. Berlin: Springer. - 1979
- Fenichel, O. [1945] *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. N.Y. – 2013
- Foa, E. B. and Kozak, M. J. Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. In Tuma, A. H. and Maser, J. D. (eds), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1985. - p. 421–452
- Foerschner, A. M. The History of Mental Illness: From "Skull Drills" to "Happy Pills". 2010, Vol. 2 No. 09 *Mental Illness*
- Fonda J. The Disease Model of Addiction. *Addiction* Vol. 27 Issue 3, 2009
- Frederick, C.J. Drug abuse as learned behavior. In Lettieri, D.J.; Sayers, M.; and Pearson, H.W., eds. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. Washington, 1980
- Frederick, C.J. Drug abuse: A self-destructive enigma. *Maryland State Medical Journal*, - 1973. - № 22:19-21
- Freeman Dan, Brucks Merrie, Wallendorf Melanie, Boland Wendy. Youths' understandings of cigarette advertisements // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss. 1.- p.36-42
- Freidson, Eliot. *The Profession of Medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 1970
- Freud, S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Strachey, J., ed. and trans. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, [1953]. (Originally published, 1926.) // 2010. Vol. 20
- Friedman G.D., Collen M.F., Fireman B.H. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis* 1986; 39(6): 453-463
- Glasser, W. *Control theory-reality therapy workbook* Los Angeles: Institute for reality Therapy. 1986
- Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. – 2009-2013

- Goodwin, D.W. . Alcoholism and heredity. Archives of General Psychiatr, 1979, - 36:57-61
- Gordon, R. An operational classification of disease prevention. In: J. A. Steinberg and M. M. Silverman, Eds. Preventing Mental Disorders. Rockville, MD: Department of Health and Human Services; 1987. - 20–26.
- Gordon, R. An operational classification of disease prevention. Public Health Reports; 1983, Vol.98: 107–109
- Graw-Hill Mc. Concise Dictionary of Modern Medicine. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2002
- Guarner, E. Psychodynamic aspects of drug experiences. British Journal of Medical Psychology, 39:157-162, 1966
- Hansson Kjell, Cederblad Marianne, Lichtenstein Paul, Reiss David, Pedersen Nancy, Belderhiser Jenae, Elthammar Olle. Individual resiliency factors from a genetic perspective: Results from a twin study // Family Process. – 2008. - vol 47, No 4.- p. 537-551.
- Harrell Zaje A.T., Slane Jennifer D., Klump Kelly L.. Predictors of alcohol problems in college women: the Role of depressive symptoms, disordered eating, and family history of alcoholism // Addictive Behaviors. 2009. – vol. 34, iss. 2. – p. 252-257
- Harris Jennifer L., Bargh John A., and Brownell Kelly D. Priming effects of television food advertising on eating behavior // Health Psychology. – 2009. - vol. 28, № 4, p.404-413
- Heinz Adrienne J., Veilleux Jennifer C., Kassel Jon D. The role of cognitive structure in college student problem drinking // Addictive Behaviors. – 2009. ol. 34, iss. 2. - p.227-231
- Healthy People 2020 Leading Health Indicators: Progress Update <http://www.healthypeople.gov/2020/LHI/LHI-ProgressReport-ExecSum.pdf>. 2014
- Hendin H., Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. N.I.D.A.- 2005
- Hendin, H. Amphetamine abuse among college students. The Journal of Nervous and Mental Disease, 158:256-267, 1974b

- Henry V. at Bartleby from the 1914 Oxford Shakespeare Addiction encyclopedia topics/ Reference.com Encyclopedia Britannica, 2008. Encyclopedia Britannica Online
- Higgins, E. T. Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*. - 1997, vol. 52, 1280–1300
- Hill, H.E.; Haertzen, C.A.; and Glaser, R. Personality characteristics of narcotic addicts as indicated by the MMPI. *Journal of General Psychology*, 62:127-139, 1960
- Holden G.W., Ritchie K.L. Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 1991, Vol. 62, 311-327
- Holland W.W, Cress A.L., D'Souza A. Partridge J.R.J., Shannon D., Stone D.H., Swan A .V, Trevelyan H .T., Tuckman E., Woodall H.J.T. A controlled trial of multiphasic screening in middle-age: results of the South-East London Screening Study. The South-East London Screening Study Group. *Int J Epidemiol* 2001; 5: Vol.30 935-940
- Hosp John L. A Correlated Constraints Model of Risk and Resilience for Latino Students With Emotional/Behavioral Disorders // *Behavioral Disorders*. – 2008. – vol. 33, iss. 4. - ProQuest Psychology Journals. - p. 246-254
- Hull Clark L. The Conflicting Psychologies of Learning: A Way Out. *Psychological Review*, 1935, vol. 42, 491-516
- Irying I. Gottesman and Carol A. Prescott. Abuses of the MacAndrew MMPI alcoholism scale: A critical review // *Clinical Psychology Review* Volume 9, Issue 2, 1989, Pages 223-242
- Jaffee William B., D'Zurilla Thomas J.. Personality, problem solving, and adolescent substance use // *Behavior Therapy*. – 2009. – vol. 40, iss. 1. - p. 93-101
- Jamouille M. About prevention; the Quaternary prevention. UCL. 2008
- Janz, N. K. and Becker, M. H. () The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*. - 1984 - Vol. 11, 1–47
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drenowski, A., Stunkard, A. J. and Wing, R. R. (2000) Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, 19, 5–16

- Jeffery, R. W., Wing, R. R., Thorson, C., Burton, L. R., Raether, C., Harvey, J. and Mullen, M. Strengthening behavioral interventions for weight loss: a randomized trial of food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, - №41, 1038–1045
- Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven) - 1960
- Jessor, R., Jessor, S.L. Theory testing in longitudinal research on marihuana use. In: Kandel, D.B., ed. *Longitudinal Research on Drug Use*. Washington, D.C.: Hemisphere, 1978. p. 41-71
- Jessor, S.L., Jessor, R. Transition from virginity to nonvirginity among youth: A social-psychological study over time. *Developmental Psychology*, 11:473-484, 1975
- Jonas Wayne B. *Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine*. (c) 2005
- Jonson R.V., Rouz M.V., Tailor W.C. et al. A history of drag use end childhood sexual abuse among incarcerated males in a County jail// *Substance Use and Misuse*, 2005, vol.40 №2
- Jordahl Tina, Lohman Brenda J. A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young adolescents // *Children and Youth Services Review*. – 2009. – vol. 31, iss. 12. – p. 1272-1282
- Jordan, J. *Relational-Cultural Therapy* Harvard, MA: Harvard University Press. 2010
- Jordan, J., Kaplan, A., Miller, J.B., Stiver, I., & Surrey, J. *Women's Growth in Connection: Writings from the Stone Center*. Harvard, MA: Harvard University Press -1991
- Kachadourian Lorig K., Eiden Rina D., Leonard Kenneth E. Paternal alcoholism, negative parenting, and the mediating role of marital satisfaction // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss.11. – p. 918-927
- Kaminer, Y., Burkstein, O.G. & Tarter, R.E.. The Teen Addiction Severity Index: Rationale and reliability. *The International Journal of the Addictions*, 26, 219-226. - 1991
- Kandel, D. The role of parents and peers in adolescent marihuana use. *Science*, 181:1067-1070, 1973

- Kandel, D.B. Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. In: Kandel, D.B., ed. *Longitudinal Research on Drug Use*. Washington, D.C.: Hemisphere, 1978a. p. 3-38
- Kelly G. A. (1991). *The psychology of personal constructs. Vol. 1: A theory of personality. Vol. 2: Clinical diagnosis and psychotherapy*. London: Routledge.
Ссылка дана по книге Сесил Паттерсон, Эдвард Уоткинс. Теории психотерапии. СПб.: 2006
- Kins Evie, Beyers Wim, Soenens Bart, and Vansteenkiste Maarten. Patterns of home leaving and subjective well-being in emerging adulthood: The role of motivational processes and parental autonomy support // *Developmental Psychology*. – 2009. - vol 45, № 5, p. 1416-1429
- Kleinjan Marloes, Engels Rutger C.M.E, Leeuwe Jan van, Brug Johannes ,Freeman Dan, Brucks Merrie, Wallendorf Melanie, Boland Wendy. Youths' understandings of cigarette advertisements // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss. 1.- p.36-42
- Kloep M., Guñey N., Cok F., O' . Simsek F. Motives for risk-taking in adolescence: A cross-cultural study // *Journal of Adolescence*. – 2009. – vol. 32, iss. 1. –p. 135–151
- Koiman M. The treatment of addiction. Who can we treat when and how? Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. 22-23 апреля 2011 г. Материалы конференции.- М. МГППУ, 2011. С.261-270
- Koob G.F. Drug addiction: The yin and yang of hedonic homeostasis. *Neuron*. - 1996, - Vol. 16:893–896
- Kooiman P., V. Christiansen V., Smith S. Alcohol taxation and regulation in the European Union . / Sijbren Cnossen Maastricht University CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. - 2006
- LaBrie Joseph W., Kenney Shannon R., Lac Andrew, Migliuri Savannah F., Marymount Loyola. Differential drinking patterns of family history positive and family history negative first semester college females // *Addictive Behaviors*. 2009. - vol. 34, iss. 2, p. 190-196

- Lando, H.A. Formal quit smoking programs. In Orleans, C. T. and Slade, J. (eds), Nicotine Addiction: Principles and Management. Oxford University Press, New York, - 1993. - pp. 221–244
- Langhinrichsen-Rohling Jennifer, Friend John, Powell Ashley. Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis // Aggression and Violent Behavior. – 2009. vol. 14, iss. 5. – p. 402-414
- Lende D.H., Smith E.O. Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior 2002, - Addiction 97 (4) 447–58. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00022.x
- Lewis, O. La Vida: [1966] The Puerto Rican Family in the Culture of Poverty. New York: Random House. - 2010
- Lichtenstein, E. and Glasgow, R. E. () Smoking cessation: what have we learned over the past decade? Journal of Consulting and Clinical Psychology, - 1992. - Vol. 60, 518–527
- Life Skills Training /Программы «Формирования жизненных навыков» – ФЖН, Дж.Ю. Ботвина //Официальный сайт (G.J.Botvin LST - G.J.Botvin Life Skills Training): www.lifeskillstraining.com
- Loxley, W., Toumbourou, J. W, Stockwell, T., Haines, B., Scott, K, Godfrey, C, Waters, E., Patton, G., Fordham, R. , Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Saggars, S., Sanci, L, & Williams, J, The prevention of substance use, risk and ha in Australia: A review of the evidence. Canberra: The Australian Government Department of Health and Ageing. Available at. – 2004
- Lundgren L., Brännström J., Chassler D., Wilkey C., Nordström A. Mental Health, Substance Use and Criminal Justice Characteristics of Males with a History of Abuse in a Swedish National Sample/ Health, Umeå University, Umeå, Sweden. - 2013
- Lundgren L., Brännström J., Chassler D., Wilkey C., Nordström A. Mental Health, Substance Use and Criminal Justice Characteristics of Males with a History of Abuse in a Swedish National Sample/ Health, Umeå University, Umeå, Sweden. - 2013
- Mackenbach J.P., van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands. Soc Sci Med 1994;38:299–308

- Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment*. - 1994. - Oct. - Vol. 63. - N 2. - P. 265 - 274
- Maddux, J. E. and Rodgers, R. W. Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1983 - Vol. 19, 469–479
- Marc Jamouille. la prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. *Prospective Jeunesse*. 2012; 7–11
- Martin, J.K., B.A. Pescosolido, and S.A. Tuch. Of Fear and Loathing: The Role of 'Disturbing Behavior', Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes Toward Persons With Mental Illness“. *Journal of Health and Social Behavior*, 2000. - 41(2): 208-233
- Mason Michael J., Korpela Kalevi. Activity spaces and urban adolescent substance use and emotional health // *Journal of Adolescence*. 2009. – vol. 32, iss. 4. - p. 925-939
- Masters, W. H. and Johnson, V.E. *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown, Boston, MA. - 1970
- May, R. & Yalom, I.D. 1989. Existential psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.) *Current Psychotherapies* (4th ed., pp. 363-402). Itasca, IL: Peacock
- McArdle P. & est. International variations in youth drug use: the effect of individual behaviours, peer and family influences, and geographical location // *European Addiction Research*. Karger, 2000.
- McLellan, A.T., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rikoon, S.H., & Carise, D. The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions and transitions. *American Journal of Addiction*, 2006 Vol. 15(2), 113-124
- Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. WHO – 2009. /Mental health action plan 2013-2020. WHO – 2013
- Mercken Liesbeth, Snijders Tom A.B., Steglich Christian, de Vries Hein. Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior: Social network analyses in six European countries // *Social Science & Medicine*. – 2009. – vol. 69, iss. 10. – p. 1506-1514

- Meyers K. An overview of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents. In: Meyer, R. (Chair), *Drugs, Alcohol, and Our Children: Some Current Issues*. Invited speaker at workshop conducted at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans. 1991
- mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. WHO-2008-2013
- Michael P. O'Donnell Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *Am J Health Promot.* - 2009
- Michigan Alcohol Screening Test / По материалам сайта. Michigan Alcohol Screening Test.// The National Council on Alcoholism and Drug Dependence/ - 2013
- Milkman, H., and Frosch, W.A. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156:242-248, 1973
- Miller J. B. *The Healing Connection: How Women Form Relationships in Therapy and in Life* - 1997
- Miller, W. R. and Taylor, C. A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behavior*, 1980, 5, 13–24
- Mitchell, P., Spooner, C, Copeland, J., Vimpani, G., Tombourou, J., Howard, J., Sanson, A. *The role of families in the development, identification, prevention and treatment of illicit drug problems*. Canberra: National Health and Research Council - 2001
- Monitoring the Future По материалам официального сайта Monitoring the Future <http://monitoringthefuture.org/> (просмотрено 20013)
- Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. 2009
- Mrazek P.J. & Haggerty R.J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* / Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine - 2013. <http://www.nap.edu/catalog/2139.html>. (Scan 10.04.2014)
- NAADAC. Официальный сайт: The Association for Addiction Professionals: www.naadac.org (Scan 10.04.2014)

- Naidoo J, Wills J. Health promotion: foundations for practice. 2nd ed. Edinburgh & New York: Baillière Tindall, 2000 (Scan 10.04.2014)
- National Crime Prevention. Pathways to Prevention: Developmental and early intervention approaches to crime in Australia. Canberra: National Crime Prevention, Attorney-General's Department – 1999
- National Institute on Drug Abuse, & National Institutes of Health. Preventing drug use among children and adolescents: A research based guide (NIH Pub. No. 97-4212 ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2013.
- NCADI. Официальный сайт: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information: <http://www.ctclearinghouse.org/>
- Nebenfachausbildung in Verhaltenstherapie (Основы поведенческой терапии) <http://www.hansgunia.de/index.php/nebenfachausbildung-in-verhaltens-therapie> (Scan 12.12.2013)
- New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Can Med Ass J 2003; 169(3): 207-208
- NIAAA. Официальный сайт: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: www.niaaa.nih.gov
- NIDA InfoFacts: High School and Youth Trends. National Institute on Drug Abuse, NIH. <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/HSYouthtrends.html>. Retrieved 2007-04-04. (Scan 21.07.2013)
- Nusselder WJ , Looman CW, Marang-van de Mheen PJ, van de Mheen H, Mackenbach JP. Smoking and the compression of morbidity. J Epidemiol Community Health 2000 Aug;54(8):566-74.
- Ockene, J. K., Mermelstein, R. J., Bonollo, D. S., Emmons, K. M., Perkins, K. A., Voorhees, C. C. and Hollis, J. F. (2000) Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*, 19, 17–31
- Okamoto K.I., Murawaki Y., Yuasa A.I., Kawasaki H. Effect of ALDH2 and CYP2E1 gene polymorphisms on drinking behavior and alcoholic liver disease in Japanese male workers. Alcohol Clin Exp Res. 2001 Jun;25(6 Suppl):19S-23S
- Padilla-Walker Laura M., Bean Roy A. Negative and positive peer influence: relations to positive and negative behaviors for african american, european american, and hispanic adolescents // Journal of Adolescence. – 2009. – vol. 32, iss. 2.- p. 323-

337

- Parker H., Aldridge J., Measham F. *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. London. Routledge, 1998
- Paul C. Holinger, M.D. Roy R. Grinker, Sr., M.D. (1900-1993) : Dr. Roy Grinker's influence on psychiatry.AW/ - 2010
- Peled Einat, Cohavi Ayelet. The meaning of running away for girls // *Child Abuse & Neglect*. – 2009. – vol. 33, iss.10. – p. 739–749
- Perkins Kenneth A., Coddington Sarah B., Karelitz Joshua L., Jetton Christopher , Scott John A. , Wilson Annette S. , Lerman Caryn. Variability in initial nicotine sensitivity due to sex, history of other drug use, and parental smoking // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2009. – vol. 99, iss.1-3. – p. 47–57
- PIPE - Partners in Parenting Education/ Training /Implementation Manual. Denver CO/ University of Colorado Health Sciences Center. - 2013
- Pirie, P. L., McBride, C. M., Hellerstedt, W., Jeffery, R. W., Hatsukami, D., Allen, S. and Lando, H. () Smoking cessation in women concerned about weight. *American Journal of Public Health*, 1992, №82, 1238–1243
- Pokorny A., et al, The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test, 27(12) *American Journal of Psychiatry* -1972. – p. 342-345
- Porter, Roy. *Madness: A Brief History*. New York City: Oxford University Press, 2002.
- Prevention Science. *A Handbook for Faculty and Students*// Prepared by the Prevention Science Steering Committee. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2007
- Preventive Services Task Force. Screening for drug abuse. U.S. In *Guide to clinical preventive services* (2nd ed., pp. 583-594). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services,1996
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologists*, 47(9), 1102-1114
- Rado, S. [1926] The psychic effects of intoxicants. *The International Journal of Psychoanalysis*, 7:396-413. - 2013
- RCHD //Официальный сайт Департамента здравоохранения Ричланд, штат

- Миннесота, США/ (RCHD - Richland County Health Department):
<http://www.richlandcountyhealth.org/index.html> (Scan 10.04.2014)
- Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research/
 Institute of Medicine (IOM) P/20. - 1994
- Richter Matthias, Erhart Michael, Vereecken Carine A., Zambon Alessio, Boyce
 William, Gabhainn Saoirse Nic. The role of behavioral factors in explaining socio-
 economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries //
 Social Science and Medicine, - 2009. - vol. 69, iss. 3 - p. 396-403
- Robb, C. This Changes Everything: The Relational Revolution in Psychology. H. -
 2007
- Robbins Lewis C. (1970) How to Practice Prospective Medicine in.// Centers for
 Disease Control and Prevention.
- Rogers, C. R. A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin Source - 1980
- Rothman, A.J. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. Health
 Psychology, 2000, №1, 64–69
- Rowe Cynthia L; Wang Wei; Greenbaum Paul; Liddle Howard A. Predicting
 HIV/STD risk level and substance use disorders among incarcerated adolescents //
 Journal of Psychoactive Drugs. - Dec 2008. – vol. 40, № 4; ProQuest Psychology
 Journals. - pg. 503-511
- Salter A. Conditioned reflex therapy. New York: Capricorn. 1949.
- SAMHSA. Официальный сайт: Substance Abuse and Mental Health Services
 Administration: www.samhsa.gov
- Sarno, J.E. The Mindbody Prescription: Healing the Body, Healing the Pain. - 1998
- Sartorius, N. Health Promotion Strategies: Keynote Address. Canadian Journal of
 Public Health; Suppl. 1988, vol. 2; 79: S3–S5
- Schultz Dana, Tharp-Taylor Shannah, Haviland Amelia, Jaycox Lisa. The relationship
 between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment
 // Child Abuse and Neglect. – 2009. – vol. 33, iss. 10. – p. 684-698
- Schwarzer, R., Self-efficacy: Thought Control of Action. Philadelphia, PA:
 Hemisphere Publishing. - Ed. - 1992.
- Schwinn Traci M., Schinke Steven P., Trent Danielle N. Substance use among late
 adolescent urban youths: Mental health and gender influences. // Addictive

- Behaviors. – 2010. – vol. 35, iss. 1, p. 30-34
- Sen Bisakha. The relationship between frequency of family dinner and adolescent problem behaviors after adjusting for other family characteristics. // *Journal of Adolescence* xxx (2009) 1-30
- Shadel W. G. Tharp-Taylor Shannah, Fryer Craig S. How does exposure to cigarette advertising contribute to smoking in adolescents? The role of the developing self-concept and identification with advertising models // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss. 11. - p. 932-937
- Silkworth W.D. Alcoholism as a Manifestation of Allergy (PrePrint1937) 2001
- Smart Choices/ Программа Правильный (умный) выбор// Официальный сайт Smart Choices: www.smartchoicesprogram.com (Scan 10.04.2014)
- Social aspects of AIDS/ edited by Peter Aggleton and Hilary Homans// London; New York : Falmer Pres. 1988
- Solomon, G. M., & Janssen, S. Health effects of the Gulf oil spill. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2010 - 304(10), 1118-1119
- Spano Richard, Vazsonyi Alexander T., Bolland John. Does parenting mediate the effects of exposure to violence on violent behavior? An ecological-transactional model of community violence // *Journal of Adolescence*. – 2009.- vol. 32, iss. 5.- p. 1321-1341
- Springer Kristen W. Childhood physical abuse and midlife physical health: Testing a multi-pathway life course model // *Social Science and Medicine*. – 2009. – vol. 69, iss. 1 – p.138-146
- Stanton, M.D. The client as family member: Aspects of continuing treatment. In: Brown, B.S., ed. *Addicts and Aftercare: Community Integration of the Former Drug User*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1979a
- Steffenhagen R.A. Self-esteem theory of drug abuse. *NIDA Res Monogr*. 1980 Mar;30:157-63
- Steffenhagen, R.A. Drug abuse and related phenomena: An Adlerian approach. *Journal of Individual Psychology*, 30:238-250, Nov. 1974
- Steven M.M., Roger D.W. Substance abuse. // *The practitioner's guide to psychoactive drugs*. New York, Plenum medical book company, 2003
- Stone Eric R., Allgaier Liz. A social values analysis of self–other differences in

- decision making involving risk// Basic and Applied Social Psychology. – 2008. – vol. 30, iss. 2. – p. 114-119
- Studdert V.P., Clive C. Gay C.C., Douglas M., Blood C. Saunders Comprehensive Veterinary Dictionary, 4th Edition - 2012
- Submission to Inquiry into the impact of illicit drug use on families./ The Australian Institute of Family Studies – March, 2007
- Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy
<http://www.substanceabusepolicy.com> (Scan 10.04.2014)
- Successful Tobacco Education and Prevention /Программа «Успешное табачное просвещение и профилактика»// Официальный сайт (STEP - Successful Tobacco Education and Prevention): www.texas-step.org (Scan 10.04.2014)
- Sutcliffe Catherine G., German Danielle, Sirirojn Bangorn, Latkin Carl, Aramrattana Apinun, Sherman Susan G., Celentano David D. Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in Northern Thailand // Drug and Alcohol Dependence. – 2009. vol. 101, iss. 3. – p. 146-151
- Sutton, S. R. Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: attitude-behavior and decision-making models, British Journal of Addiction, - 1987. -Vol.82, 335–370
- Tabakoff B., Hoffman P. L. Animal Models in Alcohol Research./Academic Journal Alcohol Research. 1998, - Vol. 24, No. 2
- Tercyak Kenneth P., Britto Maria T., Hanna Kathleen M., Hollen Patricia J., Hudson Melissa M.. Prevention of tobacco use among medically at-risk children and adolescents: Clinical and research opportunities in the interest of public health // Journal of Pediatric Psychology. – 2008. – vol.33, iss.2. - p. 119-132
- The American Heritage. Medical Dictionary Copyright//Published by Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company, 2010. The New York Times
<http://www.nytimes.com/> (Scan 11.03.2014)
- The Ascent Program /Программа «Восхождение» Официальный сайт/ The Ascent Program: www.ascentemploymentprogram.org (Scan 11.03.2014)
- Theories on drug abuse. Selected Contemporary/ Editors: Ph.D.Dan J Lettieri, Mollie Sayers, Heylin Wallestein Pearson et all/ NIDA -1980.

- Thomsen JL, Parner ET, Karlsmose B, Thulstrup AM, Lauritzen T and Engberg M. Effect of preventive health screening on long-term primary health care utilization. A randomized controlled trial. *Family Practice* 2005; 22: 242–248.
- Thomsen JL, Parner ET, Karlsmose B, Thulstrup AM, Lauritzen T and Engberg M. Effect of preventive health screening on long-term primary health care utilization. - 2013
- Toomey, T.L., Wagenaar, A.C. (). Policy options for prevention: The case of alcohol. *Journal of Public Health Policy*, 1999 - 20, 192-213
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R., Hrsg. Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness-Training-Programm ATP. Band I: Messmittel und Grundlagen. München : Verlag J. Pfeiffer. - 1978
- Umberson Debra, Liu Hui, Reczek Corinne. Stress and health behaviour over the life course // *Advances in Life Course Research*. – 2008. - vol. 13 iss., p.19-44
- Ungar Michael. Resilience Across Cultures // *British Journal of Social Work*. – 2008. – vol. 38, iss. 2. – p. 218–235
- Ungerleider, J. T., Siegel, N. J., & Virshup, B. B.. Health care providers. In R. H. Coombs & D. Ziedonis (Eds.). *Handbook on drug abuse prevention* (pp. 121-137). Boston: Allyn and Bacon, 1995
- Ursprung W.W. Sanouri A., DiFranza Sharon M., Costa Andrew D., DiFranza Joseph R.. Might expectations explain early self-reported symptoms of nicotine dependence? // *Addictive Behaviors*. – 2009. - vol. 34, iss. 2. - p. 227-231
- Valente T.W., Gallaher P., Mouttapa M. Using Social Networks to Understand and Prevent Substance Use: A Transdisciplinary Perspective. *Substance Use & Misuse*. Vol. 39, Nos. 10–12, pp. 1685–1712,-2004
- VanDeMark N.R., Broun E., Bermenan A., Williams S. New directions for families: A family-oriented intervention for women affected by alcoholism and other drug abuse, mental illness and trauma// *Alcohol. Treat. Quart.* – 2004
- Veselska Zuzana, Geckova Andrea Madarasova, Orosova Olga, Gajdosova Beata, van Dijk Jitse P., ReijnevelSijmen A. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss.2. – p. 287-291
- Wang Yan, Browneb Dorothy C., Petrasc Hanno, Stuart,Elizabeth A. Wagnere

- Fernando A., Lambert Sharon F. , Kellam Sheppard G., Ialongoc Nicholas S.. Depressed mood and the effect of two universal first grade preventive interventions on survival to the first tobacco cigarette smoked among urban youth // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2009. - Vol.100, iss. 3.- p. 194-203
- Weinstein, N. D. Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, - 1993 Vol. 12, 324–333
- West R., Hardy A. *Theory of addiction*. / University College London. - 2005
- Whitbeck Les B., Yu ManSoo, McChargue Dennis E., Crawford Devan M. Depressive symptoms, gender, and growth in cigarette smoking among indigenous adolescents // *Addictive Behaviors*. – 2009. – vol. 34, iss. 5. – p. 421-426
- White William L. Nonclinical Addiction Recovery Support Services: History, Rationale, Models, Potentials, and Pitfalls/*Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol. 28, Iss. 3 July 2010.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Country profile Russian Federation – 2013. Официальный сайт WHO <http://www.who.int/countries/rus/en>
- Wieder, H., and Kaplan, E.H. [1969]Drug use in adolescents: Psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24:399-431. - 2011
- Wiehe Sarah E. Pediatric office-based tobacco screening and prevention // *Pediatric Annals*. – 2008. – vol. 37, № 11. – p. 733-739
- Wilkinson, R. *The Prevention of Drinking Problems*. New York: Oxford Un. – 1970
- Wing, R. R. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In Bray, G. A., Bouchard, C. and James, P. T. (eds), *Handbook of Obesity*. Marcel Dekker, New York, - 1997 - pp. 855–873
- Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy* Pergamon general psychology series. Practice of Behavior Therapy. Pergamon Press, - 1990
- Young, K. Interview with Ann for AnnOnline. Ann Devlin/Diskrite Communications, Inc. Copyright 1996 by Saradippity. 25 minute Real Audio download available at World Wide Web, <http://ww2.audionet.com/pub/annonline/960731/interview.html> (Scan 11.03.2014)
- Zielinski David S. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being // *Child Abuse & Neglect*. – 2009. – vol. 33, iss. 10. – p. 666-678

Zuckerman, B., & Kahn, R Pathways to early child health and development. In S.Danzinger & J. Waldfogel (Eds.) Securing the future: investing in children from Birth to College. NY. - 2000 - Sage, p 87-121

Zundert van Rinka M.P., van den Eijnden Regina J.J.M.. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. // Drug and Alcohol Dependence . - 2009 . vol. 99. - p. 204–214

Приложение

Таблица 5.2.

Сравнение мальчиков и девочек по уровню опасности вовлечения в наркозависимость, учащихся 14-17 лет средних общеобразовательных учреждений Москвы. 2013

Пол	Уровень шкалы	Вовлеченность	Высокий	Средний	Минимальный ⁴
мужской	Поведение в ситуации риска	11,4%	35,3%	39,6%	13,8%
	Интерес к наркотикам	7,0%	33,3%	36,0%	23,7%
	Социальные установки"	6,3%	40,3%	31,6%	21,7%
женский	Поведение в ситуации риска	12,4%	32,2%	42,0%	13,4%
	Интерес к наркотикам	7,5%	32,0%	38,1%	22,4%
	Социальные установки	5,3%	34,8%	38,5%	21,4%

Таблица 5.4.

Сравнение учащихся 9-10 классов по уровню опасности вовлечения в наркозависимость, учащихся 14-17 лет средних общеобразовательных учреждений Москвы. 2013

КЛАСС	Уровень шкалы	Вовлеченность	Высокий	Средний	Минимальный
9,00	Поведение в ситуации риска	12,2%	34,1%	38,6%	15,1%
	Интерес к наркотикам	6,4%	31,6%	39,9%	22,1%
	Социальные установки	6,0%	36,4%	38,4%	19,2%
10,00	Поведение в ситуации риска"	11,4%	33,2%	43,0%	12,4%
	Интерес к наркотикам"	7,8%	34,2%	34,2%	23,8%
	Социальные установки	5,7%	36,8%	33,7%	23,8%
11,00	Поведение в ситуации риска	15,9%	29,5%	47,7%	6,8%
	Интерес к наркотикам	9,1%	31,8%	34,1%	25,0%
	Социальные установки	4,5%	47,7%	22,7%	25,0%

Рисунок 5.8. График процентного распределения по шкале «социальных установок» среди учащихся 9-11 классов средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование -2013 г.

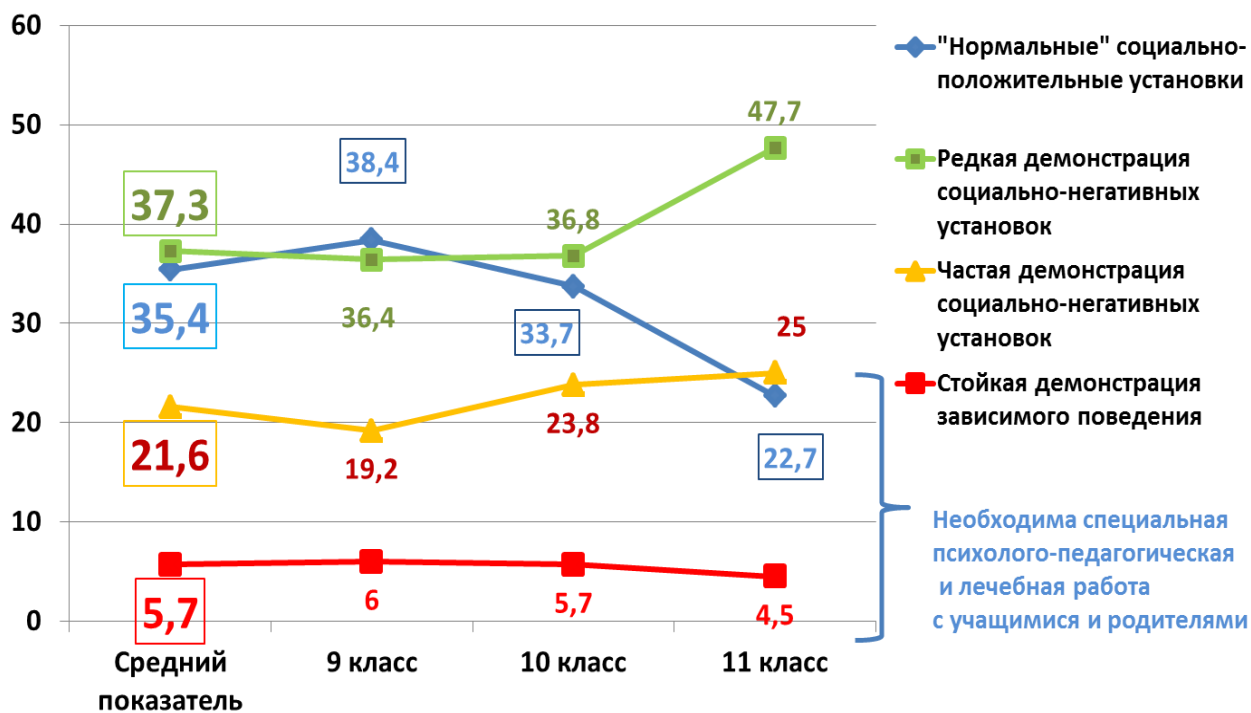


Рисунок 5.9. График процентного распределения по шкале «интереса к наркотикам» среди учащихся 9-11 классов средних общеобразовательных учреждений г. Москвы. Онлайн тестирование -2013 г.

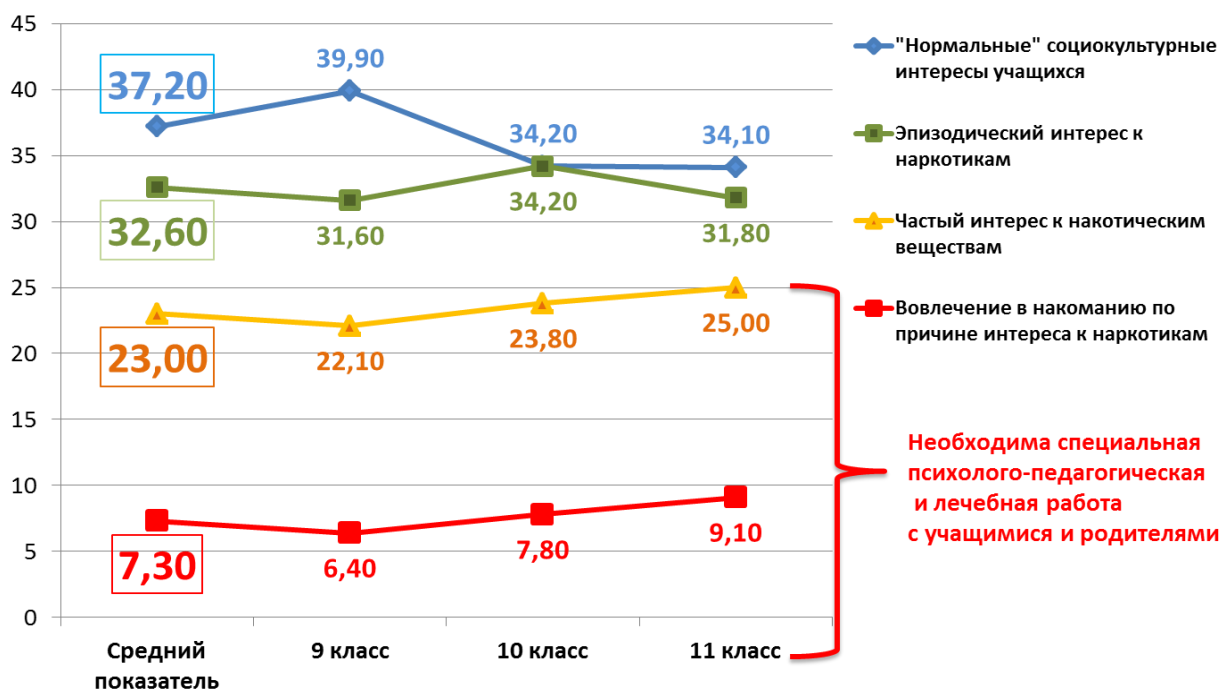


Таблица 5.6. Сравнение численности подростков 14-17 лет по риску вовлечения в наркотическую зависимость, распределённых по средним общеобразовательным учреждениям г. Москвы. 2013

Уровень опасности риска шкалы "Поведение в ситуации риска"	Вид средних общеобразовательных учреждений					
	СОШ	гимназии	СОШ с углубленным изучением языка	ЦО	лицеи	СОШ с углубленным изучением предметов
Вовлеченность	35,3%	45,6%	39,2%	41,1%	42,2%	38,5%
Высокий	50,3%	42,1%	46,7%	50,8%	45,7%	42,9%
Средний	13,9%	12,3%	14,1%	8,1%	12,1%	18,6%
Минимальный	0,5%					
Уровень опасности риска шкалы "Интерес к наркотикам"	Вид средних общеобразовательных учреждений					
	СОШ	гимназии	СОШ с углубленным изучением языка	ЦО	лицеи	СОШ с углубленным изучением предметов
Вовлеченность	7,8%	7,9%	5,2%	11,3%	8,7%	3,2%
Высокий	25,9%	30,7%	33,3%	36,3%	35,8%	23,7%
Средний	36,9%	31,6%	33,7%	26,6%	33,5%	34,6%
Минимальный	29,4%	29,8%	27,8%	25,8%	22,0%	38,5%
Уровень опасности риска шкалы "Социальные установки"	Вид средних общеобразовательных учреждений					
	СОШ	гимназии	СОШ с углубленным изучением языка	ЦО	лицеи	СОШ с углубленным изучением предметов
Вовлеченность	36,0%	31,6%	35,6%	42,7%	37,6%	35,3%
Высокий	63,6%	67,5%	64,4%	57,3%	62,4%	64,7%
Средний	0,1%					
Минимальный	0,2%	0,9%				

Таблица 5.7.

Сравнение численности подростков 14-17 лет по риску вовлечения в табачную зависимость, распределённых по средним общеобразовательным учреждениям г. Москвы. 2013

Уровень опасности фактора риска вовлечения в табачную зависимость	Вид средних общеобразовательных учреждений					
	СОШ	гимназии	СОШ с углубленным изучением языка	ЦО	лицей	СОШ с углубленным изучением предметов
Вовлеченность	2,70%	1,60%	0,90%	3,60%	1,10%	2,60%
Высокий	14,00%	17,20%	15,20%	21,20%	15,30%	10,90%
Средний	55,10%	50,00%	56,50%	48,20%	61,70%	54,50%
Минимальный	28,30%	31,10%	27,30%	27,00%	21,90%	32,10%

Таблица 5.8.

Сравнение средних значений шкал риска вовлечения в наркотическую и никотиновую зависимость подростков 14-17 лет, распределённых по средним общеобразовательным учреждениям и колледжам г. Москвы. 2013

Шкалы	Поведение в ситуации риска	Интерес к наркотикам	Социальные установки	Табачное курение
Виды образовательных учреждений				
Среднее специальное образование	148,3951	335,3654	272,0850	6,6578
Общее образование	148,9524	364,8229	289,1405	5,1303
Итого	148,7506	354,1597	282,9667	5,6900
Административный округ				
ЗАО	155,6767	379,5287	291,1390	3,7826
САО	149,6129	368,3325	287,2581	4,6343
СВАО	154,9441	369,5658	302,1053	5,3403
ЦАО	143,5000	351,1506	280,8494	5,0000
ЮЗАО	141,1543	350,1171	282,6800	5,5166
Итого	148,9524	364,8229	289,1405	5,2170
Колледжи				
Педколледж	162,0435	357,6696	306,0957	5,9561
Производство	151,1763	335,3462	267,0353	6,7378
Искусство	136,3110	337,0122	265,9390	6,5795
Строительство	156,9123	344,3158	286,1053	6,5156
Услуги	143,9839	321,3495	255,0860	6,8842
Итого	148,5396	336,2434	270,8441	6,6184

а программа = среднее специальное образование

Таблицы. 5.10.

Сравнительный частотный анализ факта потребления алкоголя у студентов 1-3-х курсов высшей школы педагогического направления профессиональной подготовки. Москва. 2012

курс		Какой процент студентов, от общего их числа в вузе, по Вашему мнению, совсем не употребляет алкоголь	. Какой процент студентов, от общего их числа в вузе, по Вашему мнению, употребляло 5 и более доз алкоголя подряд, по крайней мере, за последние 2 недели
1,00	Mean	26,4286	36,7143
	Std. Deviation	19,22465	26,58300
2,00	Mean	25,3600	22,3750
	Std. Deviation	23,55292	21,92837
3,00	Mean	17,7500	24,7500
	Std. Deviation	19,94827	25,97050
Total	Mean	24,0290	28,8382
	Std. Deviation	21,03846	25,41102

Статистические различия

Chi-Square	3,084	4,969
df	2	2
Asymp. Sig.	,214	,083

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: курс

Таблицы. 5.11.

Сравнительный анализ частоты потребления алкоголя у студентов 1-3-х курсов высшей школы педагогического направления профессиональной подготовки. Москва. 2012

Сколько раз за последние 2 недели Вы употребляли 5 и более доз алкоголя подряд в течение суток			
	1 курс	2 курс	3 курс
1,00	78,6%	91,7%	75,0%
2,00	14,3%	4,2%	12,5%
3,00	3,6%		6,3%
4,00	3,6%		
Системный сбой		4,2%	6,3%

Статистические различия

Chi-Square	2,120
df	2
Asymp. Sig.	,346

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: курс

Таблицы. 5.12.

Сравнения потребления алкоголя на территории вуза и спортсменами среди студентов 1-3-х курсов высшей школы педагогического направления профессиональной подготовки. Москва. 2012

Частота потребления	На территории вуза			За территорией вуза			Спортсмены вуза		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Курс									
Не потребляют	0,75	0,63	0,71	0,33	0,21	0,06	0,33	0,50	0,47
2 раза	0,18	0,17	0,18	0,15	0,04	0,06	0,30	0,25	0,24
3 раза	0,07	0,17	0,06	0,04	0,08	0,06	0,15	0,08	0,06
4 раза				0,07	0,13		0,07	0,13	0,12
5 раз				0,07	0,33	0,19	0,11		
6 раз				0,04	0,04	0,25			0,06
7 раз		0,04		0,15					
8 раз			0,06	0,11	0,04	0,25	0,04		
9 раз				0,04	0,04			0,04	
10 раз									
11 раз						0,06			0,06
12 раз									
13 раз									
14 раз					0,04				
15 раз					0,04	0,06			

Таблицы. 5.13

Сравнительный анализ потребления алкоголя у юношей и девушек, студентов 1-3-х курсов высшей школы педагогического направления профессиональной подготовки. Москва. 2012

Частота потребления	Употребляют юноши			Употребляют девушки		
	1	2	3	1	2	3
Курс						
Не употребляют	0,04	0,17				
2 раза	0,07	0,04		0,14	0,08	0,18
3 раза	0,11	0,04	0,13	0,11	0,17	
4 раза	0,11		0,06	0,18	0,13	0,24
5 раз	0,07	0,21	0,25	0,14	0,42	0,18
6 раз	0,07	0,08	0,13	0,07		0,18
7 раз	0,21	0,17	0,13	0,14	0,08	0,12
8 раз	0,14	0,04	0,19	0,18	0,04	0,12
9 раз	0,11	0,08	0,06	0,04		
10 раз	0,07					
11 раз		0,04	0,06		0,04	
12 раз						
13 раз		0,04				
14 раз		0,04				
15 раз		0,04			0,04	

Продолжение Таблицы. 5.13

Статистические различия

Количество доз употребляют	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
количество доз употребляют Вы	6,922	2	,031

количество доз употребляют Ваши друзья	1,268	2	,530
количество доз употребляют Студенты вуза	,979	2	,613
количество доз употребляют Мужская половина вуза	,031	2	,985
количество доз употребляют Женская половина вуза	,208	2	,901
количество доз употребляют На территории вуза	1,336	2	,513
количество доз употребляют За территорией вуза	6,332	2	,042
количество доз употребляют Спортсмены вуза	1,459	2	,482
никогда не употребляли алкоголь	,465	2	,793

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: курс

Таблица 5.14

Сравнение результатов эмоционального интеллекта подростков распределённых по шкалам ГРН. 2013

Уровень шкалы "Поведение в ситуации риска"	Межличностный ЭИ	Внутриличностный ЭИ	Способность к пониманию своих и чужих эмоций	Способность к управлению своими и чужими эмоциями	Показатель общего эмоционального интеллекта
Вовлеченность	15,9508	22,7249	15,1438	23,5319	38,6757
Высокий	15,9020	22,6466	14,9985	23,5502	38,5486
Средний	15,9136	22,6825	14,8357	23,7604	38,5961
Минимальный	15,7500	19,7500	12,7500	22,7500	35,5000
Итого	15,9218	22,6728	15,0259	23,5687	38,5947
Статистика критерия(a,b)					
Хи-квадрат	,081	5,173	5,606	4,058	2,964
ст.св.	3	3	3	3	3
Асимпт. знч.	,994	,160	,132	,255	,397

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень шкалы «Поведение в ситуации риска»

Продолжение Таблицы 5.14

Уровень шкалы "Интерес к наркотикам"	Межличностный ЭИ	Внутриличностный ЭИ	Способность к пониманию своих и чужих эмоций	Способность к управлению своими и чужими эмоциями	Показатель общего эмоционального интеллекта
Вовлеченность	15,9442	22,1814	14,9581	23,1674	38,1256
Высокий	15,8031	22,5361	14,8665	23,4726	38,3392
Средний	16,0978	22,8976	15,2002	23,7951	38,9953
Минимальный	15,8551	22,7257	15,0408	23,5401	38,5809
Итого	15,9218	22,6728	15,0259	23,5687	38,5947
Статистика критерия(a,b)					
Хи-квадрат	1,692	3,299	2,740	1,954	2,294
ст.св.	2	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,429	,192	,254	,377	,318

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень шкалы «Интерес к наркотикам»

Продолжение Таблицы 5.14

Уровень шкалы "Социальные установки"	Межличностный ЭИ	Внутриличностный ЭИ	Способность к пониманию своих и чужих эмоций	Способность к управлению своими и чужими эмоциями	Показатель общего эмоционального интеллекта
Вовлеченность	14,0000	19,2500	13,7500	19,5000	33,2500
Высокий	16,0487	22,8079	15,1953	23,6613	38,8565
Средний	15,7493	22,4904	14,7833	23,4564	38,2397
Минимальный	13,3333	21,3333	14,3333	20,3333	34,6667
Итого	15,9218	22,6728	15,0259	23,5687	38,5947
Статистика критерия(a,b)					
Хи-квадрат	2,446	5,200	1,621	4,734	5,895
ст.св.	2	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,294	,074	,445	,094	,052

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень шкалы "Социальные установки"

Таблица 5.15

Сравнение результатов жизнестойкости у подростков, распределённых по шкалам ГРН. 2013

Уровень шкалы "Поведение в ситуации риска"	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Вовлеченность	10,5307	10,3093	8,6059	29,4459
Высокий	11,3616	10,8149	8,7247	30,9012
Средний	12,1671	10,9943	8,8839	32,0453
Минимальный				
Итого	11,1486	10,6441	8,7001	30,4929
Статистика критерия(a,b)				
Хи-квадрат	65,001	16,042	3,932	36,838
ст.св.	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,000	,000	,140	,000

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень шкалы «Поведение в ситуации риска»

Продолжение Таблицы 5.15

Уровень шкалы "Интерес к наркотикам"	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Вовлеченность	10,1173	10,3316	8,3061	28,7551
Высокий	10,6737	10,4226	8,5885	29,6847
Средний	11,2991	10,6110	8,8014	30,7114
Минимальный	11,8588	11,0537	8,8291	31,7415
Итого	11,1486	10,6441	8,7001	30,4929
Статистика критерия(a,b)				
Хи-квадрат	28,642	2,711	5,307	15,563
ст.св.	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,000	,258	,070	,000

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень шкалы «Интерес к наркотикам»

Продолжение Таблицы 5.15

Уровень шкалы "Социальные установки"	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Вовлеченность	10,2505	10,1591	8,3164	28,7260
Высокий	11,7402	10,9669	8,9575	31,6646
Средний	18,0000	9,0000	4,0000	31,0000
Минимальный				
Итого	11,1486	10,6441	8,7001	30,4929
Статистика критерия(a,b)				
Хи-квадрат	2,862	,713	2,681	,012
ст.св.	1	1	1	1
Асимпт. знч.	,091	,399	,102	,913

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень шкалы «Социальные установки»

Таблица 5.16

Сравнение результатов теста Лазаруса у подростков, распределённых по шкалам ГРН. 2013

Шкала копинг	Уровень шкалы «Поведение в ситуации риска»			
	Вовлеченности	Высокий	Средний	Итого
Конфронтационный копинг	,5624	,5525	,5412	,5548
Дистанцирование	,5185	,5181	,5124	,5175
Самоконтроль	,5862	,6106	,6248	,6031
Поиск социальной поддержки	,5498	,5770	,5941	,5689
Принятие ответственности	,5732	,5853	,5997	,5826
Бегство-избегание	,4615	,4477	,4163	,4488
Планирование решения проблемы	,6284	,6459	,6699	,6424
Положительная переоценка	,5916	,6275	,6552	,6175
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,7200	,6798	,6265	,6880

Статистика критерия(a,b)

Шкалы копинга	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	2,527	2	,283
Дистанцирование	,389	2	,823
Самоконтроль	9,585	2	,008
Поиск социальной поддержки	11,060	2	,004
Принятие ответственности	2,429	2	,297
Бегство-избегание	8,248	2	,016
Планирование решения проблемы	5,962	2	,050
Положительная переоценка	18,237	2	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	5,679	2	,050

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень шкалы «Поведение в ситуации риска»

Продолжение Таблицы 5.16

Шкалы копинга	Уровень шкалы "Интерес к наркотикам"
---------------	--------------------------------------

	Вовлеченности	Высокого	Среднего	Минимального	Итого
Конфронтационный копинг	,5608	,5699	,5723	,5235	,5548
Дистанцирование	,5242	,5176	,5422	,5024	,5175
Самоконтроль	,6205	,5710	,5917	,6255	,6031
Поиск социальной поддержки	,5788	,5398	,5224	,6061	,5689
Принятие ответственности	,5980	,5614	,5517	,5990	,5826
Бегство-избегание	,4377	,4777	,4867	,4154	,4488
Планирование решения проблемы	,6634	,6052	,6199	,6699	,6424
Положительная переоценка	,6315	,5741	,5970	,6606	,6175
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,6300	,7545	,6884	,6751	,6880

Статистика критерия(a,b)

Шкалы копинга Лазаруса	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	20,183	3	,000
Дистанцирование	6,378	3	,095
Самоконтроль	22,731	3	,000
Поиск социальной поддержки	32,056	3	,000
Принятие ответственности	15,274	3	,002
Бегство-избегание	28,533	3	,000
Планирование решения проблемы	33,807	3	,000
Положительная переоценка	46,761	3	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	14,778	3	,002

а Критерий Краскела-Уоллеса б Группирующая переменная: уровень шкалы «Интерес к наркотикам»

Продолжение Таблицы 5.16

Шкалы копинга Лазаруса	уровень шкалы "Социальные установки"			
	Вовлеченность	Высокий	Средний	Итого
Конфронтационный копинг	,5532	,5559	,3300	,5548
Дистанцирование	,5266	,5114	,8900	,5175
Самоконтроль	,5793	,6183	1,0000	,6031
Поиск социальной поддержки	,5173	,6022	,4400	,5689
Принятие ответственности	,5474	,6050	1,0000	,5826
Бегство-избегание	,4767	,4308	,5600	,4488
Планирование решения проблемы	,5982	,6713	,1100	,6424
Положительная переоценка	,5623	,6530	,6700	,6175
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,7662	,6377	,5300	,6880

Статистика критерия(a,b)

	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	1,538	2	,463
Дистанцирование	4,948	2	,084
Самоконтроль	12,389	2	,002
Поиск социальной поддержки	64,980	2	,000
Принятие ответственности	32,881	2	,000
Бегство-избегание	21,688	2	,000
Планирование решения проблемы	52,579	2	,000
Положительная переоценка	72,864	2	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	36,599	2	,000

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень шкалы «Социальные установки»

Влияние фактора риска вовлеченности в табачную зависимость подростков на антиаддиктивные профилактические компетенции. 2013

Шкалы ЭМ	уровень фактора риска вовлеченности в табачную зависимость				
	Вовлеченность	Высокий	Средний	Минимальный	Итого
ЭИ_МП	8,0342	8,4270	8,2534	8,1414	8,2551
ЭИ_МУ	7,8291	7,9822	7,7825	7,6406	7,7943
ЭИ_ВП	7,4701	6,9448	6,9112	6,5541	6,8639
ЭИ_ВУ	8,1453	8,5534	8,0542	7,8552	8,1165
ЭИ_ВЭ	8,0855	7,7331	7,4411	7,2496	7,4862
Межличностный ЭИ	15,8632	16,4093	16,0359	15,7820	16,0493
Внутриличностный ЭИ	23,7009	23,2313	22,4065	21,6589	22,4666
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	15,5043	15,3719	15,1646	14,6955	15,1190
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	24,0598	24,2687	23,2778	22,7454	23,3970
Общий эмоциональный интеллект	39,5641	39,6406	38,4424	37,4409	38,5160

Статистика критерия (a,b)

Шкалы Эмоционального интеллекта	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
ЭИ_МП	4,079	3	,253
ЭИ_МУ	15,234	3	,002
ЭИ_ВП	17,273	3	,001
ЭИ_ВУ	21,408	3	,000
ЭИ_ВЭ	24,099	3	,000
Межличностный ЭИ	15,093	3	,002
Внутриличностный ЭИ	35,279	3	,000
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	11,747	3	,008
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	33,566	3	,000
Общий эмоциональный интеллект	35,870	3	,000

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора риска вовлеченности в табачную зависимость

Таблицы 5.17

Шкалы жизнестойкости	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Высокий риск	9,2883	9,6667	7,6396	26,5946
Средний риск	10,1885	10,1534	8,4381	28,7800
Минимальный риск	11,1673	10,4891	8,5966	30,2530
Итого	12,2930	11,6544	9,3632	33,3105
Итого	11,1308	10,6371	8,6892	30,4571

Статистика критерия(a,b)

Шкалы жизнестойкости	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Хи-квадрат	138,401	70,221	54,083	134,754
ст.св.	3	3	3	3
Асимпт. знч.	,000	,000	,000	,000

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора риска вовлеченности в табачную зависимость

Продолжение Таблицы 5.17

Шкалы копинга Лазаруса	Опасность риска вовлеченности в табакокурение				
	Вовлеченность	Высокий	Средний	Минимальный	Итого
Конфронтационный копинг	,6148	,6044	,5486	,5105	,5549
Дистанцирование	,5406	,5309	,5189	,4950	,5173
Самоконтроль	,5659	,5986	,6006	,6181	,6024
Поиск социальной поддержки	,5620	,5786	,5624	,5783	,5691
Принятие ответственности	,5894	,5886	,5802	,5847	,5833
Бегство-избегание	,5627	,5023	,4397	,3980	,4490
Планирование решения проблемы	,5901	,6260	,6366	,6830	,6423
Положительная переоценка	,6034	,5840	,6157	,6590	,6178
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,7265	,6495	,6912	,7125	,6886

Статистика критерия(a,b)

Шкалы копинга Лазаруса	Chi-квadrat	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	56,106	3	,000
Дистанцирование	6,960	3	,073
Самоконтроль	3,787	3	,285
Поиск социальной поддержки	2,278	3	,517
Принятие ответственности	,961	3	,811
Бегство-избегание	71,241	3	,000
Планирование решения проблемы	23,718	3	,000
Положительная переоценка	27,388	3	,000
Общий бал копинг-	4,352	3	,226

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора риска вовлеченности в табачную зависимость

Таблица 5.19

Сравнения результатов тест копинг поведения Лазаруса распределённых по группам колледжей. 2013

Шкалы копинг Лазаруса	Профиль _ОУ					
	Педк-олледж	Производство	Искусство	Строительство	Услуги	Итого
Конфронтационный копинг	,5554	,5410	,5604	,5259	,5129	,5396
Дистанцирование	,5386	,5139	,5266	,4920	,4953	,5143
Самоконтроль	,5937	,5749	,5609	,5386	,5379	,5643
Поиск социальной поддержки	,5508	,5655	,5463	,5479	,4984	,5438
Принятие ответственности	,5267	,5372	,5709	,5123	,4814	,5283
Бегство-избегание	,4381	,4760	,4492	,4123	,4117	,4468
Планирование решения проблемы	,6550	,6174	,5953	,5861	,5588	,6037
Положительная переоценка	,6670	,5588	,5829	,5938	,5398	,5776
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,6326	,7303	,7170	,7282	1,0033	,7727

a программа = среднее специальное образование

Проложениеаблицы 5.19

Статистика критерия(a,b)

Шкалы копинга лазаруса	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	21,173	3	,000
Дистанцирование	5,378	3	,083
Самоконтроль	20,754	3	,000
Поиск социальной поддержки	31,157	3	,000
Принятие ответственности	15,333	3	,003
Бегство-избегание	23,768	3	,000
Планирование решения проблемы	30,861	3	,000
Положительная переоценка	44,164	3	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	15,134	3	,002

Продолжение Таблица 5.19

Шкалы копинг Лазаруса	Профиль ОУ						
	СОШ	Гимназии	СОШ с углубленным изучением языка	ЦО	Лицеи	СОШ с углубленным изучением предметов	Итого
Конфронтационный копинг	,5633	,5597	,5494	,5550	,5743	,5568	,5605
Дистанцирование	,5254	,4695	,5211	,5298	,4830	,5236	,5168
Самоконтроль	,6271	,6515	,6081	,6192	,6289	,6270	,6249
Поиск социальной поддержки	,5752	,5551	,5782	,6002	,5726	,5992	,5781
Принятие ответственности	,6119	,6264	,6039	,6503	,6041	,5826	,6107
Бегство-избегание	,4562	,4345	,4232	,5183	,4459	,4240	,4493
Планирование решения проблемы	,6608	,6791	,6553	,6378	,6805	,6685	,6621
Положительная переоценка	,6338	,6435	,6236	,6396	,6443	,6605	,6365
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,6457	,6067	,7205	,6076	,6338	,6106	,6495

а программа = общее образование

Статистика критерия(a,b)

Шкалы копинга лазаруса	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	19,136	3	,000
Дистанцирование	7,176	3	,089
Самоконтроль	24,653	3	,000
Поиск социальной поддержки	31,891	3	,000
Принятие ответственности	13,212	3	,002
Бегство-избегание	27,103	3	,000
Планирование решения проблемы	35,404	3	,000
Положительная переоценка	42,757	3	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	13,769	3	,002

Таблица 5.20

Средние значения фактора риска вовлечения подростков в табакокурение . 2013

Профиль образования	Фактор риска вовлечения в табачную зависимость	Фактор «устойчивого развития личности»	Фактор «антинаркотическая установка»
среднее специальное образование (колледжи)	6,6578	71,1804	3,5949
общее образование (школы)	5,1303	84,8817	4,8861
Итого	5,6900	79,8680	4,4136
Вид образовательного учреждения			
СОШ	5,1179	84,9128	4,7947
гимназии	5,1639	85,4878	5,0894
СОШ с углубленным изучением языка	4,9783	86,5291	5,0061
ЦО	5,7007	80,5036	4,7153
лицей	5,3060	79,5978	4,5652
СОШ с углубленным изучением предметов	4,7821	90,7722	5,5253
Итого	5,1303	84,8817	4,8861
Административный округ			
	3,7826	104,3478	6,4783
ЗАО	4,6343	90,6381	5,1326
САО	5,3403	80,6041	4,6568
СВАО	5,0000	87,0643	5,1286
ЦАО	5,5166	81,3413	4,6946
ЮЗАО	5,2170	84,4511	4,7853
Итого	5,1303	84,8817	4,8861
Вид колледжей			
педколледж	5,9561	78,4174	3,9217
производство	6,7378	70,5616	3,7718
искусство	6,5795	68,3724	3,5612
строительство	6,5156	71,7656	3,0625
услуги	6,8842	70,0211	3,6789
Итого	6,6184	71,0612	3,6748

Таблица 5.21.

Влияние фактора «устойчивого развития личности» подростков на другие антиаддиктивные профилактические компетенции. 2013

Шкалы ЭИ	уровень "устойчивого развития личности"			
	низкий	средний	высокий	Итого
ЭИ_МП	8,1358	8,3425	8,2775	8,2587
ЭИ_МУ	7,7445	7,7555	7,8936	7,7927
ЭИ_ВП	6,7779	6,8178	7,0122	6,8625
ЭИ_ВУ	8,0081	8,1548	8,1797	8,1162
ЭИ_ВЭ	7,3890	7,4789	7,5978	7,4858
Межличностный ЭИ	15,8803	16,0980	16,1711	16,0515
Внутриличностный ЭИ	22,1749	22,4515	22,7897	22,4646
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	14,9137	15,1603	15,2897	15,1213
Способность к управлению своими и чужими	23,1415	23,3892	23,6711	23,3947

Шкалы ЭИ	уровень "устойчивого развития личности"			
	низкий	средний	высокий	Итого
эмоциями				
Общий эмоциональный интеллект	38,0552	38,5495	38,9609	38,5160

Статистика критерия (a,b)

Шкалы ЭИ	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
ЭИ_МП	,557	2	,757
ЭИ_МУ	3,405	2	,182
ЭИ_ВП	3,395	2	,183
ЭИ_ВУ	1,813	2	,404
ЭИ_ВЭ	6,541	2	,038
Межличностный ЭИ	3,347	2	,188
Внутриличностный ЭИ	8,576	2	,014
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	2,615	2	,271
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	7,534	2	,023
Общий эмоциональный интеллект	10,044	2	,007

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора «устойчивого развития личности»

Продолжение Таблицы 5.17.

Уровень фактора "устойчивого развития личности"	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Низкий	10,2497	10,0965	8,2458	28,5920
Средний	11,1541	10,7445	8,7656	30,6641
Высокий	11,9468	11,0095	9,0296	31,9858
Итого	11,1421	10,6398	8,6979	30,4798

Статистика критерия (a,b)

	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Хи-квадрат	92,831	31,795	34,470	80,684
ст.св.	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,000	,000	,000	,000

a Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора «устойчивого развития личности»

Продолжение Таблицы 5.21.

Шкалы копинга Лазарус	Уровень фактора "устойчивого развития личности"			
	низкий	средний	высокий	Итого
Конфронтационный копинг	,5188	,5576	,5896	,5548
Дистанцирование	,5028	,5140	,5383	,5176
Самоконтроль	,6134	,6054	,5895	,6032
Поиск социальной поддержки	,5755	,5628	,5695	,5688
Принятие ответственности	,5890	,5784	,5815	,5827
Бегство-избегание	,4151	,4310	,5085	,4488
Планирование решения проблемы	,6691	,6435	,6125	,6424
Положительная переоценка	,6481	,6208	,5812	,6177
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,7033	,6724	,6922	,6879

Продолжение Таблицы 5.21

Статистика критерия (a,b)

Шкалы копинга Лазарус	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	38,379	2	,000
Дистанцирование	6,794	2	,033
Самоконтроль	4,346	2	,114
Поиск социальной поддержки	,749	2	,688
Принятие ответственности	1,073	2	,585
Бегство-избегание	62,033	2	,000
Планирование решения проблемы	21,818	2	,000
Положительная переоценка	29,415	2	,000
Общий бал копинг-теста Лазаруса	,705	2	,703

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень фактора «устойчивого развития личности»

Таблица 5.22

Влияние фактора «антинаркотическая установка» подростков на антиаддиктивные профилактические установки. 2013

Шкалы ЭИ	уровень фактора «антинаркотическая установка»			
	низкий	средний	высокий	Итого
ЭИ_МП	7,9961	8,2463	8,3871	8,2587
ЭИ_МУ	7,6123	7,8005	7,8768	7,7927
ЭИ_ВП	6,5927	7,0074	6,9546	6,8625
ЭИ_ВУ	7,9308	7,9458	8,2477	8,1162
ЭИ_ВЭ	7,3238	7,3818	7,5893	7,4858
Межличностный ЭИ	15,6084	16,0468	16,2638	16,0515
Внутриличностный ЭИ	21,8473	22,3350	22,7915	22,4646
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	14,5888	15,2537	15,3416	15,1213
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	22,8668	23,1281	23,7138	23,3947
Общий эмоциональный интеллект	37,4556	38,3818	39,0554	38,5160

Статистика критерия (a,b)

Шкалы ЭИ	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
ЭИ_МП	5,819	2	,054
ЭИ_МУ	9,022	2	,011
ЭИ_ВП	10,823	2	,004
ЭИ_ВУ	9,310	2	,010
ЭИ_ВЭ	11,188	2	,004
Межличностный ЭИ	14,243	2	,001
Внутриличностный ЭИ	19,156	2	,000
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	13,357	2	,001
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	17,258	2	,000
Общий эмоциональный интеллект	28,331	2	,000

а Критерий Краскела-Уоллеса

б Группирующая переменная: уровень фактора «антинаркотическая установка»

Продолжение Таблицы 5.20

Уровень фактора	Вовлеченность	Контроль	Принятие	Жизнестой-
-----------------	---------------	----------	----------	------------

"антинаркотическая установка"			риска	кость
средний	11,4771	10,7655	8,8841	31,1267
низкий	10,7579	10,4339	8,4987	29,6904
высокий	11,9925	11,1960	9,1156	32,3040
Итого	11,1421	10,6398	8,6979	30,4798

Статистика критерия (a,b)

	вовлеченность	контроль	принятие риска	Жизнестой- кость
Хи-квадрат	48,244	16,546	22,414	43,763
ст.св.	2	2	2	2
Асимпт. знч.	,000	,000	,000	,000

а Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора «антинаркотическая установка»

Продолжение Таблицы 5.20

Шкалы копинг Лзаруса	Уровень фактора "антинаркотическая установка"			
	Низкий	Средний	Высокий	Итого
Конфронтационный копинг	,5133	,5400	,5725	,5548
Дистанцирование	,4856	,5149	,5273	,5176
Самоконтроль	,6042	,6077	,6009	,6032
Поиск социальной поддержки	,5681	,5462	,5794	,5688
Принятие ответственности	,5704	,5784	,5878	,5827
Бегство-избегание	,4052	,4155	,4757	,4488
Планирование решения проблемы	,6663	,6520	,6318	,6424
Положительная переоценка	,6385	,6252	,6088	,6177
Общий бал копинг-	,7721	,6715	,6737	,6879

Статистика критерия(a,b)

	Хи-квадрат	ст.св.	Асимпт. знч.
Конфронтационный копинг	26,574	2	,000
Дистанцирование	8,906	2	,012
Самоконтроль	,607	2	,738
Поиск социальной поддержки	8,388	2	,015
Принятие ответственности	1,694	2	,429
Бегство-избегание	43,083	2	,000
Планирование решения проблемы	10,383	2	,006
Положительная переоценка	6,371	2	,041
Общий бал копинг-	6,278	2	,043

а Критерий Краскела-Уоллеса

b Группирующая переменная: уровень фактора «антинаркотическая установка»

Таблица 5.29

Соотношение результатов шкал теста жизнестойкости у подростков, распределённых по видам образовательных учреждений. Москва. 2013

Программа	Вовлеченность	Контроль	Принятие Риска	Жизнестойкость
Среднее Специальное Образование	10,8035	10,5502	8,2668	29,6205
Общее Образование	11,3345	10,6908	8,9430	30,9683
Итого	11,1421	10,6398	8,6979	30,4798
Профиль_ОУ				
Педколледж	11,9826	11,1304	8,7826	31,8957
Производство	10,5195	10,4286	8,0617	29,0097
Искусство	10,4037	10,5031	8,6087	29,5155
Строительство	11,5893	11,2321	7,8214	30,6429
Услуги	10,6793	10,3587	8,1087	29,1467
Итого	10,8095	10,5801	8,2633	29,6529

а программа = среднее специальное образование

Продолжение Таблицы 29

Профиль_ОУ	Вовлеченность	Контроль	Принятие Риска	Жизнестойкость
СОШ	11,3799	10,6511	8,7085	30,7395
Гимназии	11,2973	10,7477	9,2793	31,3243
СОШ с углубленным изучением языка	11,4295	10,5410	9,2033	31,1738
ЦО	10,7500	10,4435	8,9113	30,1048
Лицеи	10,9298	10,8538	9,2573	31,0409
СОШ с углубленным изучением предметов	11,8497	11,1830	9,1373	32,1699
Итого	11,3345	10,6908	8,9430	30,9683

а программа = общее образование

Продолжение Таблицы 29

Административный округ	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
	12,4091	11,1818	9,8636	33,4545
ЗАО	11,3323	10,8571	8,6491	30,8385
САО	11,2766	10,5838	8,7538	30,6142
СВАО	11,8746	11,0957	9,2739	32,2442
ЦАО	11,1650	10,4887	8,8900	30,5437
ЮЗАО	11,0171	10,4558	9,1282	30,6011
Итого	11,3345	10,6908	8,9430	30,9683

а программа = общее образование

Таблица 5.30

Соотношение результатов шкал теста эмоционального интеллекта у подростков, распределённых по видам образовательных учреждений. Москва. 2013

Шкалы ЭИ	программа		
	среднее специальное образование	общее образование	Итого
ЭИ_МП	8,0497	8,3773	8,2587
ЭИ_МУ	7,6064	7,8985	7,7927
ЭИ_ВП	6,8012	6,8973	6,8625
ЭИ_ВУ	8,1451	8,0998	8,1162
ЭИ_ВЭ	7,4006	7,5341	7,4858
Межличностный ЭИ	15,6561	16,2758	16,0515
Внутриличностный ЭИ	22,3469	22,5313	22,4646
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	14,8509	15,2747	15,1213
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	23,1521	23,5324	23,3947
Показатель общего эмоционального интеллекта	38,0030	38,8071	38,5160

Продолжение Таблицы 5.30

Шкалы ЭИ	профиль_ОУ					Итого
	педколледж	производство	искусство	строительство	услуги	
ЭИ_МП	8,3478	7,9025	8,5143	7,9672	7,1497	7,9276
ЭИ_МУ	7,9043	7,3805	7,7371	8,4590	7,3690	7,5981
ЭИ_ВП	7,3565	6,6792	7,2057	6,9016	6,3262	6,8166
ЭИ_ВУ	8,6000	8,0063	7,8800	8,4918	7,9786	8,0888
ЭИ_ВЭ	7,7913	7,3396	7,4286	7,7213	7,0481	7,3820
Межличностный ЭИ	16,2522	15,2830	16,2514	16,4262	14,5187	15,5257
Внутриличностный ЭИ	23,7478	22,0252	22,5143	23,1148	21,3529	22,2874
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	15,7043	14,5818	15,7200	14,8689	13,4759	14,7442
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	24,2957	22,7264	23,0457	24,6721	22,3957	23,0689
Общий эмоциональный интеллект	40,0000	37,3082	38,7657	39,5410	35,8717	37,8131

а программа = среднее специальное образование

Таблица 5.35

Распределение средних качественных показателей эмоционального интеллекта по уровням сформированности устойчивого развития личности и антинаркотической установки у старших подростков. Москва. 2013

Эмоциональный интеллект (ЭИ)	Уровень сформированности устойчивого развития личности/ антинаркотической установки				Нормированные показатели ЭИ
	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень	Итого	
Межличностное понимание чужих эмоций (МП)	14,67	14,56	14,31	14,53	Очень низкое <19 Низкое 20-22
	14,75	14,50	14,06	14,53	
Межличностное управление чужими эмоциями (МУ)	13,88	13,64	13,62	13,71	Очень низкое <14 Низкое 15-17
	13,85	13,72	13,39	13,71	
Межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ)	28,44	28,31	27,93	28,23	Очень низкое <34 Низкое 35-39
	28,61	28,22	27,45	28,23	
Внутреннее понимание своих эмоций (ВП)	12,33	11,99	11,92	12,07	Очень низкое <13 Низкое 14-16
	12,23	12,33	11,60	12,07	
Внутреннее управление своими эмоциями (ВУ)	14,39	14,34	14,09	14,28	Очень низкое <9 Низкое 10-12 Среднее 13-15
	14,51	13,98	13,95	14,28	
Контроль экспрессии эмоций (ВЭ)	13,36	13,15	13,00	13,17	Очень низкое <6 Низкое 7-9 Среднее 10-12 Высокое 13-15
	13,35	12,98	12,88	13,17	
Внутренний эмоциональный интеллект (ВЭИ)	40,08	39,49	39,00	39,51	Очень низкое <33 Низкое 34-38 Среднее 39-47
	40,09	39,28	38,43	39,51	
Способность к пониманию своих и чужих эмоций (ПЭ)	26,89	26,67	26,23	26,60	Очень низкое <34 Низкое 35-39
	26,98	26,83	25,66	26,60	
Способность к управлению своими и чужими эмоциями (УЭ)	41,63	41,14	40,70	41,15	Очень низкое <33 Низкое 34-39 Среднее 40-47
	41,71	40,68	40,22	41,15	
Общий эмоциональный интеллект (ОЭИ)	68,53	67,80	66,93	67,75	Очень низкое <71 Низкое 72-78
	68,69	67,51	65,88	67,75	

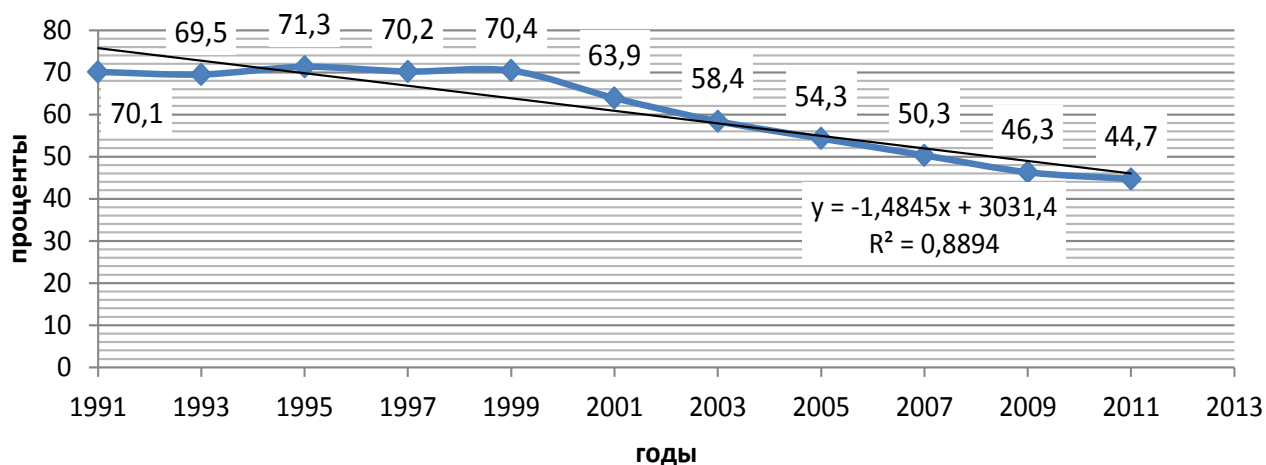


Рисунок 5.30. График распространённости табакокурения среди подростков 13-17 лет, проживающих и обучающихся в США, кто хотя бы раз курил сигареты. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) Conducting Trend Analyses of YRBS Data08.2013

Таблица 5.35

Распределение по факторам риска табакокурения и потребления наркотиков среди старших подростков и взрослых по годам. США. Healthy People 2020 Leading Health Indicators: Progress Update. US. 2013

Показатели	Базовая линия (точка отсчета)	Самый новый показатель	Целевой показатель
Год	2008	2012	2020
SA Подростки использующие спирт или запрещенные наркотики в последние 30 дней (в процентах, 12-17 лет)	18,40%	17,40%	16,60%
SA- 14.3 Пьянство взрослых в последние 30 дней (в процентах, 18 лет и старше)	27,10%	27,10%	24,40%
TU -1.1 Курение взрослых (возраст регулируется, в процентах, 18 лет и старше)	20,60%	18,20%	12,00%
Tu- 2.2 Курение подростков в последние 30 дней (в процентах, 9-12 классы)	19,50%	18,10%	16,00%