



**ПРОГРАММА  
ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
СРЕДИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН КОРЕННЫХ НАРОДОВ  
СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

**2021**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО	-	автономный округ
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ВОО	-	величина основного обмена
ИМТ	-	индекс массы тела
КФА	-	коэффициент физической активности
НИЗ	-	неинфекционные заболевания
ПАВ	-	психоактивные вещества
РФ	-	Российская Федерация
УПН ООН	-	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ФО	-	Федеральный округ
ХМАО-Югра	-	Ханты-Мансийский автономный округ - Югра
ЯНАО	-	Ямало-Ненецкий автономный округ
AASM	-	Американская академия медицины сна (American Academy of Sleep Medicine)
ANSS	-	Ассамблея национального общества изучения сна (Assembly of National Sleep Societies)
CDC	-	Центр по контролю заболеваемости и профилактике Соединенных штатов Америки (Centers for Disease Control and Prevention)
EMCDDA	-	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
ESPAD	-	Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам (European School Survey Projection Alcohol and Others Drugs)
HBSC	-	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (Health Behavior in School-aged Children)
NHSAP	-	Национальный проект по повышению осведомленности о здоровом сне (National Healthy Sleep Awareness Project)



**Программа разработана Региональной общественной благотворительной организацией «Центр профилактики наркомании» (Санкт-Петербург) в рамках проекта «Использование потенциала некоммерческих организаций и органов местной власти для развития комплексной профилактики злоупотребления наркотиками и алкоголем среди девушек и женщин» при финансовой поддержке Европейского Союза.**

Авторы: Евгения Фадеева, Елена Амелина

Программа разработана с целью повышения эффективности действий по профилактике употребления психоактивных веществ среди девушек и женщин коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации. Программа разработана в целях определения рекомендаций для комплексного подхода к профилактике употребления психоактивных веществ на основе российского и зарубежного опыта в интересах учреждений, организаций и отдельных специалистов, осуществляющих работу по профилактике употребления алкоголя и наркотиков. В программе предложен практический инструмент для проведения профилактической работы среди девушек и женщин коренных народов по формированию здорового образа жизни включая отказ от употребления алкоголя и наркотиков, с учетом исторических, культурных, социальных и бытовых условий, отечественного и зарубежного опыта проведения профилактической работы.

Программа профилактики включает в себя материалы по обучению специалистов практическим методам, направленным на предупреждение потребления алкоголя и наркотиков девушками и женщинами – представителями коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации.

Программа профилактики включает две части:

1. Теоретическую часть, раскрывающую содержание тем по ключевым аспектам, имеющим прямое или косвенное отношение к факторам риска и факторам защиты, соответственно инициирующим потребление алкоголя или наркотиков, или предохраняющими от него. по проведению обучения для каждой из тем пособия и краткое теоретическое содержание темы;
2. Практическую часть с раздаточными материалами для слушателей, раскрывающие содержание изучаемых тем и включающие таблицы, рисунки и ситуационные задачи, которые позволят эффективнее усваивать содержание пособия. Раздаточные материалы рекомендуется заранее распечатывать для каждой из участниц профилактических занятий.

Программа предназначена для психологов, социальных работников, работающих в образовательных организациях, учреждениях социальной помощи, в кризисных центрах для девушек и женщин.

Программа носит комплексный характер и не противоречит международным стандартам по профилактике употребления психоактивных веществ и Российскому законодательству. Содержание данной программы содержит точку зрения авторов и может не совпадать с официальной позицией Представительства Европейской Комиссии в Российской Федерации.

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

ЧАСТЬ 1. Теоретическая часть .....	5
1. Введение.....	6
2. Статистические данные, характеризующие употребление психоактивных веществ среди женщин ряда регионов Севера, Сибири и Дальнего Востока .....	8
3. Основные и особые факторы, влияющие на употребление психоактивных веществ девушками и женщинами .....	13
3.1. Основные факторы риска и факторы защиты, влияющие на употребление психоактивных веществ девушками и женщинами .....	13
3.2. Особые факторы риска, влияющие на употребление алкоголя и наркотиков девушками и женщинами ряда регионов Севера, Сибири и Дальнего Востока .....	16
4. Программы, предлагаемые в международных стандартах по профилактике употребления психоактивных веществ, которые могут быть эффективными для девушек и женщин ряда регионов Севера, Сибири и Дальнего Востока.....	20
5. Отдельные приемы, эффективные для профилактики употребления психоактивных веществ среди девушек и женщин ряда регионов Севера, Сибири и Дальнего Востока .....	25
5.1. Здоровое питание .....	26
5.2. Физическая активность и занятия спортом .....	29
5.3. Режим сна и бодрствования .....	32
5.4. Психоактивные вещества .....	33
5.4.1. Алкоголь .....	33
5.4.2. Наркотики .....	39
5.5. Психическое здоровье .....	45
5.6. Регулярный контроль за физическими показателями состояния здоровья .....	47
6. Подходы для включения отдельных приемов, связанных с историческими, культурными, социальными и бытовыми условиями коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока в программы с доказанной эффективностью .....	52
6.1. Отдельные профилактические приемы, основанные на исторических, культурных, социальных и бытовых традициях коренных народов .....	54
ЧАСТЬ 2. Практическая часть .....	57
Тема 1: Здоровое питание .....	62
Тема 2: Физическая активность и занятия спортом .....	67
Тема 3: Режим сна и бодрствования .....	73
Тема 4: Алкоголь и наркотики .....	77
Тема 5: Психическое здоровье .....	84
Подтема 1: Стресс и стрессоустойчивость .....	84
Подтема 2: Агрессия и навыки саморегуляции.....	86
Подтема 3: Аутоагрессия .....	89
Тема 6: Отдельные профилактические приемы, основанные на исторических, культурных, социальных и бытовых традициях коренных народов .....	95
Тема 7: Заключение.....	97
Список литературы .....	98

# **ЧАСТЬ 1**

## **Теоретическая часть**

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Состав населения Российской Федерации представлен двумя большими расами: европеоидной и монголоидной. По приблизительным подсчетам, представители европеоидной расы составляют 90% населения страны. Еще около 9% населения относится к представителям смешанных европеоидных и монголоидных рас. Численность «чистых» представителей монголоидной расы не превышает 1 млн. человек. Монголоиды азиатской части России делятся на три основные группы: северную (континентальную), арктическую и тихоокеанскую (восточно-азиатскую). Северные, или континентальные, монголоиды представлены двумя типами — байкальским и центрально-азиатским. Байкальский тип — эвены, эвенки, тунгусоязычные народы Нижнего Амура и Сахалина, юкагиры, часть якутов и бурят. Центрально-азиатский тип — большая часть бурят, якутов, телеуты, тувинцы степных районов, частично южные группы эвенков, хакасов, южные алтайцы. Народы северо-восточной Сибири (чукчи, коряки, ительмены, эскимосы и алеуты) принадлежат к арктической группе большой монголоидной расы. Оленные чукчи и коряки несколько отличаются от береговых, особенно от эскимосов, обнаруживая примесь байкальского типа. Среди коренных народов Приамурья (нивхов, отчасти ульчей и орочей), довольно разных по своему антропологическому облику, преобладает амуро-сахалинский тип.

Россия — многонациональное государство с большим этнокультурным многообразием. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается 176 национальностей (в 1989 г. их выделялось 146). Русские составляют 81% всего населения страны. Иные этнические общности (18%) по государственно-правовым признакам могут быть дифференцированы таким образом: народы, которые в составе Российской Федерации обрели собственную государственность в форме республик (башкиры, татары, коми, карелы, др.), автономных областей (евреи) и автономных округов (ханты, манси, чукчи и другие северные народы — всего 9) [14, 51, 52].

На 1 января 2019 года, по оценке Росстата, в России проживает более 146 миллионов постоянных жителей, страна занимает девятое место в мире по численности населения. Согласно данным последней переписи населения, проведенной в 2010 году, в России проживают представители более 200 национальностей (этнических групп), из которых русские составляют около 81% от общей численности населения. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации — народы численностью менее 50 тысяч человек, проживающие на территориях традиционного расселения своих предков, сохраняющие традиционные образ жизни, хозяйствование и промыслы и осознающие себя самостоятельными этническими общностями. К коренным малочисленным народам, выделенным Конституцией РФ в качестве особой этнической

общности (ст. 69), относят 36 народов Севера, Сибири и Дальнего Востока общей численностью около 200 тыс. чел., или примерно 0,15% всего населения страны (7 из них проживают в автономных округах, в которых составляют от 1 до 16% их населения), а также 19 иных этносов (абазины, ижорцы, нагайбаки, шапсуги и др.). Самыми многочисленными этническими группами являются ненцы, эвенки, ханты, эвены и чукчи, однако численность каждого из народов не превышает 50 тысяч человек. Субъектами Российской Федерации, имеющими наибольшее представительство коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока среди населения, являются:

- Тюменская область (включая Ханты-Мансийский автономный округ - Югра и Ямало-Ненецкий автономный округ) с численностью представителей коренных малочисленных народов более 52 тыс. человек;

- Республика Саха (Якутия) с численностью представителей коренных малочисленных народов более 22 тыс. человек;

- Хабаровский край – более 18 тыс. человек [14, 20].

Немаловажным критерием осознания своей национальной принадлежности является национальная самоидентификация, когда представители этнической группы ассоциируют себя не как представителя своей этнической группы (например, как ненца), а как жителя России (как русского). В этом вопросе существуют заметные различия между идентификацией себя в качестве представителя определенной национальности (русского, бурята, хакаса и т.д.) или в качестве представителя определенной расы (монголоидной или европеоидной). Так, на территории Республики Бурятия 66% населения относят себя к русским, а 30% - к бурятам. На территории Республики Хакасия более 81% населения относят себя к русским, а 12% - к хакасам. На территории Республики Тыва 82% населения относят себя к тувинцам, а 16% - к русским. На территории Республики Саха (Якутия) 50% населения относят себя к якутам, 37% - к русским (перепись). На территории каждой из перечисленных республик действуют два государственных языка: первым является русский и вторым – национальный (бурятский, тувинский, хакасский, якутский) [14, 51, 52].

## 2. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЯДА РЕГИОНОВ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

В соответствии с целями и задачами данной программы был произведен анализ данных наркологической службы о численности состоящих на учете в наркологической службе лиц с алкогольной и наркотической зависимостью в ряде регионов, где в наибольших количествах проживают представители коренных малочисленных народов: Республика Бурятия, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Саха, Республика Тыва, Республика Хакасия и Чукотский АО.

✓ Наркологической службой Российской Федерации в 2018 году по всей стране было зарегистрировано 1 376 344 пациентов с диагнозом «алкоголизм», включая алкогольные психозы, что соответствует показателю 937,1 на 100 тыс. населения или около 0,9% от его общей численности [22];

✓ Среди состоявших на учете с диагнозом «алкоголизм» большинство были мужчины - 1 072 579 или 1 574,6 на 100 тыс. мужского населения;

✓ Среди женщин данный показатель был существенно ниже (в 4,1 раза), чем среди мужчин, и составлял 385,7 пациенток на 100 тыс. женского населения или всего 303 765 женщин во всей Российской Федерации в 2018 году.

Ввиду значительных различий в численности как общего, так и доли женского населения в рассматриваемых регионах, для сравнения возможно было использовать показатели распространенности алкоголизма, а также соотношение показателей среди мужчин и среди женщин. Причём для обеих величин наблюдались существенные региональные отличия.

✓ Превышение среднероссийских значений по распространенности алкоголизма среди женщин в полтора-два раза наблюдалось в *Республике Саха* (724,7 пациенток на 100 тыс. женского населения, что в 1,9 раза выше среднего), в *Республике Хакасия* (707,1 – в 1,8 раза выше) и в *Республике Коми* (609,7 – в 1,6 раза выше среднего по России);

✓ В *Чукотском АО* и в *Республике Тыва* показатели, характеризующие распространенность алкоголизма среди женщин, значительно превышали среднероссийские - более, чем в три раза. В *Чукотском АО* показатель составлял 3 025,8 пациенток на 100 тыс. женского населения (в 7,8 раза выше среднероссийского), а в *Республике Тыва* - 1126,6 пациенток на 100 тыс. женского населения (в 2,9 раза выше среднероссийского за 2018 год);

✓ Для **Республики Бурятия** показатель распространенности алкоголизма среди женщин практически не отличался от среднероссийского (387,4), а для **Республики Карелия** он был даже ниже (285,9 пациенток с диагнозом «алкоголизм» на 100 тыс. женского населения или 0,7 от среднего показателя по Российской Федерации за 2018 год).

✓ К регионам с долей женщин среди пациентов с диагнозом «алкоголизм» сходной со среднероссийской, которая составляла 22%, можно отнести **Республику Карелия** (доля женщин 22%), **Республику Саха** (22%), **Республику Коми** (25%), в которых доля женщин была менее одной четверти, а также **Республику Хакасия** (29%) и **Республику Бурятия** (29%), в которых доля женщин среди больных алкоголизмом не превышает трети;

✓ В **Чукотском АО** и в **Республике Тыва** доля женщин существенно отличалась от среднего для России и других рассмотренных регионов и составляла 40% и 52%, соответственно. Доля женщин среди зарегистрированных больных алкоголизмом в этих двух регионах близка к половине всех больных, зарегистрированных наркологической службой с диагнозом «алкоголизм» (рис. 1).

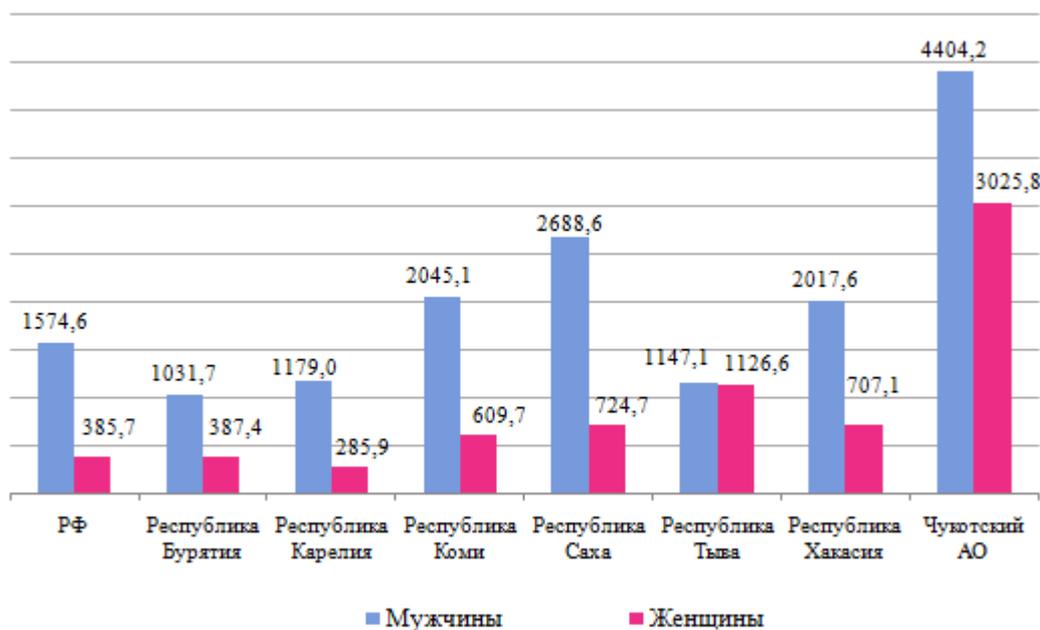


Рисунок 1. Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм), включая алкогольные психозы среди мужчин и среди женщин (показатель на 100 тыс. среднегодового населения в 2018 году)

Другим важным статистическим показателем, позволяющим характеризовать тяжесть алкогольной, является распространенность алкогольных психозов.

✓ Наркологической службой Российской Федерации в 2018 г. было зарегистрировано 47 149 пациентов с алкогольными психозами, или 32,1 пациентов на 100 тыс. населения [22];

✓ Среди мужчин было зарегистрировано 37 816 пациентов с алкогольными психозами, что соответствует показателю 55,5 на 100 тыс. мужского населения;

✓ Среди женщин данный показатель был существенно ниже (в 5 раз) и составлял 11,9 пациенток на 100 тыс. женского населения или всего 9 333 женщины;

Среди рассматриваемых регионов вновь наблюдались существенные региональные отличия показателей распространенности алкогольных психозов, а также соотношение показателей распространенности алкогольных психозов среди мужчин и среди женщин.

✓ Во всех рассматриваемых регионах распространенность алкогольных психозов была выше среднероссийской или равна ей (в *Республике Тыва*: 11,9 пациенток на 100 тыс. женского населения).

✓ Превышение значений распространенности алкогольных психозов среди женщин в полтора-два раза наблюдалось в *Республике Бурятия* (14,9 пациенток на 100 тыс. женского населения), в *Республике Коми* (17,1) и в *Республике Хакасия* (19,1); примерно в 2,5 раза – в *Республике Карелия* (28,1) и в *Республике Саха* (32,6 случаев алкогольных психозов на 100 тыс. женского населения в 2018 году).

✓ В *Чукотском АО* показатель, как и ранее для алкоголизма, значительно превышал среднероссийский, и составлял 140,2 случаев алкогольных психозов на 100 тыс. женского населения, что соответствует превышению среднего значения для всей Российской Федерации более чем в 10 раз;

✓ *Республика Тыва* и *Чукотский АО* вновь выделялись среди рассматриваемых регионов более высокой долей женщин (49% и 44% женщин среди больных алкогольными психозами, соответственно), однако при самом высоком показателе среди рассматриваемых регионов в *Чукотском АО*, в *Республике Тыва* данный показатель в 2018 году, наоборот, был самым низким (рис. 2).

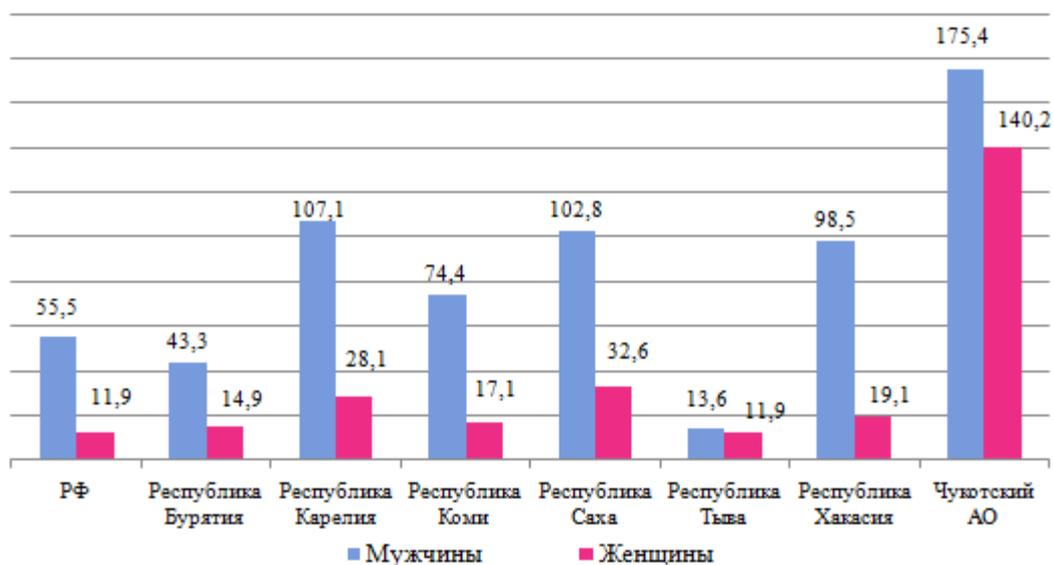


Рисунок 2. Алкогольные психозы среди мужчин и среди женщин (показатель на 100 тыс. среднегодового населения в 2018 году)

✓ Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков (наркомания), зарегистрированных наркологической службой Российской Федерации в 2018 г., составляет 250 634 человек или 170,6 пациентов на 100 тыс. населения [22];

✓ Среди мужчин было зарегистрировано 207 609 пациентов с наркоманией или 304,8 на 100 тыс. мужского населения;

✓ Среди женщин данный показатель существенно ниже и составлял 54,6 на 100 тыс. женского населения; всего в России в 2018 году было зарегистрировано 43 025 женщин с синдромом зависимости от наркотиков;

✓ В *Республике Бурятия, Республике Тыва, Республике Саха и Республике Карелия* показатель заболеваемости наркоманией среди женщин был существенно ниже среднероссийского (от 9,5 до 18,1 пациенток на 100 тыс. женского населения), при том, что в *Чукотском АО* женщин с наркоманией в 2018 году не было зарегистрировано вовсе. Также во всех этих регионах доля женщин была существенно ниже, чем в среднем по России;

✓ *Республика Хакасия* оказалась регионом с самыми высокими значениями по заболеваемости наркоманией – 95,2 женщин с синдромом зависимости от наркотиков на 100 тыс. женского населения, что почти в два раза превышает среднероссийскую величину. Доля женщин среди больных наркоманией оказалась близкой к среднему по России – 16% и 17%, соответственно (рис. 3).

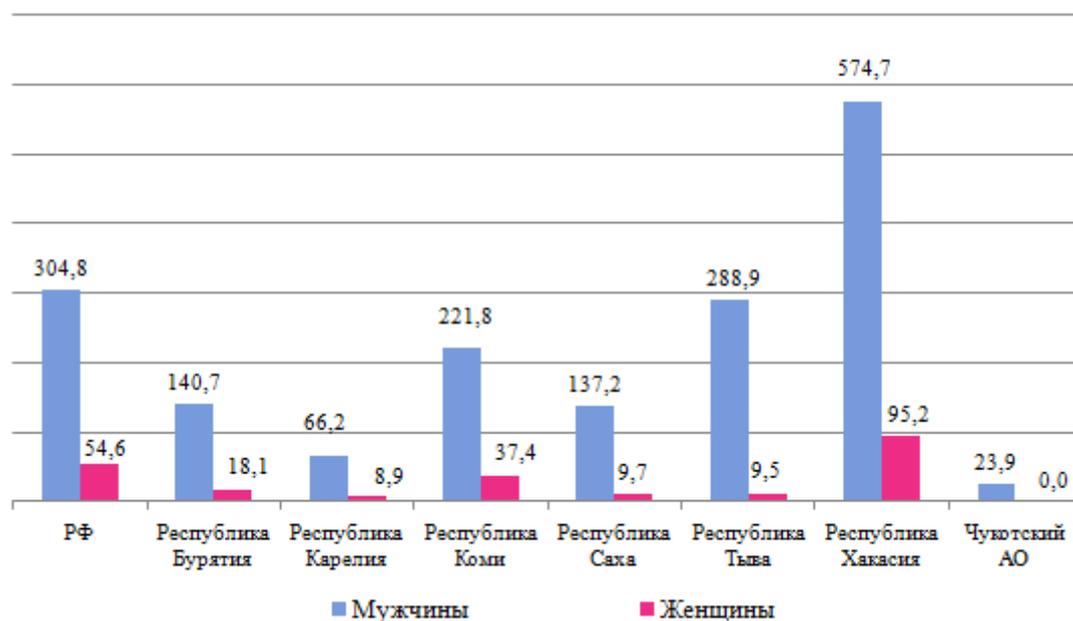


Рисунок 3. Синдром зависимости от наркотиков (наркомания) среди мужчин и среди женщин (показатель на 100 тыс. среднегодового населения в 2018 году)

Резюмируя, следует еще раз подчеркнуть основные тенденции, связанные с распространенностью алкоголизма и наркомании среди девушек и женщин:

- ✓ **Республика Хакасия, Республика Саха, Республика Коми Республика Тыва и Чукотский АО** - относятся к регионам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации с высокой распространенностью алкогольных проблем среди женского населения;
- ✓ **Республика Карелия, Республика Саха и Чукотский АО** являются регионами с высокой заболеваемостью алкогольными психозами среди женского населения;
- ✓ **Республика Хакасия** относится к региону с наиболее высокими значениями по заболеваемости наркоманией среди женского населения [20].

### **3. ОСНОВНЫЕ И ОСОБЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕВУШКАМИ И ЖЕНЩИНАМИ**

Представленные в предыдущей главе данные в отношении различий по показателям распространенности алкоголизма и наркомании среди мужчин и женщин связаны с основными генетическими, биологическими, физиологическими, социальными и психологическими причинами, имеющими гендерную специфику. Тогда как различия между среднероссийскими показателями распространенности алкоголизма, включая алкогольные психозы, и наркомании среди женщин Российской Федерации и аналогичными показателями у женщин, проживающих в регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера, имеют особые причины, связанные с этническими, культурными и историческими факторами.

#### **3.1. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕВУШКАМИ И ЖЕНЩИНАМИ**

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования указывают на способность широкого диапазона обстоятельств - от мер государственной политики до психологических особенностей индивидуума – могут оказывать протективное или стимулирующее влияние на начало употребления ПАВ и дальнейшее формирование зависимого поведения (Таблица 1) [31, 32, 55, 57, 62].

##### Основные факты:

- ✓ Определенные обстоятельства или ситуации могут либо способствовать, либо препятствовать началу употребления ПАВ;
- ✓ Вероятность того, что единственный фактор будет способствовать началу употребления ПАВ конкретным человеком крайне низка;
- ✓ Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы подростка или взрослого человека стать потребителем ПАВ, называются факторами риска;
- ✓ Обстоятельства, препятствующие или достоверно снижающие шансы подростка стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты или протективными факторами [9, 10];
- ✓ В процессе жизни на индивидуума воздействует совокупность факторов риска и факторов защиты, которые не имеют прямых связей с формированием зависимости от алкоголя и наркотиков;

✓ Факторы риска и факторы защиты нередко специфичны для определенных возрастных групп и подростковый возраст является наиболее уязвимым периодом в отношении влияния негативных обстоятельств, способствующих формированию химических и нехимических зависимостей [31, 32, 55, 57, 62].

Таблица 1.

*Сегменты профилактических вмешательств и факторы риска, воздействие на которые влияет на распространенность потребления ПАВ*

<i>Сегмент профилактических вмешательств</i>	<i>Факторы риска/ Факторы защиты</i>
<b><i>Макроуровень профилактических вмешательств (уровень страны/ государства)</i></b>	
Уровень государственного регулирования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• уровень жизни и безработицы в стране</li> <li>• возможность получать образование и медицинскую помощь</li> </ul>
Социальная среда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• общественные нормы</li> <li>• социальное неравенство и дискриминация</li> <li>• военные действия и конфликты на территории страны</li> </ul>
Физическая среда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• качество жилых помещений и близлежащей придомовой территории</li> <li>• безопасность района</li> <li>• доступность табака, алкоголя и наркотиков</li> <li>• доступность качественных продуктов питания</li> <li>• влияние средств массовой информации</li> </ul>
<b><i>Микроуровень профилактических вмешательств</i></b>	
Семья	<ul style="list-style-type: none"> <li>• родительский контроль и привязанность</li> <li>• родительская ролевая модель поведения</li> <li>• удовлетворение физических и психологических потребностей</li> </ul>
Образовательная организация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• качество образования</li> <li>• посещаемость образовательной организации</li> <li>• наличие программ профилактики и внешкольных мероприятий</li> <li>• «климат» образовательной организации</li> </ul>
Сверстники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• взаимодействие группы сверстников между собой</li> <li>• родительский контроль в семьях у сверстников</li> <li>• сверстники как ролевая модель поведения</li> </ul>
<b><i>Уровень индивидуальных профилактических вмешательств</i></b>	
Психическое здоровье и личностные особенности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• психические и поведенческие расстройства</li> <li>• речевые и когнитивные нарушения склонность к поиску новых (острых) ощущений</li> <li>• агрессивность</li> <li>• импульсивность</li> <li>• самоконтроль</li> </ul>

✓ Профилактика зависимости от ПАВ, включая табак, алкоголь и наркотики, представляет собой стратегии, направленные либо на снижение факторов риска зависимого поведения, либо на усиление факторов, способствующих здоровому образу жизни;

✓ Эффективные профилактические вмешательства направлены на устранение факторов риска до появления рискованного поведения, которые могут активно реализоваться специалистами, имеющими педагогическое, психологическое и социологическое образование, а также с использованием подхода «равный-равному» в образовательных учреждениях [31, 32, 55, 57, 62].

Факторы риска, влияющие на употребление алкоголя и наркотиков девушками и женщинами [45, 46]:

В настоящее время причины, вызывающие злоупотребление алкоголем и наркотиками некоторыми девушками и женщинами, по мнению ученых, в большей или меньшей степени связаны с их генетическими и биологическими особенностями. Также влияние может оказывать специфика семейного воспитания, жестокое обращение в семье и в образовательных учреждениях, негативный детский опыт и дисгармоничный характер партнерских отношений [1, 2, 32].

Кроме того, влияние на тяжесть проблем, связанных с употреблением алкоголя, у женщин оказывают следующие факторы:

✓ Более низкая в сравнении с мужчинами масса тела и особенности обмена веществ являются причиной, благодаря которой одинаковое количество алкоголя, употребленное мужчиной и женщиной, будет воздействовать на женщину сильнее, оказывая более выраженный токсический эффект [32];

✓ Особенности гормонального профиля женщин, способствуют ускоренному всасыванию этанола из желудочно-кишечного тракта в кровь, что приводит к более быстрому наступлению состояния алкогольного опьянения [32];

✓ Более медленный по сравнению с мужчинами метаболизм этанола в организме женщины приводит к более длительному состоянию алкогольной интоксикации [32];

✓ Физическое и эмоциональное насилие в детстве, включая буллинг (травлю), являются доказанными неблагоприятными факторами, инициирующими потребление алкоголя [31-33, 41];

✓ Отсутствие детей и (или) супружеских отношений, конфликтные и (или) созависимые отношения, а также развод могут стать причинами начала употребления алкоголя [40, 57];

✓ Употребление алкоголя одним или обоими родителями девочки зачастую являются причиной формирования раннего женского алкоголизма [40, 57];

✓ Увеличение потребления женщинами алкоголя после вступления в брак было напрямую связано с количеством алкоголя, которое употребляют их мужья [40, 57];

✓ Как показывают отечественные и зарубежные исследования, серьезным фактором риска развития алкоголизма у женщин, в том числе и в молодом возрасте, является влияние супруга или партнера, злоупотребляющего алкоголем. У женщин, страдающих зависимостью от алкоголя, до 70% партнеров также злоупотребляют алкоголем [40, 57-59];

✓ Высокий уровень социального неодобрения в отношении девушек и женщин, злоупотребляющих алкоголем, приводит к низкой обращаемости за социальной, психологической и медицинской помощью, что не позволяет женщине получить поддержку специалистов на ранних стадиях развития заболевания (Рисунок 4).

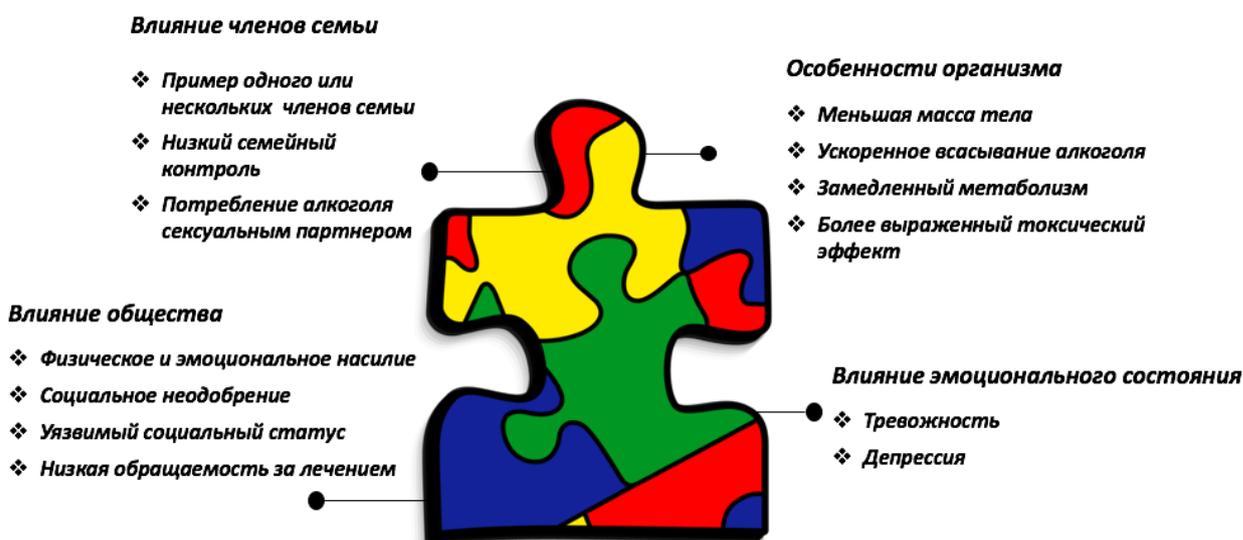


Рисунок 4. Факторы риска, влияющие на употребление алкоголя и наркотиков девушками и женщинами

Таким образом, многочисленные исследования выделяют схожие для девушек и женщин биологические, генетические, физические, социальные и психологические факторы риска, способствующие алкоголизации и наркотизации. При этом существует ряд специфических обстоятельств, делающих женщин коренных малочисленных народов России, включая бурятов, хакасов, тувинцев и др., более уязвимыми к вредному воздействию этанола [11].

### **3.2. ОСОБЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ ДЕВУШКАМИ И ЖЕНЩИНАМИ РЯДА РЕГИОНОВ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

Россия имеет огромную территорию и многонациональное население, однако проведенный анализ, выявил незначительную выраженность типичных гендерных проблем, характерных для многих стран мира и влияющих на уязвимость женского

населения. Например, уровень оплаты труда женщин, занятых в сельском хозяйстве, незначительно ниже, чем у мужчин; уровень безработицы среди женщин ниже; ожидаемая продолжительность жизни сельских женщин на 11 лет больше, чем мужчин; уровень образования занятых сельских женщин также выше. Кроме того, в России немало женщин среди руководителей администраций сельских поселений, особенно в периферийных территориях с острыми проблемами развития [11].

Тем не менее, у этнических групп, населяющих Северо-Западный, Сибирский и Дальневосточный ФО, которые могут быть отнесены к монголоидной расе, достаточно остро стоит вопрос потребления алкоголя с вредными последствиями, алкоголизма и алкогольных психозов [22].

Отмечен следующий ряд клинико-динамических особенностей формирования и течения алкоголизма у женщин, проживающих на территории Республика Саха (Якутия):

- 1) доля смертности от причин, связанных с потреблением алкоголя, составляет от 40,6% до 57,9%;
- 2) более раннее систематическое употребление характерно для женщин субарктического и арктического поясов;
- 3) высокопрогредиентный тип течения заболевания характерен для женщин умеренного пояса Республики Саха;
- 4) некоторые биохимические отклонения, указывающие на интенсивный процесс гликолиза при злоупотреблении алкоголем [49].

В исследовании, проведенном в Республике Тыва, установлены достоверные различия, касающиеся: 1) более позднего возраста формирования основных синдромов алкогольной зависимости – потери контроля и синдрома отмены у тувинцев по сравнению с русскими. При этом алкоголизм у тувинцев характеризовался 2) более прогредиентной формой течения – синдром зависимости формировался в среднем за 2,5 – 4 года систематического употребления алкоголя и имел 3) неблагоприятный прогноз развития болезни с манифестацией психотических форм [3, 8].

Начиная с 70-х годов XX века, появляются научные работы, посвященные описанию работы ферментов печени, участвующих в метаболизме этилового спирта. Одним из предположений, объясняющих специфическую подверженность влиянию алкоголя, связывают с особой токсической реакцией коренных жителей Севера, Сибири и Дальнего Востока России даже на незначительное количество этанола. Быстрое развитие алкогольной зависимости у коренных жителей Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации некоторыми исследователями объясняется своеобразием протекания биохимических процессов [21]. Отмечается, что метаболизм этанола у

представителей коренных народов замедлен, его концентрация в крови дольше остается высокой. Однако единой концепции, объясняющей этот феномен, до сих пор не предложено [19, 28, 30, 37, 48].

#### Основные факты:

✓ Последние исследования подчеркивают, что устоявшееся в российском обществе мнение относительно того, что склонность к пьянству жителей коренных народов «генетически обусловлена», может быть не в полной мере объективно, так как высокий уровень потребления алкоголя скорее отражает общую социальную дезадаптацию, а также высокий уровень безработицы [7, 25, 51, 52];

✓ Распространение безработицы среди представителей коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, сложности их адаптации к реалиям «техногенной цивилизации», исчезновение ряда элементов традиционных культур и многие другие причины ведут к негативным психологическим последствиям, снижению уровня самосохранительного поведения и чрезмерном употреблении алкоголя и наркотиков [19];

✓ Достаточно остро стоит проблема психического здоровья малочисленных народов России, на показатели которого оказывает влияние большой комплекс патогенных факторов, значительный вес среди которых имеет разрыв связей между национальной идентичностью и культурной ассимиляцией, который сопровождается разрушением среды обитания и деформацией личности коренных народов [28];

✓ Также среди причин, объясняющих интенсивное потребление алкогольных напитков представителями коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, некоторые исследователи называют изменение традиционного типа питания [7, 25];

✓ Характерный для коренных народов «белково-липидный» рацион, обладающий антистрессовым эффектом, был заменен на активное потребление алкоголя. В связи с чем, дополнительным профилактическим направлением, способствующим отказу от потребления алкоголя девушками и женщинами, являются мероприятия по изменению пищевых привычек и гармонизации эмоционального состояния;

✓ Результаты научных исследований доказывают существенное влияние этнокультурных факторов на клинико-динамические характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, которые нуждаются в необходимости дальнейшего изучения предикторов формирования алкоголизма и наркомании [3, 49];

✓ Выраженные особенности эпидемиологических характеристик отмечаются в тех регионах, где наблюдается своеобразие поведенческих паттернов в отношении спиртного, типа предпочитаемых напитков, климатогеографических особенностей и метаболизма этилового спирта у представителей коренных народов [3];

✓ Девушки и женщины коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, как представители другой самобытной культуры, могут начать употреблять алкоголь и наркотики в попытке интегрироваться в новое общество со сложившимися стереотипами потребления психоактивных веществ и пытаться им следовать [28];

✓ Другой причиной потребления алкоголя и наркотиков может стать желание женщин снизить психоэмоциональное напряжение, связанное депривацией и адаптацией к новым условиям [28].

Большая часть современных исследователей среди профилактических мероприятий, направленных на снижение распространенности потребления психоактивных веществ среди девушек и женщин коренных народов, указывают на необходимость:

1) возрождения традиционных запретов и ограничений на употребление алкоголя молодежью и женщинами,

2) формирования приверженности к ведению здорового образа жизни;

3) актуализации чувства национальной идентичности, в том числе за счет повышения образовательного и культурного уровня населения,

4) снижения безработицы, в том числе за счет возрождения традиционных видов труда и народного творчества,

5) превентивной работы с семьей и общиной, а также с другими организованными группами населения, например, с девушками в образовательных организациях и/ или с женщинами в рабочих коллективах с учетом этнокультуральных особенностей.

#### **4. ПРОГРАММЫ, ПРЕДЛАГАЕМЫЕ В МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТАХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РЯДА РЕГИОНОВ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

В 2011 году Российская Федерация поддержала и выполняет рекомендации ВОЗ по «Европейскому плану действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.», и с тех пор выполнила многие рекомендации, включенные в этот план. Начиная с 2005 года правительством Российской Федерации был реализован целый ряд законодательных ограничений, зарекомендовавших себя как эффективные и экономически оправданные вмешательства, направленные на снижение употребления алкоголя населением. Были введены и последовательно осуществляются следующие меры:

- ✓ постепенно подняты акцизы на алкогольную продукцию;
- ✓ введена минимальная розничная цена на крепкий алкоголь, впоследствии регулярно повышавшаяся;
- ✓ розничная продажа любых видов алкоголя запрещена с 11 вечера до 8 утра, причем в большинстве регионов введены еще более жесткие временные ограничения;
- ✓ ужесточены правила маркетинга алкогольной продукции – полностью запрещена ее реклама;
- ✓ действует строгий запрет на продажу алкоголя лицам, не достигшим 18 лет;
- ✓ запрещено употребление алкоголя в общественных местах и во время массовых мероприятий;
- ✓ введена в действие электронная система мониторинга производства и продажи алкогольной продукции, работающая в режиме реального времени.

Согласно данным, представленным в тематическом исследовании ВОЗ «Влияние мер по контролю над алкогольной продукцией на статистику смертности и ожидаемую продолжительность жизни в Российской Федерации», общее употребление алкоголя на душу населения с 2003 г. непрерывно уменьшается и к 2016 г. снизилось на 43%: зарегистрированное употребление сократилось на 40%, незарегистрированное употребление – т. е. употребление алкоголя, производимого и продаваемого вне рамок государственного контроля, – на 48% [53].

Отражением этой тенденции стало сокращение смертности от всех причин за период с 2003 по 2018 г., которое составило 39% у мужчин и 36% у женщин, при этом наиболее значительно снизилось число смертей, связанных с употреблением алкоголя. Благодаря этому, в 2018 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни достигла в Российской

Федерации исторического максимума: почти 68 лет для мужчин и 78 лет для женщин [22, 53].

В зависимости от целевой группы, на которую направлены профилактические вмешательства, ВОЗ разделяет следующие виды профилактики:

- ✓ Универсальная - направленная на население в целом, чаще всего именно на детей, подростков и молодежь;
- ✓ Селективная - направленная на группы населения, которые в силу различных причин подвержены наибольшему риску развития зависимого поведения;
- ✓ Индикативная - ориентированная на отдельных лиц группы риска, которые, как правило, уже имеют опыт употребления ПАВ.

Для каждой целевой группы профилактических вмешательств существуют свои методы, которые учитывают индивидуальные и групповые факторы риска и факторы защиты [31, 62].

**Универсальная (общая) профилактика** включает в себя меры, направленные на сокращение спроса и предложения на табак, алкоголь и наркотики. Мероприятия с широкими группами условно говоря «здорового» населения ранее обозначались термином «первичная профилактика». В большинстве стран, включая Российскую Федерацию, они занимают заметное место в национальных планах по формированию здорового образа жизни и затрагивают работу как на макроуровне, так и на микроуровне профилактических вмешательств.

В Таблице 2 обобщены мероприятия по общей профилактике, которые по оценке российских и международных экспертов обладают доказанной степенью эффективности для широких категорий населения [31, 53, 62]:

- ✓ Политика в отношении предупреждения употребления табака, алкоголя и наркотиков, которая имеет отличную степень эффективности воздействия, начиная с раннего подросткового возраста и для взрослых;
- ✓ Высокую степень эффективности имеют профилактические меры широкой направленности для всех категорий населения, реализуемые общественными организациями и средствами массовой информации, направленные на формирование нетерпимости к потреблению ПАВ и популяризацию здорового образа жизни;
- ✓ Программы обучения родительским навыкам и гармоничному взаимодействию между родителями и ребенком, между супругами, братьями, сестрами и другими членами семьи. Эти программы высоко эффективны в возрастном периоде от дошкольного до младшего подросткового возраста включительно;

✓ Для программ, которые могут быть реализованы в образовательных организациях, высокую степень эффективности имеют программы по улучшению атмосферы в школе для детей младшего школьного возраста, раннего и среднего подросткового возраста. Для старшего подросткового возраста высокой степенью эффективности обладают мероприятия по профилактике, направленные на укрепление личностных и социальных навыков и преодоление негативного социального влияния;

✓ Приемлемой степенью эффективности для сотрудников образовательных организаций, учащихся и их родителей обладает протективное влияние школьной политики и культуры, направленные на отказ от употребления алкоголя и наркотиков;

✓ Высокой степенью эффективности для лиц среднего возраста обладают мероприятия по профилактике, организованные на рабочих местах;

✓ В медицинских организациях высокой степенью эффективности обладают мероприятия по раннему выявлению проблемного употребления алкоголя и наркотиков с использованием метода скрининга и мотивационного консультирования. Целевой группой профилактики являются беременные женщины и другие взрослые пациенты, обратившиеся за помощью в организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь [31, 62].

*Таблица 2.*

*Универсальная профилактика (общие профилактические мероприятия с доказанной степенью эффективности, подходящие для широких групп населения)*

Уровень профилактических вмешательств/ возрастные категории	Беременность и раннее детство	Дошкольники	Младшие школьники	Младшие подростки	Подростки	Взрослые
<b>Общество</b> (Макроуровень)				Законодательные меры в отношении снижения спроса и предложения на алкоголь и наркотики		
	Социальные и общественные многокомпонентные инициативы					
<b>Семья</b> (Микроуровень)		Обучение «родительским навыкам»				
<b>Образовательные учреждения</b> (Микроуровень)			«Здоровая» атмосфера в школе	Групповая профилактика, направленная на снижение факторов риска и укрепление факторов защиты		
	Школьная «политика» и культура					
<b>Медицинские организации</b> (Микроуровень)	Профилактика употребления наркотиков среди беременных и женщин, планирующих беременность					Диспансеризация и медицинские осмотры

**Селективная профилактика** включает мероприятия, направленные на уязвимые группы населения, нуждающиеся в выборочных профилактических интервенциях. Профилактические мероприятия для групп, наиболее подверженных факторам риска, могут осуществляться на различных микроуровнях (семья, медицинские и образовательные организации) и на уровне индивидуальных характеристик.

**Индикативная профилактика** включает в себя мероприятия по индивидуальной специфичной профилактике, направленные на отдельных индивидуумов, как правило, с проблемным употреблением алкоголя или имеющих опыт употребления наркотиков, с учетом, имеющихся у них биологических, генетических, психологических и социальных факторов риска.

Ниже представлены профилактические мероприятия по селективной и индикативной профилактике, которые по оценке российских и международных экспертов обладают доказанной степенью эффективности для групп риска и лиц группы риска (Таблица 3):

✓ Программы обучения родительским навыкам, как и в отношении мер общей профилактики, высоко эффективны в возрастном периоде от дошкольного до среднего подросткового возраста;

✓ Патронаж и профилактические вмешательства в отношении беременных женщин группы риска, употребляющих алкоголь и наркотики, которые осуществляют сотрудники медицинских, социальных и общественных организаций, обладают приемлемой степенью эффективности;

✓ Очень высокую степень эффективности имеют профилактические меры, осуществляемые сотрудниками дошкольных образовательных и общественных организаций, направленные на когнитивное, эмоциональное образование детей дошкольного возраста, воспитывающихся в социально неблагополучных семьях;

✓ Для старшего подросткового возраста (учащихся групп риска) высокой степенью эффективности обладают профилактические мероприятия, направленные на укрепление личностных и социальных навыков, а также преодоление негативного социального влияния. Успешно реализуют данные мероприятия в формате тренингов сотрудники образовательных, общественных организаций и центров социальной помощи;

✓ Политика по удержанию в образовательных организациях детей младшего школьного возраста, склонных к прогулам и бродяжничеству, имеет приемлемую степень эффективности при условии активного взаимодействия педагогов, психологов и социальных работников с самим ребенком и с его семьей;

✓ Также высокой степенью эффективности обладают мероприятия по профилактике, организованные на рабочих местах. Целевой группой выборочной профилактики являются мужчины и женщины среднего возраста, употребляющие алкоголь с высокой степенью риска, или имеющие опыт употребления наркотиков, или иные признаки психо-социального неблагополучия;

✓ В медицинских организациях целевой группой выборочной профилактики являются беременные женщины, употребляющие алкоголь или наркотики. Как правило, эта категория лиц с неохотой обращается в медицинские учреждения и нуждается в дополнительном мотивационном воздействии в отношении изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя и наркотиков;

✓ Для других взрослых пациентов, обратившиеся за медицинской помощью, мероприятия, направленные на раннее выявление проблем, связанных с потреблением алкоголя с высокой степенью риска и употреблением наркотиков, и последующее мотивационное консультирование, имеют высокую профилактическую эффективность [31, 57, 62].

Таблица 3.

*Селективная и индикативная профилактика (профилактические мероприятия с доказанной степенью эффективности, подходящие для выборочных групп населения и отдельных лиц с рисками потребления алкоголя и наркотиков)*

Уровень профилактических вмешательств/ возрастные категории	Беременность и раннее детство	Дошкольники	Младшие школьники	Младшие подростки	Подростки	Взрослые
<b>Общество</b> (Макроуровень)		Образование в раннем детстве		Законодательные меры в отношении снижения спроса и предложения на алкоголь и наркотики		
<b>Семья</b> (Микроуровень)			Обучение «родительским навыкам»			
<b>Образовательные учреждения</b> (Микроуровень)			«Здоровая» атмосфера в школе	Индивидуальная и групповая профилактика, направленная на снижение факторов риска и укрепление факторов защиты		
<b>Медицинские организации</b> (Микроуровень)	Профилактика употребления наркотиков среди беременных и женщин с рискованным употреблением алкоголя и наркотиков			Профилактические медицинские осмотры обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ		Диспансеризация и мед. осмотры

Несмотря на имеющийся опыт в реализации мер общей, селективной и индикативной профилактики на различных уровнях превентивных вмешательств, потребление алкоголя и наркотиков среди девушек и женщин - представителей коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации по-прежнему остается высоким и требует дополнительного внимания и активной работы специалистов.

Реализация профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни в широком смысле этого слова, оказывает прямое воздействие на снижение влияния факторов риска и укрепление защитных факторов. Внедрение подобных программ позволит не только предотвратить медико-социальные проблемы, связанные с употреблением ПАВ, для здоровья самих девушек и женщин, но и окажет положительное влияние на социально-психологическое благополучие членов их семей. Вовлечение в данную профилактическую деятельность помимо сотрудников образовательных, медицинских, социальных, общественных организаций, волонтеров, может послужить ценным ресурсом в повышении ее эффективности.

## **5. ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЕМЫ, ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РЯДА РЕГИОНОВ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

Профилактические программы, основанные на отказе от употребления алкоголя и наркотиков среди женского населения коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации и на укреплении физического и психического здоровья, повышении адаптационных возможностей и устойчивости к стрессу могут быть успешно реализованы в подростковом периоде. Гибкость и подвижность психических процессов, готовность к изменениям, свойственным подростковому возрасту, предоставляют ресурсы для предотвращения ухудшения состояния в будущем и позволяют формировать устойчивые защитные механизмы.

Профилактика употребления психоактивных веществ неразрывно связана с более широким спектром мероприятий по формированию и поддержанию физического и психического здоровья, включая и другие меры, напрямую или косвенно влияющие на факторы риска и факторы защиты в отношении зависимого поведения. ВОЗ определяет понятие «здоровья» как «..состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [64, 66].

Здоровый образ жизни является многокомпонентным конструктом. Как правило, в него включают физическую и социальную активность, здоровое и сбалансированное питание, отсутствие вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков), соблюдение режима сна, эмоциональное благополучие. Традиционными направлениями профилактических мероприятий по формированию здорового образа жизни являются:

- соблюдение принципов сбалансированного питания, оптимального режима сна и бодрствования;
- поддержание необходимого уровня физической активности;
- регулярный контроль за физическими показателями состояния здоровья;
- укрепление психического здоровья (эмоциональное благополучие);
- развитие гармоничных отношений со сверстниками своего и противоположного пола, с родителями и членами семьи, другими взрослыми;
- воспитание с детства здоровых привычек - отказ от курения, употребления алкоголя и наркотиков.

Формирование здорового образа жизни определяется как внутренними, так и внешними факторами, благодаря чему может быть перспективным направлением для профилактической работы [64, 66].

## **5.1. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ**

Нарушения питания, дефицит питательных веществ, избыточная масса тела и ожирение, а также обусловленные нездоровым питанием неинфекционные заболевания (НИЗ) приводят к значительным последствиям для людей, семей, сообществ и целых государств [17, 58, 64, 66]. Рациональное и сбалансированное питание является одним из составляющих здорового образа жизни и одним из факторов продления ее активного периода. При формировании полезных привычек в отношении пищевого поведения рекомендуется обращать особое внимание на умеренность в питании, которая выражается не только в частоте приема пищи, но, главным образом, в качественной стороне питания - соответствии химического состава пищи потребностям организма. Чтобы разумно питаться, необходимо иметь представление о составе продуктов, их биологической ценности, о превращениях пищевых веществ в организме. Ранее изучение особенностей питания преимущественно фокусировались на пользе или вреде отдельных продуктов, но в недавних исследованиях авторы говорят о том, что не менее важно учитывать поведенческие особенности в отношении питания (режим питания, нарушения пищевого поведения и т.д.). Дополнительным направлением профилактики здорового образа жизни среди девушек и женщин, является предупреждение нарушений пищевого поведения – булимии, анорексии,

которые нередко у девушек и женщин могут определяться не только психическими нарушениями, но и являться реакцией на стресс, быть вызваны повышенной тревожностью, низкой самооценкой и другими психологическими особенностями.

#### Основные факты:

✓ По результатам исследований, проведенных в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии и безопасности пищи», избыточное по калорийности и дефицитное по витаминам и макроэлементам питание приводит к росту ожирения среди взрослых (до 25%) и среди детей (до 7%). В первую очередь это объясняется избыточным потреблением насыщенных жиров, которое наблюдается у 95% населения России;

✓ Второй проблемой, характерной для большинства жителей России, является дефицит микронутриентов - витаминов, минеральных веществ, микроэлементов и биологически активных соединений. При этом специалисты ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии и безопасности пищи» подчеркивают, что нет плохих продуктов, а есть плохой рацион, плохая система или культура питания;

✓ Культура питания оказывает огромное влияние на сохранение здоровья. Она включает 1) *знания* по основам правильного питания, свойствам продуктов и их воздействию на организм, 2) *умения* по их правильному выбору и приготовлению с использованием максимума полезных свойств продуктов, экономичным отношением к продуктам питания, а также 3) *навыки* по соблюдению правил подачи блюд и приема пищи;

✓ Как недостаточный, так и избыточный вес сокращают продолжительность жизни. Ожирение является распространенным и многофакторным заболеванием, влияющим на развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта [33];

✓ Ведущими факторами риска развития перечисленных заболеваний считаются избыточная масса тела, избыточное потребление энергии, насыщенных жиров, транс-жиров, сахара, соли, а также недостаточное потребление овощей и фруктов [17];

✓ Однако сама по себе большая масса тела еще не говорит о наличии медицинской проблемы, а индекс массы тела (ИМТ) далеко не всегда позволяет выделить тех, у кого есть риск для здоровья, а у кого нет;

✓ Потребность в энергии и пищевых веществах зависят от физической активности, характеризуемой коэффициентом физической активности (КФА), равным отношению энерготрат на выполнение конкретной работы к величине основного обмена (ВОО) [35];

✓ Для подростков от 11 до 18 лет средняя величина основного обмена составляет от 690 ккал/сутки и выше [35];

- ✓ Физиологические потребности в энергии для взрослых составляют от 2100 до 4200 ккал/сутки для мужчин и от 1800 до 3050 ккал/сутки для женщин [35];
- ✓ При беременности и грудном вскармливании потребности в энергии увеличиваются в среднем на 15 и 25% соответственно [35];
- ✓ Расход энергии на адаптацию к холодному климату в районах Крайнего Севера увеличивается в среднем на 15% [35];
- ✓ Восприятие своего тела, фигуры или веса является психологическим феноменом, который является частью представлений о себе. Его значение возрастает по мере того, как подростки начинают осознавать изменения, происходящие в период полового созревания;
- ✓ Девушки и женщины уделяют пристальное внимание своему весу и параметрам фигуры. При этом почти во всех странах, включая Россию, показатели избыточной массы и ожирения в значительно большей степени распространены среди представителей мужского пола;
- ✓ Согласно международному исследованию «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC - Health Behavior in School-aged Children), проводимому в сотрудничестве с ВОЗ, количество девушек с избыточной массой тела и ожирением в возрасте 11-ти лет составляет 19% (юношей – 30%), в возрасте 13-ти лет – 13% (юношей – 24%), в возрасте 15-ти лет – 8% (юношей – 24%) [33];
- ✓ Неудовлетворенность своим телом у детей и подростков может иметь серьезные последствия, в том числе связанные с вредными привычками и с нарушениями психического здоровья [33];
- ✓ Так по данным, представленным в исследовании HBSC, 28% девушек 11-ти лет, 35% девушек 13-ти лет и 36% девушек 15-ти лет считают себя очень полными;
- ✓ Действия, направленные на снижение веса, – это распространенное явление в подростковом возрасте, особенно среди девочек и подростков с избыточным весом. Подростки часто пытаются похудеть с помощью неподходящих методов, которые могут привести к негативным последствиям для здоровья, в том числе таким, как недостаток питательных веществ, задержка роста, отсроченное половое созревание, нарушения менструального цикла и остеопороз, заниженная самооценка и негативное восприятие своего тела, тревожность и беспорядочное питание [33];
- ✓ Отмечается зависимость между чрезмерным увлечением диетами и употреблением наркотиков, депрессией, мыслями о самоубийстве и попытками суицида [33].

Сбалансированное питание женского населения коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации представляет определенные трудности, связанные в ряде случаев с ограничением доступности свежих овощей и фруктов, с удаленностью небольших населенных пунктов от крупных магазинов с широким выбором продуктов питания. Однако рациональное и сбалансированное по содержанию необходимых веществ (жиров, белков, углеводов, витаминов и макроэлементов) питание, является необходимым условием для достижения физического и психического здоровья. Нарушения пищевых привычек могут быть преодолены при достаточном внимании к показателям энергетического обмена и веса тела, при увеличении потребления доступных фруктов, овощей, бобовых, цельного зерна и орехов, а также при ограничении в питании свободных сахаров, натриевой соли и трансжирных кислот [7, 11, 17, 25, 40]. Одним из необходимых направлений профилактической работы является информирование девушек и женщин не только о принципах правильного, сбалансированного питания, но и о полноценной физической активности и необходимости занятий спортом. Также в отношении девушек-подростков рекомендуется проводить дополнительные профилактические мероприятия, например, психологические тренинги, направленные на повышение самооценки, принятие себя и своего тела.

## **5.2. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ**

Физическая активность является одной из фундаментальных предпосылок гармоничного развития детей, подростков и молодежи [44]. Однако исследования, проводимые при поддержке ВОЗ, отмечают, что дети и подростки ведут все менее активный образ жизни, посвящая большую часть времени пассивным занятиям - просмотру телевизора, игре на компьютере и т.д. [33, 44]. При этом учебная нагрузка на детей возрастает, что также влияет на количество времени, которое они могут уделять физической культуре и активным играм. Особо заметное снижение уровня физической активности наблюдается среди девочек и девушек [33, 44].

При этом виды физической активности отличается большим разнообразием — это ходьба, бег, езда на велосипеде, различные виды спорта и активного отдыха (например, танцы, йога и т.д.). К физической активности также относится работа по дому (например, уборка, перенос покупок), уход за членами семьи, регулярный и сезонный труд на природе (уход за домашними животными, уборка урожая, покос травы). Любая форма физической активности, при условии ее регулярности, достаточной длительности и умеренной интенсивности, полезна для здоровья.

Противоположной стороной физической активности, неблагоприятно влияющий на здоровье, является малоподвижный образ жизни. Для малоподвижного образа жизни характерен чрезвычайно низкий расход энергии, например, длительное нахождение в положении сидя, полулежа или лежа, на работе, во время путешествий или отдыха.

Заметный положительный эффект по росту физической активности и сокращению малоподвижного образа жизни наблюдается при активных профилактических мерах со стороны государства, общественных, образовательных и медицинских организаций. Данные меры направлены на 1) развитие доступной для занятий физической культурой и спортом инфраструктуры, 2) информационную и образовательную поддержку семейного воспитания в отношении активного образа жизни, 3) популяризацию здорового образа жизни, формирование полезных привычек, 4) отказ от проб алкоголя и наркотиков, чрезмерного увлечения компьютерными играми и Интернетом.

В качестве мер индивидуальной профилактики, рекомендуется соблюдать ограничения по времени при использовании телевизора, компьютера и мобильных компьютерных устройств (телефон или смартфон, планшет, ноутбук), делать перерывы и небольшие разминки на рабочем месте, регулярно выполнять комплекс упражнений, по возможности чаще совершать пешие прогулки. Дополнительной профилактической мерой является информирование будущих родителей и молодых семей о важности физической активности для женщин в период беременности и для детей раннего возраста [56, 61].

#### Основные факты:

✓ Формирование здоровых привычек, касающихся занятий различными видами физической активности в детском и подростковом возрасте, является важнейшей профилактическим направлением, поскольку физическая активность в детстве является предпосылкой для закрепления такого образа жизни в подростковом и более зрелом возрасте [33];

✓ Физическую активность не следует отождествлять со спортом. Пользу для физического и психического здоровья девушек и женщин приносит как физическая активность умеренной интенсивности – быстрая ходьба, танцы, работа по дому, так и физическая активность высокой эффективности – бег, езда на велосипеде, плавание;

✓ Физическая активность достоверно снижает риск широкого спектра заболеваний (ишемической болезни сердца, инсульта, диабета, повышенного кровяного давления, онкологических заболеваний, депрессии и т.д.) и играет важнейшую роль в поддержании энергетического баланса и нормального веса;

✓ Во всем мире 81% подростков и 23% взрослых испытывают недостаток физической активности;

✓ Как правило, девочки, девушки и женщины менее активны, чем мальчики, юноши и мужчины. От 25 до 42% европейских женщин ведут недостаточно активный образ жизни. Для мужчин этот показатель составляет от 22 до 31% [60];

✓ Умеренная и высокая физическая активность оказывает положительное влияние на соматическое, психическое и социальное благополучие подростков и их академические успехи, однако лишь малая часть девушек и юношей следуют современным международным рекомендациям о необходимости ежедневной минимальной часовой физической нагрузки [33];

✓ Так по данным опроса, представленным в исследовании HBSC, только 18% российских девушек 11-ти лет, 15% девушек 13-ти лет и 9% девушек 15-ти лет сообщают о том, что они уделяют физической активности час и более в течение дня [33];

✓ При этом, 52% девушек 11-ти лет, 62% девушек 13-ти лет и 60% российских девушек 15-ти лет сообщают, что в будние дни смотрят телевизор по два часа и более [33];

✓ За последние 10 лет наблюдается снижение числа подростков, проводящих время перед телевизором. Однако спад в этой области компенсируется увеличением времени, проводимого за иными устройствами, оснащенными экраном (такими, как смартфоны, планшетные ПК и компьютеры). Гендерные различия в характере использования таких устройств выражаются в том, что девочки чаще используют компьютеры для общения в социальных сетях, тогда как мальчики – для игр [33];

✓ Чем больше времени уделяется физической активности, тем больше пользы она приносит для здоровья, но даже немного физической активности лучше, чем ее полное отсутствие;

✓ При «сидячей» работе необходимо делать регулярные перерывы в течение рабочего дня, разминку на рабочем месте.

При разработке профилактических мероприятий, направленных на повышение физической активности девушек и женщин и ограничение времени, проводимого перед телевизором и за экранами мобильных компьютерных устройств, рекомендуется учитывать климатические условия окружающей среды, наличие инфраструктуры для занятий спортом, а также принимать во внимание этнокультурные особенности.

### **5.3. РЕЖИМ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ**

Сон – является одним из ключевых параметров здорового образа жизни. Важно способствовать формированию здоровых привычек в этой области уже начиная с раннего детства. Системы здравоохранения большинства стран, включая Россию, уделяют много внимания качеству и продолжительности сна в периоды новорожденности, младенчества и

раннего детства, но не менее важно продолжать следить за тем, чтобы подростки, взрослые и люди пожилого возраста имели возможность спать достаточное время.

Совместная работа в рамках Национального проекта по повышению осведомленности о здоровом сне (NHSAP), который проводился в сотрудничестве между Центром по контролю заболеваемости и профилактике Соединенных штатов Америки (CDC), Американской академией медицины сна (AASM), Национальным обществом изучения сна (ANSS), позволила сформулировать основные рекомендации в отношении регулярного сна достаточной продолжительности.

#### Основные факты:

- ✓ Главная задача сна – обеспечение отдыха организма;
- ✓ Сон играет важную роль в процессах переработки и хранения информации, восстанавливает иммунитет и защитные силы организма;
- ✓ Регулярный сон достаточной продолжительности влияет на улучшение таких параметров физического и психического здоровья, как поведение, эмоциональная регуляция, обучение, память, внимание;
- ✓ Недостаточная продолжительность сна на регулярной основе влияет на развитие проблем с вниманием, поведением и обучением. Недостаточный сон также увеличивает риск несчастных случаев, травм, артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета и депрессии;
- ✓ При этом женщинам необходимо спать дольше, чем мужчинам. Недостаточная продолжительность сна вызывает психические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы и диабет 2-го типа чаще у женщин, чем у мужчин;
- ✓ Поведение в течение дня и непосредственно перед сном оказывает заметное влияние на его качество и продолжительность. Поведение и привычки, питание и физическая активность могут как способствовать здоровому сну, так и вызывать бессонницу [56].

#### **5.4. ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

Распространенность потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди девушек и женщин является серьезным фактором, влияющим на рост заболеваемости и смертности от причин, связанных с воздействием алкоголя и наркотиков, а также на сокращение продолжительности жизни и ухудшение ее качества. Профилактика потребления ПАВ среди женского населения коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, ранняя диагностика факторов риска, влияющих на начало употребления алкоголя и наркотиков, позволят не только предотвратить медико-

социальные проблемы, связанные с употреблением ПАВ для здоровья самой женщины, но и оказать влияние на социально-психологическое благополучие членов ее семьи.

#### 5.4.1. АЛКОГОЛЬ

Алкоголь является наиболее часто употребляемым психоактивным веществом (ПАВ) в мире и занимает особое место в перечне ведущих факторов риска для здоровья. По данным ВОЗ, алкоголь ежегодно приводит более чем к 3 миллионам смертей во всем мире. Употребление алкоголя является третьим по значимости фактором риска преждевременной смерти, инвалидности и потери здоровья. Основной проблемой, связанной с воздействием алкоголя, является увеличение риска острых и хронических проблем со здоровьем [58, 59].

Употребление алкоголя может привести к широкому спектру *острых состояний*, требующих оказания скорой или неотложной медицинской помощи:

- ✓ несчастные случаи;
- ✓ дорожно-транспортный травматизм;
- ✓ преднамеренный и ненамеренный травматизм;
- ✓ острые алкогольные отравления;
- ✓ гастрит, панкреатит;
- ✓ нарушения сердечного ритма;
- ✓ нарушения мозгового кровообращения и др. [1, 2, 31, 32, 62].

*К хроническим заболеваниям* и состояниям, требующим оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи и связанным с употреблением алкоголя, относятся:

- ✓ нарушения мозговой деятельности;
- ✓ психические и поведенческие расстройства;
- ✓ энцефалопатия, деменция;
- ✓ артериальная гипертензия;
- ✓ кардиомиопатия, ишемическая болезнь сердца;
- ✓ язвенные поражения желудочно-кишечного тракта;
- ✓ болезни печени (гепатит, цирроз);
- ✓ сексуальная дисфункция, бесплодие;
- ✓ нарушения внутриутробного развития и алкогольный синдром плода (фетальный алкогольный синдром) у детей, чьи матери не прекращали употребление алкоголя во время беременности [1, 2, 4, 31, 36, 62].

Связанный с употреблением алкоголя вред выходит далеко за пределы физического и психологического здоровья пьющего и становится важнейшим фактором, отрицательно влияющим на социальное благополучие.

*Из социальных проблем*, связанных с употреблением алкоголя, следует отметить:

- финансовые потери, вызванные потерей работы или тратами на покупку алкоголя;
- прогулы и потерю работы у взрослых;
- пропуск занятий в образовательных учреждениях;
- школьную и академическую неуспеваемость учащихся средних общеобразовательных, средних и высших профессиональных учебных заведений;
- конфликты и проблемы в общении между супругами и членами семьи нескольких поколений;
- развод;
- эмоциональное и физическое насилие в семье, в отношении детей и женщин;
- незапланированная беременность, в некоторых случаях связанная с сексуальным насилием;
- дисгармоничное развитие детей, включая отсутствие эмоциональной поддержки, недостаточное внимание к их проблемам;
- неблагоприятные социально-бытовые условия воспитания детей [40, 45, 46, 58, 59].

Помимо этого, существует целый ряд состояний и ситуаций, когда алкоголь не следует употреблять вообще: в детском и подростковом возрасте, при беременности, при наличии определенных острых и хронических заболеваний, при приеме некоторых лекарств, до или во время занятий спортом, до или во время управления транспортными средствами [27].

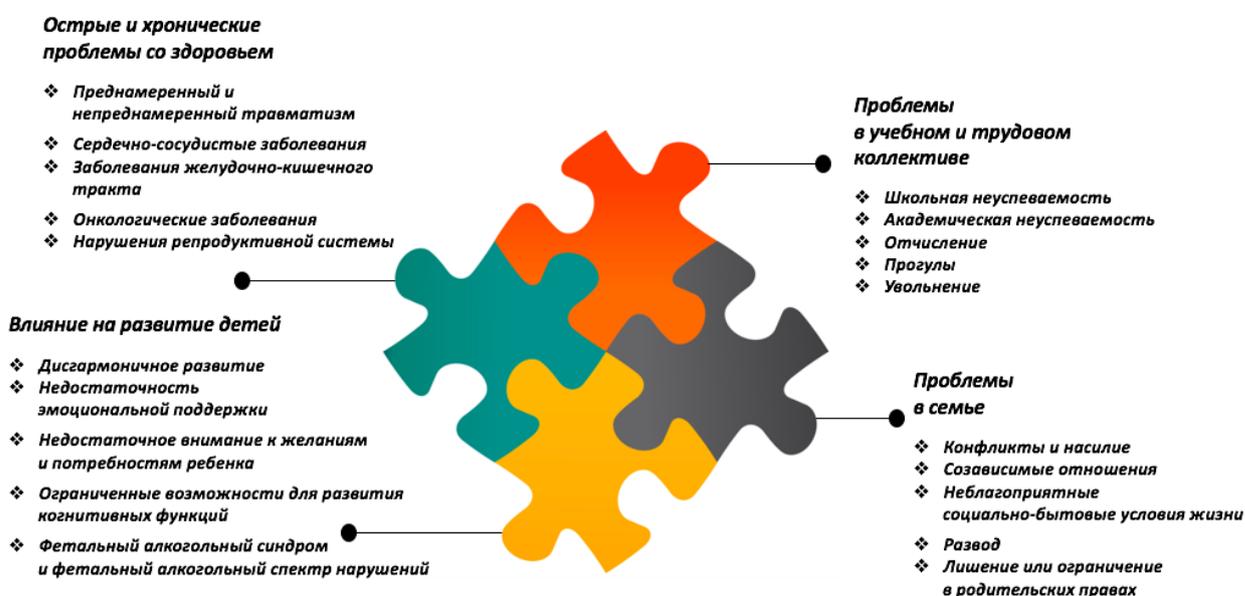


Рисунок 5. Влияние алкоголя на здоровье и социальное благополучие человека и членов его семьи

Основные факты о распространенности употребления алкоголя в мире:

✓ Степень воздействие алкоголя на хронические и острые проблемы здоровья среди населения определяются двумя параметрами: общим объемом употребляемого алкоголя, включающим количественные и частотные характеристики, и моделью употребления алкоголя. Возникновение вреда для здоровья и неблагоприятных социальных последствий повышается пропорционально количеству и частоте потребления алкоголя [27, 58, 59];

✓ Позиция ВОЗ состоит в том, что безопасной «дозы» алкоголя не существует: любое снижение уровня потребления алкоголя приведет к уменьшению риска вреда для здоровья, связанного с алкоголем, и наоборот [58, 59];

✓ Потребление алкоголя вносит значительный вклад в увеличение заболеваемости и смертности [58, 59];

✓ По данным, представленным в Глобальном отчете об алкоголе и состоянии здоровья за 2018 год, 2,3 млн. смертей среди мужчин и 0,7 миллионов смертей среди женщин связаны с употреблением алкоголя [58, 59];

✓ Ведущими причинами смертности, связанной с алкоголем, у женщин являются сердечно-сосудистые заболевания (41,6%), заболевания пищеварительной системы (22,0%) и непреднамеренные травмы (15,5%) [58, 59];

✓ По данным Глобального отчета по алкоголю и здоровью за 2016 год в Европейском регионе ВОЗ отмечаются самые высокие показатели распространенности потребления алкоголя в мире [58, 59];

✓ Значительная часть населения, в том числе и молодежи в возрасте 15-19 лет, регулярно потребляют алкоголь [18, 58, 59, 63, 65];

✓ Результаты Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD) за 2015 год свидетельствуют: среди учащихся в возрасте 15-16 лет в течение жизни алкоголь уже попробовали 80% опрошенных [18, 65];

✓ Доля учащихся в возрасте 15-16 лет, употреблявших алкоголь за последний месяц перед опросом, составляет 48% [18, 65];

✓ 13% учащихся сообщили, что за последний месяц перед опросом хотя бы один раз в течение жизни испытывали алкогольное опьянение [18, 65];

✓ Первые пробы алкоголя нередко происходят в возрасте младше 13 лет [18, 63, 65];

✓ Несмотря на наблюдаемые тенденции к умеренному снижению потребления алкоголя и к уменьшению различий в зависимости от пола, в большинстве стран Европы показатели употребления алкоголя учащимися в возрасте 15-16 лет остаются более высокими среди мальчиков, чем среди девочек [18, 63, 65].

Подростковый период для девушек – это отрезок жизни от детства до юности, от 11-12 до 16-17 лет. В этот период девочка превращается в девушку, с ней происходят значительные физические, физиологические, психические и личностные изменения. Девушка в этом возрасте сталкивается с множеством не всегда приятных изменений:

- эмоциональными и физическими изменениями;
- появлением новых требований окружающих;
- ростом обязанностей в кругу семьи;
- сменой формата общения с лицами противоположного пола;
- новой глубиной и качеством отношений при взаимодействии со сверстниками.

В это время девушка особенно уязвима перед специфическими факторами риска в отношении рискованного поведения, включая употребление табака, алкоголя, наркотиков и раннего начала сексуальной жизни. Привычки и увлечения, которые появляются в этот период, в дальнейшем могут стать как основой для профессиональной и личной самореализации, так и платформой, на которой будут формироваться дисфункциональные поведенческие модели [9, 10, 31, 62].

#### Употребление алкоголя среди девушек. Основные факты:

Подростковый возраст – время открытий и экспериментов, в течение которого девушки и юноши исследуя окружающий мир, «примеряют» на себя поведенческие модели взрослых. В частности, подростки начинают экспериментировать с употреблением различных алкогольных напитков, могут испытывать состояние алкогольного опьянения. Продажа алкоголя несовершеннолетним запрещена во многих странах мира, что действует как сдерживающий фактор раннего начала употребления алкоголя. Тем не менее большинство девушек-подростков имеют опыт употребления алкоголя.

✓ Большинству девушек 11-17-ти лет могут быть полезны общие профилактические вмешательства, направленные на выбор здорового образа жизни, формирование устойчивости к стрессу и неблагоприятному воздействию микро-социального окружения в формате групповых тренингов [9, 10, 31, 45, 46, 62];

✓ Однако, есть группа девушек, которые начинают употреблять алкоголь в 11 лет и ранее. Как правило, они воспитываются в социально неблагополучных семьях и особенно уязвимы к неблагоприятным последствиям приема алкоголя [33];

✓ При отсутствии у девушек понимания рисков, связанных с употреблением алкоголя, с увеличением частоты и количества его использования, возрастает вероятность развития личностного, социального и соматического неблагополучия, особенно если предпосылки к этому были ранее;

✓ К основным неблагоприятным последствиям приема алкоголя в подростковом возрасте можно отнести: ранние сексуальные контакты и раннюю беременность, развитие тревоги и депрессии, суицидальных намерений, которые провоцирует и утяжеляет состояние опьянения [40];

✓ С определенной долей вероятности можно утверждать, что, если такие девушки нуждаются в избирательных профилактических мероприятиях, включающих индивидуальные и групповые тренинги, работу с семьей и другие меры, направленные на отказ от употребления алкоголя.

Последние данные о распространенности потребления алкоголя среди девочек и девушек Российской Федерации опираются на результаты мониторингового проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC – Health Behavior in School-aged Children) - исследования ВОЗ, в котором наряду с Россией участвуют другие страны Европы и Северной Америки. Проект HBSC изучает и анализирует широкий спектр показателей здоровья и благополучия, социальных условий развития и поведения детей школьного возраста, в том числе связанных с рискованным поведением [33]. Анализ ответов девушек 11-ти, 13-ти и 15-ти лет, касающихся употребления алкоголя, позволяет сделать следующие выводы:

✓ 3% российских девушек 11-ти лет и 6% российских девушек 13-ти и 15-ти лет, принявших участие в исследовании HBSC, признают, что употребляют алкоголь не менее одного раза в неделю [33];

✓ Количество девушек, ответивших, что испытывали состояние алкогольного опьянения два раза и более, в возрасте 11-ти лет составляет 1%, в возрасте 13-ти лет – 4%, в возрасте 15-ти лет – 11% [33].

#### Употребление алкоголя среди женщин. Основные факты:

✓ Алкоголь наносит значительный вред организму девушек и женщин, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в будущем, нарушений репродуктивного здоровья, тревожных и депрессивных расстройств;

✓ Его употребление повышает вероятность курения табака и проб наркотиков, способствует раннему началу половой жизни, приводит к ранним беременностям и вносит заметный вклад в рост числа суицидов;

✓ Потребление алкоголя влияет на рост преднамеренного и непреднамеренного травматизма, включая убийства, самоубийства, дорожно-транспортный травматизм [58, 59];

✓ Беременность, сопровождающаяся потреблением алкоголя, наносит вред здоровью детей еще в период внутриутробного развития, в особо тяжелых случаях приводя к формированию фетального алкогольного синдрома [4, 27, 32, 40];

✓ Алкоголь вносит заметный вклад в деформацию семейных отношений и семейного воспитания [31, 62].

Анализ распространенности потребления алкоголя среди женщин позволяет сделать следующие выводы:

✓ Более половины женского населения мира в возрасте 15 лет и старше полностью воздерживаются от употребления алкоголя (54,6%), тогда как среди мужчин этот показатель воздержания от употребления алкоголя значительно ниже и составляет 34,5% [58, 59];

✓ Женщины в среднем пьют меньше и реже испытывают состояние тяжелого опьянения [27, 32, 58, 59];

✓ Большинство женщин прекращает употреблять алкоголь, когда узнают, что они беременны [4, 32, 36];

✓ Некоторая часть женщин эпизодически употребляет алкоголь во время беременности, считая, что «качественный алкоголь в небольших количествах» не нанесет вреда здоровью ребенка [4, 32, 36];

✓ Меньшее число женщин не меняет модель потребления алкоголя и после наступления беременности [4, 32, 36];

✓ За последние 10 лет в Российской Федерации отмечается положительная динамика по снижению распространенности потребления алкоголя среди женщин и рост обращаемости за специализированной (наркологической) медицинской помощью [22].

#### **5.4.2. НАРКОТИКИ**

Употребление наркотиков представляет значительную угрозу для физического и психического состояния здоровья человека и общественного благополучия. В подавляющем большинстве стран наркотики, под которыми понимаются наркотические средства и психотропные вещества, охватываемые международными конвенциями о контроле над наркотиками: Единой конвенцией о наркотических средствах, Конвенцией о психотропных веществах, Конвенцией Организации объединенных наций (ООН) по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, находятся под запретом [26]. Потребление медицинских наркотиков разрешено только по показаниям, и строго регулируется законодательством большинства стран. Несмотря на ограничительные

и запретительные меры в отношении оборота наркотиков, распространенность их потребления достаточно высока.

*Влияние наркотиков на физическое и психическое здоровье человека.* Потребление наркотиков является доказанным фактором, негативно влияющим на острые и хронические проблемы со здоровьем [32, 41]. Даже единичный случай употребления может иметь опасные и непредсказуемые последствия для человека. Передозировка наркотика может быть смертельной. Употребление наркотиков инъекционным способом увеличивает шансы заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатитами В и С. Употребление синтетических опиоидов и каннабиса вносят вклад в увеличение острых отравлений и смертности. Хронические проблемы со здоровьем включают формирование физической зависимости от наркотика, которой сопутствуют психические и поведенческие расстройства, связанные с воздействием вещества [15, 16, 32].

*Влияние наркотиков на общественное благополучие:* Незаконное потребление наркотиков требует значительных денежных средств. В связи с постоянной потребностью покупать наркотик, но не имея возможности его оплатить, потребители наркотиков идут на преступления, связанные с насилием. Распространены случаи, когда потребители наркотиков совершают общественно опасные действия, чтобы криминальным способом получить деньги для приобретения наркотика. В связи с этим потребители наркотиков представляют серьезную опасность для общества.

#### Основные факты о распространенности употребления наркотиков в мире:

- ✓ По некоторым оценкам, во всем мире наркотики употребляют от 172 до 250 млн. человек в возрасте от 15 до 64 лет (European Drug Report, 2018) [54];
- ✓ Более 92 миллионов человек или чуть более четверти населения Европейского союза пробовали наркотики в течение своей жизни [54];
- ✓ Каннабис является наиболее распространенным наркотиком [54];
- ✓ Более 87 млн. (или 26,3%) жителей Европейского союза сообщают, что употребляли каннабис в течение жизни;
- ✓ За последний год употребляли каннабис 24 млн. человек (или 7,2%);
- ✓ Далее по популярности располагаются кокаин, «экстази» (метилендиоксиметамфин - МДМА), стимуляторы амфетаминового ряда, опиаты и новые психоактивные вещества [15, 16];
- ✓ Впервые наркотики употребляют, как правило, в подростковом возрасте;
- ✓ Лица, не попробовавшие наркотики в подростковом возрасте, скорее всего не будут их употреблять и в дальнейшем [15, 16, 54].

Употребление наркотиков зачастую начинается в подростковом и раннем юношеском возрасте, в период активного физического, когнитивного и социального развития [18, 65]. Мониторинг употребления наркотиков дает важное представление о распространенности рискованного поведения среди девушек и может указать на его появление в будущем. Это позволяет скорректировать меры профилактики и предотвратить развитие наркотической зависимости среди девушек и женщин.

Употребление наркотиков среди девушек. Основные факты:

- ✓ Каннабис чаще всего упоминается в контексте случаев первичной госпитализации молодежи в наркологические учреждения во всех странах Европы [54];
- ✓ Каннабис относится к так называемым «стартовым» наркотикам, с регулярного приема которых начинает формироваться зависимость, и является запрещенным веществом, которое наиболее часто употребляют дети и подростки школьного возраста в странах Европы и Северной Америки (HBSC, 2016) [33];
- ✓ 16% подростков 15-16 летнего возраста сообщали об употреблении каннабиса хотя бы раз в течение жизни (ESPAD, 2015) [65];

Несмотря на продолжающиеся споры в обществе о потенциальном вреде употребления каннабиса, мониторинговые проекты ESPAD и HBSC отмечают прямое влияние приема этого наркотика на возникновение широкого круга физических и социально-психологических проблем, включая нарушения поведения - драки, несчастные случаи или неуспеваемость в школе [18, 33, 65].

Употребление наркотиков среди российских девушек:

Данные мониторинговых исследовательских проектов ESPAD и HBSC дают представление об опыте употребления каннабиса девушками в возрасте 15-16 лет [18, 33, 65]:

- ✓ Самым распространенным наркотиком среди российских подростков является каннабис [18, 33, 65];
- ✓ Распространенность употребления наркотиков и ненаркотических ПАВ среди девушек в возрасте 15-16 лет ниже, чем среди юношей [18, 65];
- ✓ Уровень распространенности потребления каннабиса выше для девушек, проживающих в крупных городах [18];
- ✓ Для девушек, проживающих в Москве, уровень потребления каннабиса составляет 15% [18];
- ✓ Количество российских девушек, которые употребляли каннабис не менее одного раза в жизни, составляет 7% [33];

- ✓ 3% российских девушек, сообщают об употреблении каннабиса хотя бы один раз в течение последних 30 дней [33];
- ✓ 4% девушек, проживающих в Москве, попробовали каннабис впервые в возрасте 13 лет или младше [18];
- ✓ Опыт употребления других наркотиков имеют 4% девушек [18];
- ✓ 3% девушек имели опыт употребления «экстази» (МДМА) и ЛСД [18];
- ✓ Распространенность проб героина, кокаина, а также инъекционного употребления наркотиков среди опрошенных девушек не превышает 1% [18];
- ✓ 8% опрошенных девушек попробовали ингалянты [18].

Многие исследователи отмечают, что употребление наркотиков и развитие зависимости, как и в случае с алкоголем, связаны с влиянием генетических факторов. Среди факторов риска раннего начала приема наркотиков большое значение также имеют личностные и поведенческие особенности самого подростка, влияние ближайшего окружения и членов семьи, одноклассников и круга общения. Первый опыт употребления наркотиков молодежью на примере членов семьи, братьев и сестер достаточно высок, и этот фактор должен учитываться в профилактической работе.

Школьные психологи, социальные работники и другие специалисты, реализующие профилактические программы в образовательных учреждениях и учреждениях социальной защиты, могут эффективно влиять на укрепление факторов защиты, специфичных для девушек.

К таким протективным (защитным) факторам относятся мероприятия, направленные на:

- укрепление самооценки;
- снижение личностной и ситуативной тревожности;
- влияние на формирование комфортных отношений в семье;
- укрепление привязанности к родителям;
- обеспечение должного уровня контроля за поведением девочки;
- предотвращение первых проб табака;
- профилактику употребления табака, алкоголя и наркотиков среди родителей девочек и девушек;
- предотвращение сексуального насилия в отношении девочек и девушек [5, 6, 11, 24, 26, 42, 43].

Причины, по которым женщины начинают употреблять наркотики, включают любопытство, давление со стороны ближайшего окружения, влияние сексуального партнера. Кроме того, первые пробы наркотиков быть следствием неблагоприятного

детского опыта, включая физическое или сексуальное насилие, общение с лицами, которые употребляют наркотики инъекционным путем [31, 55, 57, 62]. Некоторые женщины сообщают, что употребляют наркотики, чтобы снять стресс, подавить отрицательные эмоции или пережить развод, потерю опеки над детьми или смерть родственников. Женщины, страдающие расстройствами на почве потребления психоактивных веществ, часто воспитывались в неблагополучных условиях или в конфликтных семьях или были вынуждены слишком рано брать на себя обязанности взрослых. У таких женщин, как правило, есть наркозависимые родственники. Многие женщины сообщали, что первый опыт употребления психоактивных веществ был связан с проблемами в личной жизни. Кроме того, злоупотреблению психоактивными веществами часто предшествуют аффективные и тревожные расстройства. В числе прочих причин злоупотребления психоактивными веществами, отмечаемых женщинами, – желание похудеть, борьба с истощением, обезболивание или самостоятельное лечение психических расстройств.

#### Причины употребления наркотиков среди девушек и женщин

Имеются данные многочисленных исследований о наличии высокой наследственной отягощенности у девушек и женщин, злоупотребляющих наркотиками; более чем в половине случаев их родители или близкие родственники страдали алкогольной или наркотической зависимостью. В семьях женщин, по сравнению с семьями мужчин, достоверно чаще встречается наркомания среди отцов (у женщин в 10%, у мужчин в 6% случаев) и наркомания матерей (у женщин в 18%, у мужчин в 13% случаев). Следствием злоупотребления алкоголем и наркотиками родителями и другими родственниками также становится нарушение внутрисемейных отношений, нарушения и дефекты воспитания. Было установлено, что более 2/3 женщин, когда-либо лечившихся по поводу наркомании, подвергались в своей жизни нападениям, изнасилованиям или имели развернутую клиническую картину посттравматического стрессового расстройства. Пережитое в детском возрасте физическое и сексуальное насилие является одним из основных факторов, влияющих на развитие и тяжесть наркомании в дальнейшем.

Многие исследователи отмечают, что развитию наркомании у женщин часто предшествуют депрессивные и тревожные расстройства, которые среди женщин встречаются в 2-3 раза чаще по сравнению с мужчинами [13, 41].

Среди факторов риска, предрасполагающих к развитию наркоманий у женщин необходимо отметить: терпимое, снисходительное отношение к девиантному и антисоциальному поведению, склонность к риску, наличие наркоманов среди друзей и знакомых, раннее начало курения табака и употребления алкоголя, общение с лицами, употребляющими наркотики и ранние сексуальные контакты.

Преимущественной мотивацией первого употребления наркотика у женщин в подростковом возрасте являются: любопытство, гедонистические установки и аффективные колебания.

#### Употребление наркотиков среди женщин. Основные факты:

Как правило, девушки и женщины начинают употреблять наркотики позже, чем юноши и мужчины, и употребляют их реже. На форму употребления наркотиков девушками и женщинами сильное влияние оказывают их партнеры, также употребляющие наркотики [15, 16, 54, 57]. Вместе с тем, если женщины начинают злоупотреблять наркотиками, то уровень потребления каннабиса, опиоидов и кокаина у них растет быстрее, чем у мужчин. Также у женщин, как правило, быстрее, чем у мужчин, развиваются психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением наркотиков.

По данным многих исследователей, наркомания у женщин течет более злокачественно, чем у мужчин, у них в более сжатые сроки формируются основные синдромы заболевания. У женщин гораздо короче период от первой пробы наркотика до развития зависимости: более 50% женщин и только около 30% мужчин становятся зависимыми в течение 1 года после первой пробы наркотиков. У женщин наркомания формируется в течение первого года после начала употребления героина в 2 раза чаще по сравнению с мужчинами, причем почти у половины женщин в течение 3 месяцев после начала наркотизации; у женщин гораздо быстрее и сильнее выражены проявления влечения к наркотику по сравнению с мужчинами.

Наркомания среди женщин сопровождается более тяжелыми медико-социальными последствиями. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация. У всех потребителей наркотиков выявляются изменения личности вследствие наркотизации. Наиболее ярко это проявляется в отношении к детям. Матери-наркоманки нередко проявляют полное безучастие в воспитании, доверяя своих детей родственникам. При на словах «заботливым» отношении к детям, женщины-наркоманки стараются использовать материнство с целью манипуляции родственниками или врачами.

- ✓ Опыт употребления наркотиков чаще встречается у мужчин (56,0 млн.), чем среди женщин (36,3 млн.);
- ✓ Как среди подростков и молодежи, так и среди взрослого населения, самым широко употребляемым наркотиком является каннабис;
- ✓ 53,5 млн. мужчин и 34,3 млн. женщин отмечают опыт употребления каннабиса в течение жизни;
- ✓ Уровни употребления каннабиса в течение жизни значительно различаются между странами: от примерно 41% взрослых во Франции до менее 5% на Мальте;

✓ По оценкам EMCDDA, 87,6 миллиона взрослых в Европейском союзе (в возрасте 15-64 лет), или 26,3% этой возрастной группы, пробовали каннабис в течение своей жизни [54];

✓ Из них 17,2 миллиона людей в возрасте 15-34 лет или 14,1% от этой возрастной группы, употребляли каннабис в прошлом году;

✓ Среди молодых людей, употребляющих каннабис в прошлом году, соотношение мужчин и женщин составляет два к одному;

✓ Значительно более низкая распространенность употребления других видов ПАВ - кокаина (11,8 млн. мужчин и 5,2 млн. женщин), «экстази» (9,0 млн. мужчин и 4,5 млн. женщин) и амфетаминов (8,0 млн. мужчин и 4,0 млн. женщин) [54];

✓ Согласно данным Международного комитета по контролю над наркотиками, в США в последние годы наблюдается рост потребления опиоидов, каннабиса и кокаина [15, 16];

✓ Почти половина всех женщин США в возрасте 15-44 лет пробовали наркотики хотя бы 1 раз в жизни;

✓ После начала употребления наркотиков для женщин характерны быстрая утрата трудоспособности и интереса к учебе, рентные установки, более высокая склонность к суициду;

✓ При этом криминальная активность женщин, употреблявших наркотики, более чем в 2 раза ниже по сравнению с мужчинами и, как правило, ограничивается мелкими ненасильственными правонарушениями [15, 16].

## **5.5. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Психическое здоровье, по определению ВОЗ, — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять жизненным стрессам, продуктивно учиться и работать. В этом контексте психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

Психическое здоровье человека определяется многочисленными биологическими, средовыми, социальными и психологическими факторами, а также влиянием ближайшего окружения. Существуют также особые психологические и личностные факторы, из-за которых люди становятся уязвимыми [64, 66]. Отечественными и зарубежными исследователями выявлена устойчивая связь между потреблением ПАВ и психическими нарушениями различного генеза [13, 23, 32, 41].

Не только внутренние, но и внешние факторы могут оказывать как защитное, так и травмирующее влияние на показатели психического здоровья. Травмирующее влияние на психическое здоровье оказывает широкий спектр обстоятельств и ситуаций, таких как:

- физическое или эмоциональное насилие;
- социально-экономическое давление, страх потери работы и безработица;
- социальные изменения, в том числе связанные с переездом или миграцией;
- стрессовые условия на учебе или работе, социальное отчуждение;
- дискриминация по половому признаку;
- нездоровый образ жизни.

Многие из перечисленных обстоятельств имеют отношение к проблемам, связанным с трудностями адаптации девушек и женщин - представителей коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации. При этом потребление алкоголя и наркотиков не только не решает проблем, оказывающих влияние на психическое здоровье, а, как правило, усугубляет их.

ВОЗ акцентирует внимание на конкретных направлениях деятельности по укреплению психического здоровья, которые могут включать следующие меры для представителей коренного населения:

✓ проведение профилактических мероприятий в раннем детстве (например, предоставление детям коренных народов равных возможностей для раннего обучения и общения с другими детьми в дошкольных образовательных учреждениях, стимулирующих развитие языковых, когнитивных и коммуникативных навыков);

✓ поддержка детей в критические периоды их развития (например, организация для подростков индивидуальных и групповых занятий, направленных на укрепление личностных и коммуникативных навыков, при необходимости предоставление психологической помощи для преодоления возможных проблем развития);

✓ предоставление социально-экономических возможностей девушкам и женщинам как городского, так и сельского населения (например, по профессиональной ориентации, трудоустройству, в получении профессии или при профессиональной переподготовке);

✓ социальная поддержка пожилых людей (например, поддержка инициатив по организации досуговых центров, центров занятости и профессиональной переподготовки для женщин пенсионного возраста);

✓ реализация специальных программ, нацеленных на представителей национальных меньшинств, коренных народов, мигрантов и людей, пострадавших от

конфликтов и стихийных бедствий (например, помощь в адаптации после вынужденного переселения);

- ✓ внедрение мероприятий по укреплению психического здоровья в образовательных учреждениях (например, программ профилактики эмоционального или физического насилия в отношении учащихся, включая буллинг);

- ✓ организация мероприятий по укреплению психического здоровья на рабочих местах (например, программ по профилактике «эмоционального выгорания»);

- ✓ реализация стратегий в области улучшения жилищных условий;

- ✓ поддержка социальных программ по предотвращению насилия (например, в том числе домашнего насилия в отношении детей и женщин);

- ✓ организация программ развития отдельных сообществ (например, этнических или сельских общин);

- ✓ укрепление прав и возможностей лиц с психическими расстройствами и заботы о них [64, 66].

Серьезной проблемой современного общества является суицидальное поведение детей и подростков. Многочисленные эпидемиологические исследования, указывают на рост суицидальных попыток и завершенных суицидов среди детско-подростковой популяции [12]. Решение этой проблемы традиционно связывают с выявлением и профилактикой аутоагрессивного поведения. К основным видам аутоагрессивного поведения, помимо суицидального поведения, относят умышленное несуицидальное самоповреждение, употребление психоактивных веществ, рискованное поведение и другие виды поведения, при которых субъект проявляет физическую и/или психологическую агрессию на самого себя. Своевременное выявление подростков с суицидальным риском, а также другими рисками аутоагрессивного поведения обеспечивает успешность последующей профилактической, а также психокоррекционной работы. Особый акцент в реализации данных мероприятий на общегосударственном уровне делается на ресурсы системы образования. Это связано с возможностями, как лонгитюдного наблюдения за ребенком, включенным в образовательный процесс, так и формирующего психолого-педагогического воздействия на личностные и психологические характеристики учащегося, влияния на структуру семейных отношений [12].

## **5.6. РЕГУЛЯРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФИЗИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Для профилактики факторов риска, влияющих на употребление алкоголя и наркотиков девушками и женщинами коренных народов, могут быть определены следующие наиболее значимые меры:

*Регулярное участие девушек и женщин в мероприятиях, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление неинфекционных заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов» [47]. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;*

*Предотвращение физического и эмоционального насилия со стороны членов семьи и сексуальных партнеров (в том числе супругов):*

✓ Причиной, которая может определять отношение девушки или женщины к потреблению алкоголя и наркотиков, зачастую являются привычки и поведенческие модели членов семьи, связанные с потреблением;

✓ Одной из ведущих причин приобщения девушек и женщин к потреблению наркотиков является инициация и совместное употребление с супругом или половым партнером;

✓ Мерой универсальной профилактики является повышение информированности девушек и женщин о возрасте сексуальной неприкосновенности, правового реагирования на случаи сексуального насилия с позиций прав граждан Российской Федерации, просветительская работа над устранением коренных причин физического и психологического насилия в семьях, имеющих традиционные социально-культурные нормы, допускающие терпимость к насилию;

✓ Важнейшей сферой в области селективной и индикативной профилактики, включающей профессиональную помощь психологов и социальных работников девушкам и женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе перенесших насилие, является юридическая и психологическая поддержка и сопровождение;

✓ оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, в том числе при поражении плода (или предполагаемом поражении плода) в результате

воздействия алкоголя, требующее предоставления специализированной медицинской помощи матери.

*Сохранение здоровья во время беременности:*

✓ беременность является особым периодом в жизни большинства женщин, когда им может потребоваться дополнительная психологическая, социальная и медицинская помощь;

✓ согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в Российской Федерации оказывается всесторонняя медицинская помощь женщинам в период беременности, в том числе при поражении плода (или предполагаемом поражении плода) в результате воздействия алкоголя, которое может потребовать предоставления специализированной медицинской помощи матери;

✓ для беременных женщин в условиях женских консультаций проводятся следующие мероприятия, направленные на защиту и поддержание физического и психологического здоровья: 1) консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам; 2) проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка; 3) патронаж беременных женщин и родильниц; 4) беременные женщины с алкоголизмом, наркоманией у одного или обоих супругов направляются в специализированные консультативно-диагностические отделения перинатальных центров для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания [38];

✓ употребление алкоголя или алкоголизм беременной женщиной относится к факторам риска, осложняющим течение беременности и родов;

✓ универсальной профилактикой употребления алкоголя во время беременности является распространение различных типов информационных буклетов в целевых группах женщин. Информационные буклеты повышают информированность женщин детородного возраста о проблеме ФАСН, что может способствовать снижению количества и частоты употребления алкоголя, а также повысить степень готовности к отказу от потребления алкоголя в случае планирования и наступления беременности. Недостатком этого вида профилактики является ее невысокая эффективность;

✓ более эффективными являются программы селективной профилактики, направленные на группы риска. Программы основаны на принципах мотивационного консультирования женщин детородного возраста и направлены на принятие ими решения о

выборе между полным отказом от алкоголя или использованием эффективных методов контрацепции. Программы проводятся врачами-акушерами-гинекологами и медицинскими психологами женских консультаций и применяются как при оказании плановой медицинской помощи, так и при профилактическом медицинском осмотре. Суть воздействий заключается в том, что в ходе кратких (5-7 минут) целенаправленных бесед неконфликтным образом мотивировать женщину задуматься о своем употреблении алкоголя, запланировать сокращение употребления и осуществить полный отказ от употребления алкоголя. Задача врача-акушера-гинеколога мотивировать женщину, не предохраняющуюся от наступления беременности, полностью отказаться от употребления алкоголя;

✓ если женщина решает продолжить употреблять алкоголь необходимо мотивировать ее использовать надежные методы контрацепции. При проведении врачами-акушерами-гинекологами мотивационного консультирования около 75% женщин сообщает о своем решении прекратить употреблять алкоголь на этапе планирования и во время беременности [4, 27, 36, 57];

✓ программы индикативной профилактики направлены на женщин, зависимых от алкоголя. Данные программы помимо мотивационного консультирования женщин, злоупотребляющих алкоголем, на применение эффективных методов контрацепции или отказ от употребления алкоголя во время беременности, включают в себя фармакологическую профилактику ФАС во время беременности и лечение основного заболевания – синдрома зависимости от алкоголя;

✓ в случаях, когда беременная женщина употребляла алкоголь и у ребенка развился ФАС, ранняя диагностика и лечение позволяют корректировать имеющиеся у ребенка психические расстройства и поведенческие нарушения, особенно в условиях грамотной организации медико-реабилитационного процесса, психолого-педагогического сопровождения, включения в специализированные персонифицированные обучающие программы и психокоррекционные мероприятия. Только активная реабилитационная работа с привлечением различных специалистов медицинского, психологического и социального профиля, помогает достичь повышения уровня психического развития и социальной адаптации детей с ФАСН, снижает риск развития вторичных нарушений в виде склонности к антисоциальному поведению, деликтам, злоупотреблению алкоголем и наркотиками;

✓ часть женщин, которые продолжают употреблять алкоголь и наркотики, но при этом избегают обращаться за специализированной медицинской помощью, могут искать поддержки в кризисных центрах, социальных, некоммерческих или религиозных

организациях, где им может быть оказана поддержка, не исключающая необходимости консультации или лечения у врача-психиатра-нарколога;

✓ всем новорожденным детям вне зависимости от наличия или отсутствия у их матери проблем с употреблением алкоголя или наркотиков, в первые дни после родов оказывается медицинский патронаж, включающий: 1) проведение диагностического обследования на предмет отставания ребенка в физическом развитии, которое включает в себя точное измерение роста, веса, лобно-затылочной окружности головы. Все измерения проводятся квалифицированным специалистом медицинской организации: врачом, фельдшером, медицинской сестрой. Низкие значения измеряемых параметров могут свидетельствовать о наличии задержки физического развития, как одного из возможных симптомов фетального алкогольного синдрома (ФАС) или фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН); 2) сбор анамнеза о наличии в семье психических и поведенческих расстройств, а также преждевременной смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя; 3) регулярный осмотр новорожденного и детей раннего возраста врачом-неврологом с целью оценки нервно-психического развития и выявления возможных нарушений со стороны центральной нервной системы, которые могут быть связаны с употреблением алкоголя или наркотиков матерью во время беременности; 4) плановый осмотр ребенка врачом-психиатром с целью оценки когнитивного развития и выявления возможных психических и поведенческих нарушений, которые могут быть связаны с употреблением алкоголя или наркотиков матерью во время беременности [4, 27, 31, 36, 57, 62].

## **6. ПОДХОДЫ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЕМОМ, СВЯЗАННЫХ С ИСТОРИЧЕСКИМИ, КУЛЬТУРНЫМИ, СОЦИАЛЬНЫМИ И БЫТОВЫМИ УСЛОВИЯМИ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ, КРАЙНЕГО СЕВЕРА, ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В ПРОГРАММЫ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ**

Российская Федерация является многонациональным государством с широким этнокультурным многообразием, которое представлено более 200 национальностями, включая представителей коренных малочисленных народов Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока. Помимо этого, Россия входит в первую десятку стран мира с наиболее высоким количеством официально зарегистрированных мигрантов, которых в 2019 году насчитывалось более 900 тыс. [67]. Согласно последним тенденциям в сфере охраны физического и психического здоровья во многих странах, включая Россию, коренные малочисленные народы, малые этнические группы и мигранты становятся целевой группой, требующей особого подхода к профилактике потребления алкоголя и наркотиков [38, 39].

### Основные факты:

✓ Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УПН ООН) отмечает, что проблемы злоупотребления алкоголем и наркотиками, с которыми сталкивается молодежь коренных и этнических меньшинств, имеют как сходства, так и различия по сравнению с остальной частью общества;

✓ С одной стороны, молодежь этнических и коренных меньшинств сталкивается с проблемой культурной изоляции, а также преодолевает трудности, связанные с адаптацией к новым социально-бытовым условиям жизни. С другой стороны, вопросы, которые ей приходится решать, относятся к типичным проблемам, с которыми сталкивается большая часть молодежи. Типичные проблемы подростков - представителей как основной части общества, так и национальных меньшинств, связаны с процессами становления личности, самоидентификацией и поиском новых друзей [38, 39];

✓ Для молодежи и взрослых представителей коренных народов процесс адаптации к иной среде в определенных случаях не завершается в полной мере. В результате они страдают от длительного стресса и проблем самоидентификации, что может подталкивать их к потреблению алкоголя и наркотиков [39];

✓ Большая часть исследователей признает наличие высокого риска в отношении потребления алкоголя и наркотиков подростками малых коренных народов, не только в силу возрастной уязвимости, но и дополнительно в связи с их принадлежностью к национальному или этническому меньшинству;

✓ Что касается молодежи, то к этим факторам добавляется напряженность семейных отношений вследствие социального давления между представителями отличающихся друг от друга культур [39];

✓ Девушки и женщины этнических и коренных меньшинств также имеют как гендерные преимущества, так и особую уязвимость в отношении адаптации к иным культурным и социально-бытовым условиям жизни среди представителей основной части населения;

✓ С одной стороны, девушки и женщины могут ориентироваться на роль жены и матери. В этом случае они с успехом реализуют себя в семье и в общине. С другой стороны, они могут иметь схожие с юношами и мужчинами трудности, связанные профессиональным самоопределением, если выбирают активную социальную роль и ориентированы на карьерные и финансовые достижения;

✓ При этом женщины, состоящие в семейных отношениях, проще адаптируются к новым условиям, заботясь о своих близких, а не о социальном статусе. Они в большей степени ориентированы на себя, больше рассчитывают на внутренние силы, готовы к более широкому спектру возможных видов деятельности [38];

✓ Международные исследования указывают на влияние таких факторов, способствующих алкоголизации и наркотизации, как социальная изоляция и отсутствие сравнительных преимуществ у представителей малочисленных коренных народов по отношению к представителям основной популяции [38];

✓ В этнических группах при решении проблем, связанных с потреблением алкоголя и наркотиков девушками и женщинами коренных народов, большое влияние оказывает отношение и пример поведения, который демонстрирует семья и община. В связи с чем положительный эффект имеют мероприятия, основанные на групповых и семейных программах профилактики, которые могут быть реализованы в образовательных организациях, в трудовых коллективах или иных социальных группах;

✓ Организация и проведение в образовательных организациях или в трудовых коллективах профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни, привлечение к участию в них девушек и женщин - представительниц коренных малочисленных народов Сибири, Крайнего Севера, Дальнего Востока России позволит оказывать влияние на укрепление соматического и психического здоровья, повысит адаптационные возможности, укрепит чувство национальной идентичности.

Резюмируя можно подчеркнуть, что характер рисков для молодежи национальных меньшинств различных этнических и культурных групп, не так хорошо понятен, как характер рисков для молодежи основной части населения. Помимо недостатка

этиологических и эпидемиологических исследований по популяциям молодежи национальных меньшинств, существует также относительный недостаток исследований о важности культурных ценностей, о стрессе приобщения к другой культуре и утрате культурной самобытности. При этом для разработки и внедрения эффективных мер профилактики потребления алкоголя и наркотиков для девушек и женщин – представителей коренных малочисленных народов Сибири, Крайнего Севера, Дальнего Востока Российской Федерации, важно учитывать не только наличие особых биологических, генетических и национальных различий, но и общие факторы риска, обусловленные возрастными и гендерными характеристиками.

### **6.1. ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ИСТОРИЧЕСКИХ, КУЛЬТУРНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ И БЫТОВЫХ ТРАДИЦИЯХ КОРЕННЫХ НАРОДОВ**

Чуткое отношение к другой культуре – это основополагающий принцип работы с молодежью этнических и коренных меньшинств [38, 39]. Специалист образовательной или медицинской организации, социальной службы или кризисного центра для девушек и женщин должен иметь представление о системах ценностей, принятых в данной культуре, и о своем месте в рамках этих систем. Там, где это возможно, следует принимать во внимание культурные аспекты взаимодействия специалиста с аудиторией и привлекать к практической работе представителей коренных малочисленных народов Сибири, Крайнего Севера, Дальнего Востока Российской Федерации. Важно проявлять уважение к местным культурным обычаям и традициям. К примеру, существуют этнические и культурные аспекты, связанные с возрастом, полом или родственными узами, ролью старейшин в общине, к которым необходимо относиться с особым вниманием и которые в полной мере может понимать только представитель той же этнической группы.

Указанные этнические и культурные особенности целесообразно включать в программы профилактики потребления алкоголя и наркотиков, акцентировать на них внимание в практических пособиях и в информационно-раздаточных материалах, посвященных формированию здорового образа жизни и отказу от вредных привычек.

Культурно ориентированный подход к профилактике, использование методов сравнительного анализа особенностей потребления ПАВ в разных этнических группах, сопоставление их с особенностями самих культур и паттернами поведения их представителей изучается специальными дисциплинами психиатрии и наркологии – этнопсихиатрией и этнонаркологией. При этом, несмотря на большое количество литературных данных о наркологических проблемах коренных малочисленных народов

Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации этнонаркологические аспекты остаются еще недостаточно изученными [8, 21, 25, 28, 34, 37]. За последние годы в литературе появились научные материалы этого направления, изучающие и анализирующие роль социокультуральных факторов в этиологии психических нарушений и их взаимодействие со средовыми, психологическими и биологическими переменными [19]. При этом практическая значимость данных исследований заключается в разработке мер универсальной и селективной профилактики потребления алкоголя и наркотиков представителями коренных народов, включая девушек и женщин, с учетом религиозно-культурно-экологических основ, этнических и индивидуально-биологических факторов.

Так ряд представителей коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации придерживается традиционной религиозно-мифологической системы, выработанной веками и сохранившейся в рудиментарной форме в настоящее время, основой мировоззрения в которой является идеология шаманизма. Шаманизм в традиционной культуре коренных народов – это и врачевание, и религия, и психотерапия [3]. Ритуал шаманизма и его психологические техники активно использовались в прошлом и могут быть актуальными и сейчас, что необходимо учитывать в клинике психических заболеваний и методологии профилактических программ [19].

Другим методом помощи представителям коренных народов, придерживающихся религиозных традиций буддизма, при «лечении» алкогольной зависимости является привлечение буддистских лам для проведения духовных практик - индивидуального или группового ретрита. Практическое применение техники ретрита заключается в том, что лицу, нуждающемуся в помощи в связи с потреблением алкоголя, дается задание исследовать свой путь от первого приема алкоголя до настоящего времени. Больные проговаривают свои ощущения, мысли, анализируют свое эмоциональное состояние. Данная технология предполагает формирование индивидуальной мотивации к изменению поведения и групповой ответственности, которую должны разделить все участники мероприятия. Атмосфера группового ретрита создается в результате «общего деяния», позволяющего ощутить, как каждое твоё действие неумовимо влияет на других людей. Это повышает самоуважение и позволяет воссоединять отдельные подавленные части личности, избавляя от необходимости постоянно подавлять и защищаться от отрицательных личностных черт, таких, например, как эгоистические желания. Ретрит предоставляет возможность прислушаться к своему внутреннему «Я». Он учит принимать воспринятое и работать над самосовершенствованием. Интеграция адаптированной практики ретрита в программу помощи лицам, имеющим проблемы с потреблением алкоголя или наркотиков, позволяет: 1) преодолеть «отрицание болезни»; 2) формировать

и развивать личностные качества; 3) развивать саморегуляцию чувств и поведения; 4) развивать и восстанавливать навыки общения и эмпатии; 5) обучаться навыкам преодоления стрессов, противостоянию групповому давлению [19].

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 [47] допускает использование народной медицины и методов «...оздоровления, утвердившихся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья...». Однако «к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов». Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Необходимость сохранения в среде коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации традиционных методов профилактики, оздоровления и лечения представляет большое практическое значение. В настоящее время есть примеры государственных медицинских организаций, где работают различные специалисты: от врачей и специалистов традиционной медицины до практиков народного целительства и этномедицины [3, 19].

## **ЧАСТЬ 2**

### **Практическая часть**

**Целью программы** является формирование здорового образа жизни у девушек и женщин Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации.

**Задачи программы** раскрывают содержание цели и способствуют:

- укреплению физических и психических показателей здоровья;
- формированию привычек здорового питания и здорового сна;
- снижению уровня потребления алкоголя и отказу от употребления наркотиков;
- развитию этнокультурной идентичности среди женского населения коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации.

Практическая часть программы профилактики употребления психоактивных веществ среди девушек и женщин коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации содержит:

- инструкции для практических специалистов, работающих с девушками и женщинами;
- раздаточные материалы для слушателей, раскрывающие содержание изучаемых тем и включающие таблицы и рисунки, которые позволяют эффективнее усваивать содержание программы. Раздаточные материалы рекомендуется заранее распечатывать для каждой из участниц профилактических занятий.

Практическая часть программы предназначена для медицинских (клинических) психологов, педагогов-психологов, социальных работников, педагогов и других специалистов, работающих в общеобразовательных организациях, в учреждениях дополнительного образования, социальной помощи, в кризисных центрах для девушек и женщин.

### ***Планирование обучения специалистов по профилактике***

Обучение специалистов по профилактике наиболее эффективно проходит при поддержке администрации образовательных организаций, центров социальной поддержки, кризисных центров для девушек и женщин.

Значительно повышает успешность последующей реализации и внедрения программы профилактики в практическую работу учреждения обучение двух или более сотрудников одной организации. Если обучение проходят несколько специалистов, работающих в одной организации, оказывающей психологическую или социальную поддержку девушкам и женщинам, им будет значительно проще реализовывать метод на практике и передавать опыт коллегам, работая в паре.

При планировании организационных аспектов программы профилактики употребления ПАВ среди девушек и женщин коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации преподавателю рекомендуется принимать во внимание возрастные и этнические характеристики группы. Так при организации групп для девушек и молодых женщин, необходимо предоставить аудитории возможность общения с молодыми психологами или социальными работниками. При проведении профилактических мероприятий для женщин среднего и пожилого возраста рекомендуется учитывать, что аудитория с большим доверием отнесется к специалисту, обладающему как профессиональной компетенцией, так и достаточным жизненным опытом.

Характеристикой, значительно повышающей эффективность внедрения программы профилактики, является принадлежность преподавателя к той же этнической группе, что и будущие участники программы. В случае имеющихся между преподавателем и слушателями культурных и этнических различий (национальность, вероисповедание и т.д.), большое внимание лектору необходимо уделить развитию у себя чуткого отношения к представителям другой культуры. Преподавателю рекомендуется иметь представление о системах ценностей, принятых в данной культуре. Важно проявлять уважение к местным культурным обычаям и традициям, в том числе к роли старейшин в общине.

#### ***Кто может проводить программу профилактики?***

Обучение специалистов могут проводить один или двое преподавателей, обладающих следующими профессиональными компетенциями:

- ✓ достаточными знаниями в области профилактики алкогольной и наркотической зависимости, владеющих информацией об основных причинах физического и психического неблагополучия и способах их предотвращения;
- ✓ практической подготовкой в области работы с группой девушек или женщин;

✓ способностью уверенно вести учебный процесс, дискуссию или тренинг на заданную тему, отвечать на вопросы слушателей и вступать в диалог с аудиторией;

✓ способностью объективно и эмоционально нейтрально обсуждать вопросы, связанные с потреблением алкоголя и наркотиков девушками и женщинами.

Оптимальное количество преподавателей – два человека. Это позволяет сменять друг друга при переходе от одной темы к другой, поддерживать обсуждение тем и вести диалог со слушателями, подавая участникам профилактической программы пример здоровых партнерских отношений.

Специалисту, работающему с девушками и женщинами коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, следует помнить, что этнокультурные особенности – это не барьер, препятствующий полноценному развитию или адаптации к изменяющимся условиям, а дополнительный ресурс, позволяющий сохранять физическое и психическое здоровье с опорой на иной стиль жизни, иные принципы и манеру поведения.

***Кто может использовать в практической работе программу профилактики?***

Специалисты, профессионально занимающиеся социально-психологической, педагогической и консультативной помощью девушкам и женщинам коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации:

1. Психологи (клинические, детские, семейные, педагоги-психологи);
2. Социальные работники, социальные педагоги, специалисты по социальной работе;
3. Педагоги и руководители общеобразовательных организаций и учреждений дополнительного образования;
4. Сотрудники и руководители кризисных центров, центров социальной защиты, общественных и медицинских организаций;
5. Сотрудники и волонтеры религиозных и общественных некоммерческих организаций, обладающие профессиональными компетенциями и личной заинтересованностью по внедрению методов, направленных на формирование здорового образа жизни, отказ от употребления алкоголя и наркотиков.

Также полезно ознакомить с информацией о важности и пользе формирования здорового образа жизни, сохранения физического и психического здоровья, профилактики потребления алкоголя и наркотиков женщинами коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации представителей средств массовой информации. Средства массовой информации оказывают существенное влияние на формирование общественного мнения, в том числе в таких вопросах, как отношение к употреблению

алкоголя, популяризация здорового образа жизни, повышение осведомленности населения о действующих профилактических программах.

## ТЕМА 1: ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

Цель изучения темы: анализ поведенческих привычек, связанных с питанием девушек и женщин, и их влияние на сохранение здоровья. Тема включает проведение теоретических и практических занятий по 1) основам правильного питания; 2) изучению свойств продуктов и их воздействию на организм; 3) умению их правильно выбирать и готовить, по максимуму используя все полезные вещества; 4) соблюдению правил подачи блюд и приема пищи, а также 5) экономичному отношению к продуктам питания.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 2

Регулярность встреч: 1 или 2 раза в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

Обеспечьте каждую из участниц программы раздаточным материалом (Таблица 4 и Таблица 5).

### **Занятие № 1:**

1. Представьтесь;
2. Расскажите коротко о программе профилактики, ее целях и задачах, количестве занятий, регулярности и продолжительности встреч;
3. Познакомьтесь со всеми участницами занятия с помощью предлагаемого упражнения [6]:
  - ✓ Предложите участницам разбиться на пары;
  - ✓ Первая пара участниц выходит в центр круга и садиться следующим образом - одна из участниц сидит на стуле, а вторая стоит за ее спиной;
  - ✓ Первая пара участниц представляется следующим образом: тот, кто стоит за спиной своего партнера, будет рассказывать о нем от его имени. Например, если Инна и Мария выполняют упражнение в одной паре, то Инна, которая стоит за спиной Марии, должна рассказать о ней так: «Меня зовут Мария. Я очень спокойная и не люблю конфликты. Люблю читать и гулять по парку со своей собакой...» и т.д.;
  - ✓ После каждого представления другие участницы группы могут задавать вопросы рассказывающему, который отвечает от имени сидящего на стуле. Сидящий при этом молчит. Например, Инна рассказывает от лица Марии, поэтому участницы занятия задают вопросы якобы Марии, но отвечать на них должна Инна;
  - ✓ После всех вопросов с каждой из участниц пары проводится анализ упражнения по следующей схеме:

- ✓ Вопросы тому, **кто** сидел:
  - Что Вы чувствовали, когда другой человек говорил от Вашего имени?
  - Все ли верно отвечал Ваш партнер?
  - Хотите ли Вы что-то добавить или рассказать?
- ✓ Вопросы тому, **кто** представлял:
  - Сложно ли «быть» другим человеком, отвечать от его имени?
  - Насколько Вам удалось вжиться в роль другого человека и отвечать за него на вопросы?
  - Как Вы думаете, получилось ли у Вас полностью представить партнера?
- ✓ После того как одна из участниц пары все рассказала про сидящую и анализ упражнения проведен, участницы в паре меняются местами, и все повторяется;
- ✓ Упражнение проводится со всеми участницами занятия;
- 4. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Здоровое питание»;
- 5. Попросите каждую из присутствующих девушек рассчитать индекс собственный массы тела (ИМТ) и провести его оценку с использованием Таблицы 4. Вычисляют его путем деления массы тела в килограммах на квадрат роста в метрах.  $ИМТ = \frac{кг}{м^2}$ . Например, человек, который при росте 1,70 м весит 67 кг, должен произвести следующие вычисления:  $67 : (1,7 \times 1,7) = 23,2$ . Для взрослых нормальной считается масса тела, при которой ИМТ находится в интервале от 18,5 до 25;
- 6. Вычислив результат, спросите у девушек и женщин, что они думают по поводу полученных результатов;

Таблица 4.

Оценка массы тела

<i><b>Индекс массы тела (ИМТ)</b></i>	<i><b>Значение</b></i>
<18,5	Недостаточный вес
18,5–24,9	Нормальный вес
25-29,9	Избыточный вес
30-34,9	Ожирение I степени
35-39,9	Ожирение II степени
>40	Ожирение III степени

- ✓ Потребность в энергии и пищевых веществах зависит от физической активности, характеризуемой коэффициентом физической активности (КФА), равным отношению энерготрат на выполнение конкретной работы к величине основного обмена (ВОО) [35];

✓ Все взрослое население в зависимости от величины энерготрат делится на 5 групп для мужчин и 4 группы для женщин, учитывающих физическую и трудовую активность, а также иные энерготраты:

I группа (очень низкая физическая активность; мужчины и женщины) - работники преимущественно умственного труда, коэффициент физической активности = 1,4 (государственные служащие административных органов и учреждений, научные работники, преподаватели вузов, колледжей, учителя средних школ, студенты и т.д.);

II группа (низкая физическая активность; мужчины и женщины) – работники, занятые легким трудом, коэффициент физической активности = 1,6 (водители городского транспорта, рабочие и т.д.);

III группа (средняя физическая активность; мужчины и женщины) – работники средней тяжести труда, коэффициент физической активности = 1,9 (слесари, наладчики, станочники, буровики, водители электрокаров, экскаваторов, бульдозеров и другой тяжелой техники, работники тепличных хозяйств, работники рыбного хозяйства и других родственных видов деятельности);

IV группа (высокая физическая активность; мужчины и женщины) – работники тяжелого физического труда, коэффициент физической активности = 2,2 (строительные рабочие, грузчики);

V группа (очень высокая физическая активность; мужчины) – работники особо тяжелого физического труда, коэффициент физической активности = 2,5 (механизаторы и работники сельского хозяйства в посевной и уборочный период, шахтеры и проходчики, горнорабочие, вальщики леса, бетонщики, каменщики, грузчики немеханизированного труда, оленеводы, спортсмены высокой квалификации в тренировочный период);

✓ Суточные энерготраты определяются затратами энергии на конкретные виды деятельности и величиной основного обмена (ВОО). Наиболее распространенным методом оценки суточных энергозатрат является его вычисление путем умножения ВОО на соответствующий КФА;

✓ ВОО также зависит от ряда факторов, в первую очередь, от возраста, массы тела и пола (Табл. 5).

7. Попросите присутствующих девушек рассчитать величины основного обмена (ВОО) и провести его оценку с использованием Таблицы 5.

8. Вычислив результат, спросите у девушек и женщин, что они думают по этому поводу;

*Таблица 5.*

*Средние величины основного обмена (ВОО) для взрослого населения [35]*

<b>Мужчины (основной обмен)</b>					<b>Женщины (основной обмен)</b>				
<i>Масса тела, кг</i>	<i>18-29 лет</i>	<i>30-39 лет</i>	<i>40-59 лет</i>	<i>Старше 60 лет</i>	<i>Масса тела, кг</i>	<i>18-29 лет</i>	<i>30-39 лет</i>	<i>40-59 лет</i>	<i>Старше 60 лет</i>
50	1450	1370	1280	1180	40	1080	1050	1020	960
55	1520	1430	1350	1240	45	1150	1120	1080	1030
60	1590	1500	1410	1300	50	1230	1190	1160	1100
65	1670	1570	1480	1360	55	1300	1260	1220	1160
70	1750	1650	1550	1430	60	1380	1340	1300	1230
75	1830	1720	1620	1500	65	1450	1410	1370	1290
80	1920	1810	1700	1570	70	1530	1490	1440	1360
85	2010	1900	1780	1640	75	1600	1550	1510	1430
90	2110	1990	1870	1720	80	1680	1630	1580	1500

9. В завершение занятия дайте девушкам и женщинам задание рассчитать ИМТ и ВОО у заинтересованных членов семьи и друзей;

10. Поблагодарите всех участниц за внимание и уважительное отношение к преподавателю и другим слушательницам программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### **Занятие № 2:**

Занятие №2 проводится на этой же или на следующей неделе. Обсудите с аудиторией результаты «домашнего» задания: кто из членов семьи и друзей был заинтересован в расчете ИМТ и ВОО, какие были получены результаты, как члены семьи и друзья реагировали на них?

1. Обсудите с аудиторией результаты «домашнего» задания: кто из членов семьи и друзей был заинтересован в расчете ИМТ и ВОО, какие были получены результаты, как члены семьи и друзья реагировали на них?

2. Проведите упражнение «Блюдо» [6], направленное на сплочение группы. Данное упражнение также позволит участницам программы задуматься над тем, что они подразумевают под разными словами, в том числе и под словом «здоровье»:

✓ Разделите группу на 3 подгруппы и раздайте каждой по чистому листу и ручке (участницам может понадобиться больше листов и, возможно, цветные карандаши или фломастеры);

✓ Инструкция дается следующим образом: «Сейчас каждая из подгрупп должна будет почувствовать себя поварами и составить рецепты 3-х разных блюд. Первая подгруппа будет составлять рецепт дружбы, вторая – рецепт успеха, третья – рецепт

здоровья. Ингредиентами этого блюда будут не продукты питания, а то, что вы сами придумаете. На все это у вас есть 10 минут. Постарайтесь сделать свое блюдо оригинальным и необычным. В конце мы подведем итог и познакомимся со всеми тремя рецептами. Перед тем, как вы приступите к заданию, я прочитаю Вам один рецепт, который, я думаю, разбудит Вашу творческую мысль. Рецепт любви: 500 гр. страсти, 300 гр. влюбленности, 100 гр. дружбы и уважения, добавить 50 поцелуев и 10 объятий по вкусу. Все это приправить терпением и оставить в теплом уголке вашего сердца. Блюдо должно настояться. Подавать горячим!»;

- ✓ После того, как рецепты написаны, каждая группа представляет свой рецепт;
- ✓ Участницы обмениваются впечатлениями и мнениями об упражнении, какой из рецептов понравился больше, что участницы считают главным ингредиентом;

3. Затем продолжите занятие дискуссией по следующим вопросам:

- ✓ Знаете ли Вы о разнице в рационе питания для девушек (женщин) и юношей (мужчин)?

- ✓ Кто-нибудь из присутствующих употребляет по 5 порций овощей и фруктов каждый день?

- ✓ Кто-нибудь из присутствующих знает, сколько жидкости рекомендуется употреблять в течение дня?

- ✓ Кто-нибудь из присутствующих пьет достаточно воды каждый день?

- ✓ Какая Ваша любимая «нездоровая» еда?

- ✓ Какая Ваша любимая «полезная» еда?

- ✓ Что Вы знаете об ограничениях в питании и влиянии разумных ограничений в потреблении пищи на здоровье, качество и продолжительность жизни?

- ✓ Как Вы можете разнообразить свой рацион, чтобы получать больше пользы для здоровья?

Постарайтесь выслушать мнение каждой участницы программы.

4. Спросите у аудитории, кто из девушек может отказаться или уменьшить потребление каких-либо из перечисленных продуктов:

- ✓ Все виды колбас, сосисок, сарделек. Их можно заменить натуральным отварным мясом, желателен постных сортов;

- ✓ Майонез. Его можно заменить на растительное масло;

- ✓ Молочные продукты с высокой жирностью. Их можно заменить молоком, кефиром, творогом 0,5-1% жирности;

- ✓ Жирные торты и другие кондитерские изделия. Откажитесь от привычки ежедневно перекусывать пирожными по 250-500 ккал;

- ✓ Соль и сахар. Их можно заменить другими пряностями.
- 5. Задайте несколько дополнительных вопросов по питанию, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (специфика национальной еды, регулярность приема пищи и т.д.);
- 6. Предложите участницам программы придерживаться рекомендаций по здоровому питанию в течение 2-3 недель и более. На практическом занятии № 5 (через 2-3 недели) обсудите результаты изменений в пищевом рационе девушек и женщин, а также членов их семьи и друзей;
- 7. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

## ТЕМА 2: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ

Цель изучения темы: анализ и при необходимости изменение поведенческих привычек, связанных с физической активностью, как одного из направлений по формированию здорового образа жизни, улучшению ее качества и продолжительности, а также развитию когнитивных и социальных навыков. Тема включает проведение теоретических и практических занятий профилактической направленности по включению умеренных и интенсивных физических нагрузок в качестве регулярных мероприятий, снижающих риск факторов хронических и острых проблем со здоровьем у девушек и женщин.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 2

Регулярность встреч: 1 или 2 раза в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

Обеспечьте каждую из участниц программы раздаточным материалом (Таблица 6).

### **Занятие № 3:**

1. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Физическая активность и занятия спортом»;

2. Выдайте девушкам и женщинам раздаточный материал (Таблицу 6.) Обсудите с аудиторией ее содержание;

3. Попросите девушек и женщин поделиться имеющимся опытом, связанным с физической активностью в их жизни и занятиями спортом. Какими преимуществами обладают люди, регулярно уделяющие внимание физической активности? Приведите примеры, связанные чрезмерными физическими нагрузками и рискованными видами спорта, а также обсудите их возможный вред для здоровья;

4. Проведите границу между занятиями профессиональным спортом, связанным с травмами, проблемами адаптации спортсменов к жизни в обществе после завершения спортивной карьерой, и физической нагрузкой, способствующей развитию, поддержанию и сохранению соматического и психического здоровья;

5. Проведите упражнение «Ромашка» [6], которое направлено на осознание ценностно-смысловых ориентаций личности участниц программы;

✓ Для упражнения требуется специальный реквизит: каждой участнице необходимо выдать лист формата А4 с изображением ромашки, по одному набору фломастеров (по 6-12 цветов) и ножницы. Ромашку можно распечатать на цветной бумаге и раздать эти листы всей группе.

✓ Попросите участниц разместиться на стульях или за столами поудобней, так, чтобы им никто не мешал. Можно включить спокойную медитативную музыку;

✓ Инструкция дается следующим образом: «Сейчас каждой из Вас предстоит доделать ромашку, которую я Вам раздала. Это будет не простая ромашка. В центре ромашки, прямо на сердцевине напишите «Я». Сделайте надписи и на лепестках. На каждом из лепестков Вы должны подписать ответы на следующие вопросы: «Без чего Я не была бы собой?», «Что мне особенно дорого, ценно и важно в жизни?», «Без чего Я себя не представляю?». На лепестках, например, могут быть написаны: какие-то важные для Вас люди, чувства, Ваше хобби, учеба, работа, какие-то другие, но очень важные вещи»;

✓ На эту работу участницам дается около 5-7 минут. После того как все девушки подписали лепестки ромашки, раздайте ножницы;

✓ Попросите участниц избавиться от большинства лепестков, то есть от того, что для них ценно и дорого. Если выбор сделать слишком сложно, попросите девушек и женщин проговаривать вслух: «Я самодостаточная личность, Я смогу обойтись без этого»! В конце может остаться несколько лепестков»;

✓ Обсудите с участницами от чего было сложнее всего избавляться, каково это было? Как они себя чувствовали, когда отрезали лепестки?

✓ Уделите внимание теме здоровья, было ли оно на лепестках ромашки, насколько быстро девушки и женщины от него отказались или оно осталось в числе последних лепестков?

6. В завершение занятия дайте девушкам и женщинам задание оценить и обсудить с заинтересованными членами семьи и друзьями рекомендации по физическим нагрузкам;

7. Поблагодарите всех участниц за внимание, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

Таблица 6.

## Рекомендации по физической нагрузке для девушек и женщин [64, 66]

Кто?		Необходимые меры	Интенсивность и частота
<i>Девочки и юные девушки (5 – 17 лет)</i>		Регулярная физическая активность и занятия спортом	Не менее 60 минут умеренной или интенсивной физической активности в день. Физическая активность продолжительностью более 60 минут в день приносит дополнительную пользу для здоровья
<i>Девушки и молодые женщины (18 лет и старше)</i>		Выполнение упражнений для укрепления основных групп мышц	Не менее 75 минут интенсивной или 150 минут умеренной физической активности день  3 и более раз в неделю
<i>Женщины пожилого возраста (от 65 лет и старше)</i>		Выполнение упражнений для укрепления основных групп мышц	Оптимальными являются 75 минут умеренной физической активности, но не менее 10 минут в день
		Упражнения для развития равновесия и предупреждения падений	2 и более раз в неделю

**Занятие № 4:**

1. Обсудите с аудиторией результаты «домашнего» задания: кто из членов семьи и друзей был заинтересован в информации по влиянию физической активности на соматическое и психическое здоровье, какие поведенческие особенности свойственны самим участницам программы и членам их семей? Какие изменения могут принести пользу для девушек и женщин, а также для членов их семьи и друзей?

2. Спросите у аудитории:

- ✓ Какую пользу могут принести представленные рекомендации?
- ✓ С какими препятствиями могут столкнуться девушки и женщины, желающие следовать данным рекомендациям?
- ✓ Всегда ли красивой девушкой или женщиной считалась худая? Как выглядит здоровое тело?

- ✓ Как хорошая физическая форма связана с хорошим самочувствием?
- ✓ Кто из присутствующих имеет достаточную умеренную или интенсивную физическую нагрузку для своего возраста? Попросите поделиться опытом и рассказать о возникающих трудностях и об успехах;

3. Проведите с участницами занятия упражнение «Мой портрет в лучах солнца» [6]:

- ✓ Для этого упражнения каждой участнице понадобится один чистый лист формата А4 и фломастеры;

- ✓ Можно включить спокойную медитативную музыку;

- ✓ Инструкция дается следующим образом: «Нарисуйте на листе бумаги солнце, в центре которого напишите Ваше имя или нарисуйте Ваше лицо. На лучах солнца, которых должно быть как можно больше, напишите, пожалуйста, Ваши достоинства. Чтобы вспомнить о них, можете задать себе вопрос: «А за что меня можно любить и уважать?». Старайтесь не отвлекаться от работы. Рисуйте Ваше солнце самостоятельно. У Вас на это есть 7 мин».

- ✓ После того, как рисунки нарисованы, каждая из участниц может показать его группе и рассказать о своем солнце. Побуждать к рассказу никого не нужно. После окончания представления рисунка любая из участниц занятия может задать вопрос, либо высказать свое мнение. Поощряйте позитивные комментарии. Обратная связь, даваемая участнице, не должна быть для неё болезненной;

- ✓ В конце упражнения стоит обсудить с участницами следующие вопросы: «Трудно или легко было выполнять это задание? Сколько понадобилось лучей и времени? Были ли сомнения в выбранных достоинствах? Почему те, кто показал свое солнце, решились это сделать? Какие критерии помогли отнести какое-то Ваше качество или стиль поведения к достоинствам?»

4. Задайте несколько дополнительных вопросов по физическому развитию, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (популярность различных видов спорта в зависимости от климатических, географических и других условий, доступность спортивных площадок и т.д.);

5. Предложите участницам программы придерживаться рекомендаций по физическим нагрузкам в течение 2-3 недель и более. На практическом занятии № 7 (через 2-3 недели) обсудите результаты изменений в физической активности девушек и женщин, а также членов их семей;

6. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### ТЕМА 3: РЕЖИМ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ

Цель изучения темы: анализ и при необходимости изменение поведенческих привычек, связанных с режимом сна и бодрствования, как одного из показателей физического и психического здоровья, влияющего 1) на поведение, 2) эмоциональное состояние, 3) когнитивные функции, 4) эффективность обучения и результаты трудовой деятельности. Тема включает проведение теоретических и практических занятий, направленных на обучение и формирование здоровых привычек сна, регуляцию его продолжительности и гигиенических аспектов.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 1

Регулярность встреч: 1 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

Обеспечьте каждую из участниц программы раздаточным материалом (Рисунок 6 и Таблица 7).

#### **Занятие № 5:**

1. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Режим сна и бодрствования»;

2. Обсудите с аудиторией раздаточный материал (Рисунок 6 «Рекомендации по продолжительности сна»), спросите мнение девушек и женщин по следующим темам:

✓ Может ли кто-то пожаловаться на недостаток сна или его переизбыток?

✓ Испытывает ли кто-то из присутствующих трудности при засыпании и пробуждении?

✓ Как сон может оказывать влияние на качество жизни, физическое и психическое благополучие?

✓ Какие Вы можете улучшить качество и продолжительность своего сна?

3. Обсудите с аудиторией причины, негативно влияющие на качество и продолжительность сна, которые могут быть успешно преодолены при соблюдении распорядка дня и «гигиены сна». Спросите мнение аудитории по рекомендациям в отношении формирования привычек здорового сна и бодрствования (Таблица 7);

4. Проведите с участниками занятия упражнение-пантомиму «Изобрази эмоцию» [6].

✓ Инструкция дается следующим образом: «Мне нужна одна участница, желающая начать упражнение. Сейчас так, чтобы никто не слышал, я назову ей какую-либо

эмоцию, которую участнице нужно будет изобразить с помощью пантомимы, т.е. без слов. Все остальные девушки и женщины будут зрителями и попытаются угадать, какая эмоция была показана. Кто из участниц первой угадает, та и будет показывать следующую эмоцию. Эмоцию скажите на ухо или покажите девушке одну из заранее распечатанных карточек. Желательно, чтобы в упражнении могли поучаствовать все. Итак, давайте начнем».

✓ Лучше начать с легких для изображения эмоций – «счастье», «печаль», «злость», «страх», «радость», а потом переходить к более сложным;

✓ После проведения упражнения порассуждайте с участницами: «Трудно ли было понять, какую эмоцию они наблюдают? Сложно ли было Вам показывать эмоцию? Почему?»?

5. Задайте несколько дополнительных вопросов по режиму сна и бодрствования, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (поведенческие особенности подготовки к отходу ко сну и вскоре после пробуждения, отношение к сновидениям, совместный сон в одной кровати с супругом, в одной комнате с детьми или другими членами семьи);

6. Предложите участницам программы, членам их семей или друзьям придерживаться рекомендаций по продолжительности и гигиене сна в течение 2-3 недель и более. На практическом занятии № 8 (через 2-3 недели) обсудите результаты изменений в режиме сна и бодрствования девушек и женщин, а также членов их семей;

7. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

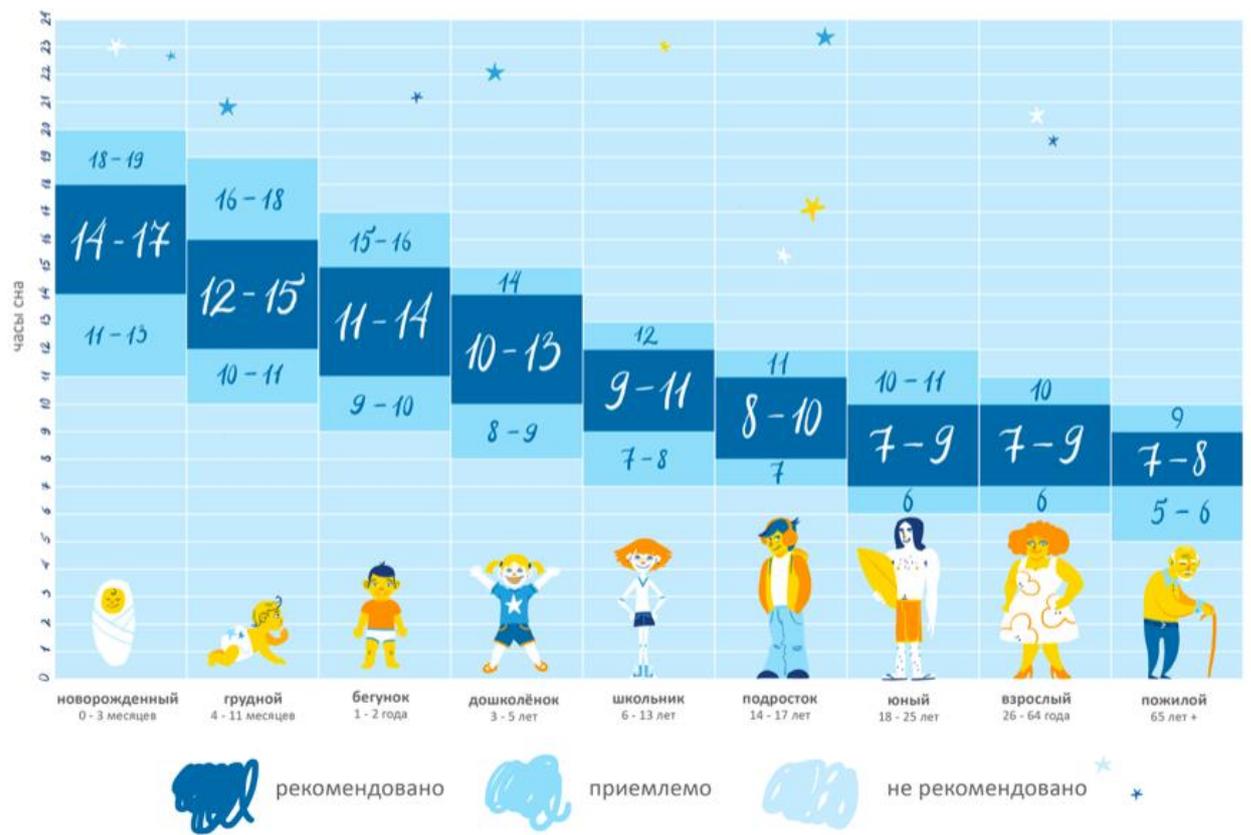


Рисунок 6. Рекомендации по продолжительности сна (источник: сайт Gentle Sleep Coach Training and Certification Program)

Таблица 7.

## Рекомендации по формированию привычек здорового сна и бодрствования

<b>Поведенческие привычки здорового сна</b>	
1.	Придерживайтесь последовательного графика сна. Вставайте в одно и то же время каждый день, даже в выходные или на каникулах
2.	Установите временные рамки для сна, исходя из других своих поведенческих привычек, графика учебы или работы, но так, чтобы спать не менее 7 часов в сутки (Рисунок 4)
3.	Не ложитесь спать, если Вы точно не сможете заснуть. Если Вы не заснете через 20 минут, встаньте с постели и займитесь спокойными делами, например, почитайте или послушайте музыку
4.	Соблюдайте пищевые привычки, способствующие здоровому сну. Откажитесь от приема больших порций пищи. Если перед сном Вы чувствуете себя голодной, съешьте легкую, полезную закуску. Избегайте употребления кофеина в конце дня или вечером. <b>Избегайте употребления алкоголя перед сном.</b> Уменьшите потребление жидкости перед сном
5.	Регулярно делайте физические упражнения. Очень полезно сделать небольшую прогулку перед сном
<b>Гигиена здорового сна</b>	
6.	Выберите для сна тихое и спокойное место в квартире или доме
7.	Следите, чтобы температура воздуха была достаточно прохладной. Оптимальная температура воздуха в спальне должна быть около 16-20 градусов
8.	Следите за влажностью в спальне. Оптимальная влажность воздуха составляет 50-70%. Рекомендуется засыпать в проветренной комнате
9.	Ограничьте воздействие яркого света по вечерам. Приглушите освещение в квартире и <b>не используйте электронные устройства</b> (телевизор, компьютер, мобильный телефон и т.д.) <b>как минимум за 30 минут до сна</b>
10.	Используйте кровать только для сна и отдыха

## ТЕМА 4: АЛКОГОЛЬ И НАРКОТИКИ

Содержание занятия по теме «Алкоголь и наркотики» зависит от возраста участниц.

Целью изучения темы для девушек является недопущение проб алкоголя и наркотиков. Могут быть поставлены дополнительные задачи: 1) формирование мотивации на выбор здорового образа жизни и отказ от вредных привычек, включая употребление алкоголя и наркотиков, 2) развитие защитных копинг-стратегий, направленных на укрепление продуктивных форм совладания со стрессом, 3) преодоление коммуникативных барьеров, 4) умение выдерживать давление группы при предложении употребить алкоголь и наркотик «за компанию».

Целью занятия для женщин является сокращение или полный отказ от потребления алкоголя, а также недопущение или полный отказ от употребления наркотиков. Могут быть поставлены дополнительные задачи: 1) анализ и изменение поведенческих привычек, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, 2) при необходимости мотивирование к обращению за медицинской (наркологической) помощью, в связи с рискованным, вредным или опасным употреблением алкоголя и наркотиков.

Тема включает проведение теоретических и практических занятий, направленных на ознакомление с основными факторами риска и последствиями потребления алкоголя и наркотиков для физического и психического здоровья, социальных и семейных отношений, профессиональной успешности человека.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 2

Регулярность встреч: 1-2 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

Обеспечьте каждую из участниц программы раздаточным материалом (Таблица 7).

### **Занятие № 6. Алкоголь:**

1. Узнайте у девушек и женщин удастся ли им придерживаться рекомендаций по здоровому питанию, предложенных на занятиях №1 и 2. Если они начали придерживаться рекомендаций, кто какие они могут отметить положительные изменения - вес, объемы тела, самочувствие, настроение у себя или у членов своих семей или друзей;

2. Отметьте положительные изменения у тех участниц программы, которые придерживаются рекомендаций по здоровому питанию. Постарайтесь мотивировать остальных девушек и женщин последовать их примеру. Отметьте интересные мнения, озвученные при дискуссии в группе;

3. Обсудите с аудиторией следующие темы: «Основные факты о распространенности употребления алкоголя в мире»; «Употребление алкоголя среди девушек. Основные факты», «Употребление алкоголя среди женщин. Основные факты»,

4. Уделите особое внимание обсуждению Главы 3, включая Подглавы 3.1. «Основные факторы риска и факторы защиты, влияющие на употребление психоактивных веществ девушками и женщинами» и 3.2. «Особые факторы риска, влияющие на употребление алкоголя и наркотиков девушками и женщинами ряда регионов Севера, Сибири и Дальнего Востока»;

5. Обсудите индивидуальный опыт девушек и женщин и их отношение к употреблению алкоголя. Подчеркните, что безопасного уровня потребления алкоголя не существует и любое сокращение его использования, оказывает положительное влияние на сохранение физического и психического здоровья, а также на качество и продолжительность жизни;

6. Обсудите с аудиторией причины, влияющие на первые пробы и на дальнейшее употребление алкоголя, могут ли они быть успешно преодолены, при устранении факторов, способствующих потреблению алкоголя (например, стресс, эмоциональное напряжение, давление группы);

7. Для женщин рекомендуется провести практическое занятие «Сумей сказать «нет»! направленное на формирование или укрепление навыков противостояния групповому давлению.

✓ Женщины делятся на небольшие группы в зависимости от количества участниц программы. Оптимальным числом участниц в каждой группе является 5-7 женщин.

✓ Инструкция дается следующим образом: «В каждой группе одна из участниц берет на себя роль женщины, по каким-либо причинам отказывающейся употреблять алкогольные напитки. Задача остальных участниц группы уговорить или принудить ее изменить свою позицию. Методы физического воздействия на участницу группы, отказывающуюся употреблять алкогольные напитки, неприемлемы. Рекомендуемая продолжительность задания – 5-7 минут»;

✓ Обсудите с участницами занятия: «Удалось ли остальным участницам группы, заставить женщину, отказывающуюся употреблять алкогольные напитки, изменить свое первоначальное мнение? Под влиянием каких аргументов, ей пришлось изменить свое решение или как ей удалось отстоять свою позицию? Было ли это тяжело? Смогла бы она отстоять свое решение не употреблять алкоголь в реальной ситуации?»;

8. Для девушек рекомендуется провести аналогичное практическое занятие, направленное на формирование или укрепление навыков противостояния групповому давлению, но с более нейтральной темой, например, выбор платья, новой прически и др.

9. Обсудите с аудиторией значение уверенности в себе и своем выборе, важности активной жизненной позиции и коммуникативных навыков;

10. Задайте несколько дополнительных вопросов по употреблению алкоголя, которые считаете необходимыми обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (религиозные нормы, отношение членов семьи и общины к потреблению алкоголя девушками и женщинами и др.);

11. Предложите участницам программы, членам их семей или друзьям придерживаться рекомендаций по сокращению потребления алкогольных напитков в течение 2-3 недель и более. На практическом занятии № 9 (через 2-3 недели) обсудите результаты изменений в отношении частотно-количественных характеристик потребляемого алкоголя тех женщин, которые допускают его употребление, а также членов их семей;

12. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

#### **Занятие № 7. Алкоголь:**

1. Проведите с участницами занятия упражнение «Зоопарк» [6]. Это упражнение позволяет девушкам и женщинам через игру познакомиться со всеми стадиями опьянения;

✓ Инструкция участницам дается следующим образом: «Предлагаю Вам разыграть мини сценку. Сейчас Вы сядете в круг. Я каждой из Вас прошепчу на ухо название какого-нибудь животного, которого Вы должны будете показать, когда я попрошу. Показывать старайтесь как можно смешнее»;

✓ Преподаватель после прочтения инструкции подходит к каждой и на ухо шепчет название одного из пяти животных: павлин, петух, обезьяна, осел и свинья. Желательно, чтобы количество животных каждого вида было приблизительно равным, для этого ведущий шепчет названия животных по очереди: павлин – петух – обезьяна – осел – свинья – павлин – петух – обезьяна – осел – свинья и т.д. по кругу;

✓ Продолжайте инструкцию: «А теперь по моей команде одновременно начнем изображать нужное животное. Ваша задача – не только смешно его показать, но и найти группу, чтобы все животные одного вида оказались вместе. У нас 5 видов животных, посмотрим, кто соберется первыми. Начали!»;

✓ Назовите группы животных, которые собрались в определенной последовательности: павлин, петух, обезьяна, осел, свинья. Попросите участниц сесть в круг;

✓ Проанализируйте упражнение с участницами: «Как Вы думаете, какая связь между всеми этими животными и алкоголем? В народе иногда говорится, что человек в опьянении проходит несколько стадий. Сначала это павлин, затем петух, потом обезьяна, далее осел и, наконец, свинья. Согласны ли Вы, что пьянеющий человек походит на этих животных? Как Вы считаете, является алкоголь «абсолютным злом» или все же есть рамки, находясь в которых, можно остаться «павлином»? Кем являются люди, напивающиеся до состояния «свиной»?»;

2. Проведите упражнение «Вампиры» с участницами занятия [6]. Данное задание развивает навыки противостояния групповому давлению;

✓ Выберите из группы 1-2 добровольца (самых решительных). Добровольцы выходят за дверь;

✓ Инструкция дается отдельно добровольцам: «Вы – вампиры. Вам жизненно необходима кровь, поэтому всеми возможными способами Вы должны собрать у группы как можно больше крови. Например, Вы можете упрашивать, умолять спасти Вас от голодной смерти, или угрожать, или хитростью выманить кровь, сказав, что она нужна больным детям и т.д. Также Вы можете придумать и свой оригинальный способ. Понятно?»

✓ Инструкция дается отдельно группе: «Они (девушки-добровольцы) – вампиры, и им нужна Ваша кровь, Вы можете ее дать, а можете отказать. Но Вы ведь знаете, чем грозит Вам потеря крови?»

✓ Каждая участница группы должна взять любой маленький предмет, который будет символизировать кровь. Эти предметы добровольцы и должны заполучить. Далее «вампиры» пытаются выполнить свою задачу. Кто-то из группы дает кровь, а кто-то – нет. Отведите на это 7-10 минуты.

✓ Проанализируйте упражнение с участницами: «Те девушки и женщины, которые решились отдать свою кровь или хотя бы допустили мысль об этом, более предрасположены к тому, чтобы поддаться социальному давлению и провокации. Таким людям труднее сказать «нет!». Очень часто бывает в жизни, что умом мы понимаем, что нам не нужно соглашаться на чьи-то просьбы и предложения, но предлагающие часто бывают очень изобретательны и артистичны, пытаясь нас убедить. Иногда просьба о помощи – это та же самая манипуляция. Поэтому Ваша основная задача – разобраться в ситуации, а только потом принимать решение»;

✓ Обсудите с участницами занятия: «В каких ситуациях может пригодиться умение сказать «нет»? Как сказать «нет»? Какой аргумент убедил Вас отдать «кровь», если Вы сделали это?».

3. Задайте несколько дополнительных вопросов по употреблению алкоголя, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (религиозные нормы, отношение членов семьи и общины к потреблению алкоголя девушками и женщинами и др.);

4. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### **Занятие № 8. Наркотики:**

1. Узнайте у участниц программы, удастся ли им придерживаться рекомендаций по физической активности, способствующих укреплению соматического и психического здоровья. Попросите поделиться впечатлением и опытом тех участниц, кто начал самостоятельно или вместе с членами семьи и друзьями придерживаться рекомендаций, предложенных на занятии №3;

2. Отметьте положительные изменения у участниц программы. Постарайтесь мотивировать остальных девушек и женщин последовать их примеру. Отметьте интересные мнения, озвученные при дискуссии в группе;

3. Проведите упражнение «Дерево проблем» с участницами занятия [6]:

✓ Поделите девушек и женщин на две подгруппы. Участницы одной из подгрупп в течение 5-7 минут должны назвать и записать на листе бумаги как можно больше причин, почему люди начинают употреблять наркотики. Участницы другой – как можно больше последствий употребления наркотиков;

✓ Пока обе подгруппы работают, сделайте на доске заготовку – рисунок дерева с большим количеством корней и ветвей на нем (или используйте заранее заготовленный плакат);

✓ По окончании самостоятельной групповой работы, попросите девушек и женщин подгруппы «причины» подойти к доске (плакату) и в корнях дерева записать причины, которые они выделили;

✓ Затем участницы подгруппы «последствия» записывают на ветвях последствия потребления наркотиков. Для этого упражнения можно использовать небольшие стикеры, на которых участницы записывают причины и последствия, а потом приклеивают их к плакату;

4. Проанализируйте с участницами упражнение. Неужели человек хочет именно этих последствий для себя и своих близких? Скорее всего, нет. Почему же тогда он делает такой выбор?

5. Попросите участниц свободно высказаться на эту тему и выслушайте их. Обсудите индивидуальный опыт девушек и женщин и их отношение к потреблению наркотиков. Обсуждение должно происходить без негативной оценки по отношению к опыту участниц, с опорой на факты, представленные в теоретической части программы. Главным выводом обсуждения является совместное решение группы, что любая зависимость влияет на человека негативно, приводит к печальным, а зачастую страшным последствиям;

6. Обсудите с аудиторией следующие темы: «Основные факты о распространенности употребления наркотиков в мире»; «Употребление наркотиков среди девушек. Основные факты», «Употребление наркотиков среди женщин. Основные факты»,

7. Отметьте, что факторы риска наркотизации имеют разную значимость для юношей и для девушек. Так девушки, имеющие дисфункциональные отношения с матерью и низкий семейный контроль, пережившие сексуальное насилие, испытывающие чувство тревоги или депрессии, более склонны к употреблению наркотиков, чем девушки, не имеющие обозначенных факторов риска (Таблица 8).

8. Еще раз подчеркните, что безопасного уровня потребления ПАВ не существует и любое сокращение их потребления, оказывает положительное влияние на сохранение физического и психического здоровья, а также на качество и продолжительность жизни;

9. Задайте несколько дополнительных вопросов по употреблению наркотиков, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее этнокультурных потребностей (религиозные нормы, отношение членов семьи и общины к потреблению наркотиков девушками и женщинами и др.);

10. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

*Таблица 8.*

*Факторы риска в отношении употребления наркотиков в зависимости от пола [57]*

<b>Фактор риска</b>	<b>Девушки</b>	<b>Юноши</b>
Депрессия	✓	
Нарушения поведения		✓
Курение сигарет	✓	
Употребление алкоголя матерью	✓	
Употребление наркотиков матерью	✓	
Низкая родительская привязанность	✓	

Низкий родительский контроль	✓	
Деструктивная домашняя среда	✓	
Дисфункциональные семейные отношения	✓	
Курение сигарет матерью во время беременности	✓	
Агрессивность в начальной школе		✓
Повышенный уровень тревоги	✓	
Трудности при взаимодействии со сверстниками		✓
Сексуальное насилие в детстве	✓	

## ТЕМА 5: ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

### ПОДТЕМА 1: СТРЕСС И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ

Цель изучения темы: анализ и при необходимости изменение поведенческих привычек, связанных со стрессоустойчивостью и совладением со стрессом. Тема включает проведение теоретических и практических занятий, направленных на обучение методам визуализации прошлого и будущего, нормализации эмоционального состояния в стрессовой ситуации.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 3

Регулярность встреч: 1-2 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

#### **Занятие № 9:**

1. Узнайте у участниц программы удастся ли им придерживаться рекомендаций по изменению поведенческих привычек, связанных с режимом сна и бодрствования, как одного из показателей физического и психического здоровья. Какие могут отметить изменения (продолжительность и качество сна, улучшение внешнего вида, самочувствия или настроения) те из участниц, которые сами или совместно с членами своих семей и друзьями начали придерживаться рекомендаций по режиму сна и бодрствования, предложенных на занятии №5;

2. Отметьте положительные изменения у участниц программы, придерживающихся рекомендаций по здоровому сну. Постарайтесь мотивировать остальных девушек и женщин последовать их примеру. Отметьте интересные мнения, озвученные при дискуссии в группе;

3. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Психическое здоровье»;

4. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Совладение со стрессом, стрессоустойчивость», какие методы знают и используют участники;

5. Обсудите с аудиторией метод избирательной позитивной ретроспекции, он может быть полезен для тех, девушек и женщин, кто не обладает достаточным уровнем уверенности в своих силах и способностях, испытывает трудности противостояния групповому давлению, кто часто сомневается. Участницам необходимо вспомнить ситуацию, в которой они решили свою проблему и могут гордиться собой и своими действиями. Девушкам и женщинам рекомендуется записать все комплименты, которые они могут сделать, вспоминая об этой ситуации;

6. Помогите девушкам визуализировать и закрепить имеющийся у них положительный опыт совладания со стрессом;

7. Обсудите с аудиторией метод избирательной негативной ретроспекции. Участницам необходимо вспомнить и записать неудавшиеся события их жизни и проанализировать их причины: нехватка ресурсов (если да, то каких), недостаточное планирование и т.п.

8. Порекомендуйте или выслушайте предложения других участниц по методам нормализации эмоционального состояния в стрессовой ситуации, работу с эмоциональной составляющей стресса: 1) релаксация: движение, ходьба, вкусная еда, ванна с успокаивающими травами и маслами, музыка, аутотренинг, массаж; 2) переключение внимания на другое занятие - юмористический фильм, книга или спектакль, хобби.

9. Обсудите с аудиторией методы визуализации будущего: 1) Метод рационализации предстоящего события, который предполагает максимально детальное представление ситуации, которая ожидает девушку или женщину: место, время, диалог. В результате применения этой техники у участницы снижается уровень неопределенности и, как следствие, уменьшается уровень негативного эмоционального реагирования, если ситуация все же произойдет. 2) Метод детальной визуализации неудачного исхода ситуации помогает представить различные варианты исхода события, вплоть до самого неблагоприятного. Участники должны планировать свои действия при разных исходах. В результате применения этой техники у участницы снижается уровень неопределенности;

10. Обсудите с аудиторией этапы визуализации: первый этап предполагает необходимость четко представить то, чего участнику не хватает; вторым этапом идет полное расслабление; на третьем этапе в течение 5–10 минут мысленно участник представляет желаемую реальность, как будто создавая видеофильм успешных действий;

11. Порекомендуйте участницам использовать при необходимости методы рационализации и визуализации самостоятельно вплоть до осуществления желаемой цели;

12. Обсудите с участниками результат от проведенной работы, какие ощущения или изменения она вызвало;

13. Предложите к обсуждению несколько дополнительных вопросов по методам борьбы со стрессом, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее потребностей и этнокультуральных особенностей;

14. Предложите участницам программы проводить методы борьбы со стрессом в течение 2-3 недель и более;

15. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

## ПОДТЕМА 2: АГРЕССИЯ И НАВЫКИ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Цель изучения темы: анализ и при необходимости изменение привычек, связанных с регуляцией отрицательного эмоционального возбуждения и агрессивного поведения. Тема включает проведение теоретических и практических занятий, направленных на обучение техникам активной (прогрессирующей) нервно-мышечной релаксации.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 1

Регулярность встреч: 1 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

### **Занятие № 10:**

1. Узнайте у участниц программы удастся ли им использовать техники позитивной и негативной ретроспекции, а также методы визуализации в качестве способов совладания со стрессом и повышения стрессоустойчивости. Какие могут отметить изменения (в отношении к событиям прошлого и при планировании событий, вызывающих тревогу) те из участниц, которые сами или совместно с членами своих семей и друзьями начали придерживаться рекомендаций, предложенных к использованию на Занятии №9;

2. Отметьте положительные изменения у участниц программы, придерживающихся предложенных рекомендаций. Постарайтесь мотивировать остальных девушек и женщин последовать их примеру. Отметьте интересные мнения, озвученные при дискуссии в группе;

3. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Релаксация и саморегуляция»;

4. Обсудите с аудиторией 16 основных мышечных групп участвующих в технике активной (прогрессирующей) нервно-мышечной релаксации, которые необходимо напрягать, а затем расслаблять в следующей последовательности:

✓ Доминантная кисть и предплечье (максимально сильно сожмите кулак и согните кисть, а потом разожмите кулак и разогните кисть, т.е. примите исходное положение, расслабьтесь);

✓ Доминантное плечо (согните руку в локте и сильно надавите локтем в спинку стула, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);

✓ Недоминантная кисть и предплечье (максимально сильно сожмите кулак и согните кисть, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);

✓ Недоминантное плечо (согните руку в локте и сильно надавите локтем в спинку стула, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);

- ✓ Мышцы верхней трети лица (поднимите брови как можно выше, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Мышцы средней трети лица (сильно зажмурьтесь, нахмурьтесь и наморщите нос, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Мышцы нижней трети лица (сильно сожмите челюсти и отведите уголки рта назад, к ушам, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Мышцы шеи (наклоняйте подбородок к груди и одновременно напрягайте мышцы задней поверхности шеи, чтобы препятствовать сгибанию, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Мышцы груди, предплечий, плеч и спины (сведите лопатки вместе и опустите их вниз, выгните спину, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Мышцы спины и живота (напрягите мышцы брюшного пресса, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Доминантное бедро (напрягите передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряженном полусогнутом положении, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Доминантная голень (максимально потяните на себя носочек ступни, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Доминантная ступня (сожмите пальцы ступни и поверните ее внутри, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Недоминантное бедро (напрягите передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряженном полусогнутом положении, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Недоминантная голень (максимально потяните на себя носочек ступни, а затем примите исходное положение, расслабьтесь);
- ✓ Недоминантная ступня (сожмите пальцы ступни и поверните ее внутри, а затем примите исходное положение, расслабьтесь).

Обратите внимание: положение тела должно быть таким, чтобы избежать напряжения отдельных мышечных групп. Все мешающее сосредоточению должно быть устранено. В течение 5–7 сек. участницы максимально напрягают мышцы, а затем полностью их расслабляет и в течение 30 сек. сосредотачивает внимание на возникающем при этом расслаблении.

5. Дайте рекомендации участникам о повторении релаксации самостоятельно в течение дня для успешного овладения методикой. Последние упражнения лучше проводить

в постели перед сном. По необходимости упражнения стоит повторять с учетом рекомендаций.

6. Обсудите с участниками результат от проведенной работы, какие ощущения или изменения она вызвала;

7. Задайте несколько дополнительных вопросов по методам борьбы с агрессией, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее потребностей и этнокультуральных особенностей;

8. Предложите участницам программы проводить технику активной (прогрессирующей) нервно-мышечной релаксации в течение 2-3 недель и более. На последнем практическом занятии обсудите результаты изменений в поведении, связанном с агрессией девушек и женщин, а также членов их семьи;

9. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### ПОДТЕМА 3: АУТОАГРЕССИЯ

Цель изучения темы: анализ и при необходимости изменение поведенческих привычек, связанных с аутоагрессивным поведением. Тема включает проведение теоретических и практических занятий, направленных на оказание психологической помощи в кризисных ситуациях.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 3

Регулярность встреч: 1 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

#### **Занятие № 11:**

1. Узнайте у участниц программы удастся ли им использовать технику активной (прогрессирующей) нервно-мышечной релаксации для изменения поведенческих привычек, связанных с регуляцией отрицательного эмоционального возбуждения и агрессивного поведения. Какие могут отметить изменения (самочувствие, настроение, работоспособность) те из участниц, которые сами или совместно с членами своих семей и друзьями начали придерживаться рекомендаций и использовать технику релаксации;

2. Отметьте положительные изменения у участниц программы, придерживающихся рекомендаций по методам регуляции агрессивного поведения. Постарайтесь мотивировать остальных девушек и женщин последовать их примеру. Отметьте интересные мнения, озвученные при дискуссии в группе;

3. Обсудите с аудиторией основные факты по теме «Аутоагрессия и помощь в кризисных ситуациях», спросите, сталкивались ли участницы программы с ситуацией самоповреждающего поведения или имели соответствующий опыт;

4. Обсудите с аудиторией методику психологической помощи в кризисных ситуациях, которая больше подходит для девушек-подростков;

5. Проведите первое занятие по теме: «Типы кризисных ситуаций». В данной сессии составляется «банк историй», отражающих все основные области жизни участников, выполняются творческие задания и проводится беседа по заданию с элементами активного, эмпатического слушания. Занятие проводится по такому сценарию:

✓ Групповое обсуждение предложенной психологом темы. В этой части занятия участницам предлагается поразмыслить о том, что такое «кризисная ситуация», в каких моментах жизни она может появиться. Попросите участниц обратиться к собственному опыту и вспомнить те непростые ситуации из жизни, когда они испытывали

сильное эмоциональное напряжение. Что это были за ситуации и в какой период жизни они возникали?

✓ Попросите участниц выполнить индивидуальные творческие задания – попросите их изобразить на листе бумаги (записать или нарисовать) свою историю, момент сильного эмоционального напряжения;

✓ По завершению творческого задания, обменяйтесь впечатлениями и обсудите, какие эмоции вызвало выполнение задания, какими впечатлениями они хотели бы поделиться, возникли ли сложности при выполнении.

6. Проведите с участницами аутотренинг. Включите спокойную музыку. Настройте участниц на серьезный лад, попросите их ничего не говорить во время этого упражнения, принять удобную позу и постараться не двигаться:

✓ Прочитайте участницам занятия текст, делать это следует спокойным негромким голосом, медленно: «Дышите ровно! Расслабьтесь! Вы ощущаете приятную тяжесть в руках и ногах. Ваши веки становятся тяжелыми. Дышите ровно и глубоко. Вы ощущаете приятное тепло в вашем теле. Вы ощущаете приятную тяжесть в руках и ногах. Ваши веки становятся еще тяжелее... Дышите ровно и глубоко... Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Вы перестаете ощущать свои ноги и руки. Вы как будто парите в воздухе. Вы ощущаете невероятную легкость. Такую легкость, что вот-вот полетите... Перед Вашими глазами всплывают самые приятные случаи из вашей жизни... Вы вспоминаете и видите перед собой самое приятное, самое хорошее, что случилось с Вами за последнее время... Вы видите ситуации, с которыми Вы когда-то с успехом справились... Зарядитесь от них силой и уверенностью, энергией и бодростью... Почувствуйте уверенность в себе! Найдите место этой силе в Вашем теле... Это Ваш неисчерпаемый запас! Когда вам будет плохо, вы сможете обратиться к нему, и он Вам поможет... Почувствуйте, как Вы сильны! Насладитесь этим ощущением... Вы как будто стоите на высокой-высокой скале, и весь мир принадлежит Вам! ... Это очень приятное ощущение! Теперь представьте себе по очереди каждого из нас. Вы чувствуете себя полным бодрости и энергии. Сейчас я буду считать до трех... И как только я произнесу слово «три», Вы откроете глаза и будете ощущать себя свежим и бодрым, способным справиться с любыми невзгодами... Раз, два, три...»;

✓ Проанализируйте данное упражнение с участницами. Попросите их поделиться своими ощущениями, чувствами от упражнения. Удалось ли участницам следовать за Вашим голосом? Кому понравилось? Кому не понравилось? Почему?

✓ Продолжите разговор: «Аутотренинг – это специфическая техника, и она действительно может подходить не всем. Однако мы привыкли разговаривать как бы сами с собой, когда находимся наедине. И в кризисных ситуациях этот голос может стать нашим

единственным помощником. К аутотренингу необходимо привыкнуть. Его можно проводить и индивидуально, говоря себе: «Я обязательно справлюсь, обязательно найду решение, выход из трудной жизненной ситуации». Подбадривайте себя. Ведь Вы действительно в силах изменить любую ситуацию!».

6. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### **Занятие № 12:**

1. Проведите следующее занятие по теме: «Содержание и выражение переживаний в кризисных ситуациях». Второе занятие посвящено разыгрыванию и обсуждению историй, их записи и рисованию;

2. Проведите групповое обсуждение предложенной темы. Обсудите с участницами, каким может быть выражение эмоциональных переживаний в кризисных ситуациях, что стоит за понятием «кризиса». Попробуйте разыграть ситуации в кризисном периоде, обсудите истории с последующей интерпретацией переживаний участниц;

3. Предложите выполнить индивидуальные творческие задания. Предложите участницам изобразить эмоции и чувства на бумаге, нарисовать свои переживания или описать их.

4. Обменяйтесь впечатлениями в группе. Обсудите с участницами результаты творческого задания. Необходимо, чтобы каждая из девушек или женщин рассказала о своих трудностях при выполнении этого задания, поделилась своими чувствами и мыслями. Возникли ли у участниц сложности при выражении своих эмоций и переживаний.

5. Продолжите с участницами тему занятия упражнением «Опускающийся потолок» [6]. Данное упражнение позволяет глубже погрузиться в те эмоции, которые испытывает человек, когда попадает в кризисную ситуацию, более реально обсуждать вопросы выхода из подобных ситуаций:

✓ Для этого упражнения нужна нить, чтобы сделать на полу прямоугольник 2х1,5 метра и тревожная музыка. Разложите нить на полу в виде прямоугольника;

✓ Расскажите участницам инструкцию: «Сейчас каждая из Вас должна будет побывать в одной очень необычной комнате. Стенами этой комнаты будут служить границы этой нити. Дверь будет вот здесь (покажите, где будет дверь). Вам нужно будет показать пантомиму (без звука! это важно!) следующего содержания: «Вы входите в комнату через дверь, в комнате нет никаких вещей, Вы спокойны и находитесь в умиротворенном состоянии. Ничего не предвещает беду. Но вдруг через какое-то время Вы неожиданно обнаруживаете, что потолок в этой комнате начинает медленно опускаться. Вы направляетесь к выходу, но обнаруживаете, что дверь закрыта. Вы начинаете стучаться,

кричать, звать на помощь, но никто не откликается, а потолок все продолжает опускаться. Вы в панике! Вы знаете, что потолок опустится до конца». Вы должны проиграть эту пантомиму от начала до конца не более, чем за 1 мин. Постарайтесь отразить все эмоции, которые бы Вы ощутили в данной ситуации. Звуков быть не должно, только музыка (которую поставил лектор). Как только одна из участниц закончит, эту же пантомиму должна проиграть следующая участница и так далее до тех пор, пока все ее не покажут. Вы можете сами выбрать очередность, в какой вы будете показывать свой вариант»;

✓ Сначала преподаватель сам задает тон и показывает свою пантомиму. Для этого лучше потренироваться заранее. В пантомиме преподавателя окончание должно быть трагичным, т.к. если сделать его позитивным, то участницы это повторят, и упражнение потеряет смысл. Участницы же вольны сами придумывать весь сюжет пантомимы;

✓ Проанализируйте упражнение вместе с участницами, задайте им следующие вопросы: «Удалось ли Вам погрузиться в эту ситуацию? Почувствовать реальные эмоции и ощущения, которые испытывает человек в кризисной ситуации? Что Вы чувствуете сейчас, после упражнения? Чья пантомима Вам понравилась больше всего?»

5. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

### **Занятие № 13:**

1. Проведите заключительное занятие по теме: «Способы преодоления кризисных ситуаций». Попросите участниц обратить внимание на те изменения, которые произошли после актуализации кризисных ситуаций и эмоций с ними связанных;

2. Обсудите с участницами программы возможные способы, которые они использовали для преодоления неприятных переживаний;

3. Предложите участницам «проиграть» свои истории, используя технику рационализации переживаний, проведите анализ поведения участниц в кризисной ситуации. Обращайте внимание на детали, на исход события, способы решения сложившейся ситуации;

4. Обменяйтесь впечатлениями с участницами группы. Данный завершающий этап должен сформировать представление об изменениях, которые произошли с участницами. Попросите девушек и женщин записать все известные способы преодоления неприятных переживаний;

5. Обсудите с участницами результаты от проведенной работы, какие ощущения или изменения она вызвала;

6. Проведите с участницами упражнение под названием «Мешок идей» [6]. Для него Вам понадобится специальный реквизит: мешок с различными вещами, которые

встречаются в быту. Это может быть зеркальце, степлер, кисточка, пинцет, тетрадь, мячик, зубная щетка и др. Эти вещи кладутся в непрозрачный мешок и в процессе упражнения достаются из него.

✓ Данное упражнение учит в по-настоящему сложных ситуациях искать выход и находить его.

✓ Выберите первую участницу, которая начнет упражнение. Пусть она вытянет из «мешка идей» любой предмет. Расскажите участницам инструкцию: «Теперь нужно подумать, как этот предмет может помочь Вам выйти из кризисной ситуации, в которую Вы попали».

✓ И назовите одну из следующих ситуаций участнице: развод с мужем/разрыв отношений; предательство подруги/друга; конфликты в семье; ревность молодого человека/мужа; увольнение с работы; и др.

✓ Продолжите инструкцию: «Нужно начать свободно ассоциировать, мысленно связывать то, что Вы вытянули, с самой ситуацией, а потом – с тем, как это может Вам помочь выйти из кризиса. Критики, оценки быть не должно, пусть идеи, ассоциации, мысли возникают свободно, спонтанно».

✓ Лучше, если над каждой ситуацией поработает вся группа, но после того, как выскажется участница, которая вытянула предмет, таким образом, появится множество свежих решений.

✓ После того, как идей больше не осталось, следующий человек вытягивает свой предмет, и упражнение повторяется.

✓ Проанализируйте упражнение с участницами, задайте им следующие вопросы: «Какие у Вас ощущения после этого упражнения? Как Вам кажется, реально ли, что это все может как-то помочь при выходе из кризиса?»

✓ Скажите участницам: «На примере этого упражнения видно, что выход всегда есть, главное – увидеть его. К тому же, если Вы готовы преодолевать препятствия, с которыми Вы столкнулись, любой ресурс будет Вам в помощь: как внутренний, так и внешний. Решение может прийти буквально из ниоткуда!»

7. Задайте несколько дополнительных вопросов по аутоагрессивному и самоповреждающему поведению, помощи в кризисных ситуациях, которые считаете необходимым обсудить в аудитории в зависимости от ее потребностей и этнокультуральных особенностей;

8. Поблагодарите всех участниц программы, отметьте интересные мнения и активную работу в группе.

## **ТЕМА 6: ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ОСНОВНЫЕ НА ИСТОРИЧЕСКИХ, КУЛЬТУРНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ И БЫТОВЫХ ТРАДИЦИЯХ КОРЕННЫХ НАРОДОВ**

Цель изучения темы: развитие или укрепление чувства национальной самоидентификации девушек и женщин, как представительниц коренного этноса или малого народа.

Занятия в рамках специфичных тем, касающихся отдельных профилактических приемов, основанных на исторических, культурных, социальных и бытовых традициях коренных народов, проводятся по плану предыдущих занятий и *разрабатываются самостоятельно лекторами* на основе традиционных культурных потребностей этнической группы, в которой проводится профилактическая программа.

Изучение темы проводится в формате: 1) мини-лекции, 2) группового тренинга, 3) обсуждения результатов индивидуальной и групповой работы, 4) дискуссии.

Количество встреч по теме: 2

Регулярность встреч: 1 раз в неделю;

Продолжительность занятия: 45 минут

### **Занятия №13-14. Общий контекст:**

1. Лектор разрабатывает и предлагает к обсуждению с девушками и женщинами отдельные профилактические приемы, основанные на специфических этнических способах поддержания физического и психического здоровья, включая отрицательное отношение к потреблению алкоголя и наркотиков, совладания со стрессом и т.д.;

2. Предлагаемые приемы, могут использовать традиционные методы индивидуальной и групповой поддержки, не связанные с такими непродуктивными формами реагирования на стресс, как потребление алкоголя и наркотиков;

3. Рекомендуется использовать при проведении профилактической программы специфичных для этнических групп методов индивидуальной и групповой поддержки, направленных на оказание помощи девушкам и женщинам в критические периоды и помогающих им противостоять широкому спектру неблагоприятных факторов, влияющих на употребление алкоголя и наркотиков;

4. Рекомендуется предлагать к обсуждению в группе и отрабатывать практические навыки, способствующие сохранению физического и психического здоровья в контексте традиционной и современной культуры коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока;

5. Занятия в рамках темы №6 повышают осведомленность о культурных традициях коренных жителей Севера, Сибири и Дальнего Востока, которые противоречат

злоупотреблению психоактивными веществами. Например, девушки и женщины рассказывают и обсуждают сказки и легенды о коренных народах, которые жили в гармонии с природой, не употребляя алкоголя и наркотиков;

6. Рекомендуется, чтобы каждое занятие включало домашние задания не только для девушек, женщин, но и для членов их семей и друзей, чтобы увеличить охват участников профилактической программы по профилактике употребления алкоголя и наркотиков среди коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации.

## **ТЕМА 7: ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Занятие №15**

1. На завершающем занятии программы обсудите с участницами все изученные ранее темы;
2. Узнайте какие рекомендации девушки и женщины начали регулярно выполнять сами, а каких начали придерживаться члены их семей и друзья;
3. Отметьте все положительные изменения у участниц программы, придерживающихся комплексных рекомендаций, предложенных в программе;
4. Постарайтесь мотивировать участниц программы на сохранение позитивных изменений, связанных с укреплением физических параметров здоровья (питание, физическая активность, сон) и факторов, сохраняющих психическое здоровье и эмоциональное благополучие.

### Список литературы:

1. *Альтиулер В.Б.* Женский алкоголизм. В кн: Лекции по наркологии. 2-е изд./ Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: «Нолидж». - 2000. - С. 116-134.
2. *Альтиулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л.* Женский алкоголизм: клинические аспекты. - М.: Гениус, 2006. - 216 с.
3. *Бадырғы И.О.* Особенности формирования алкоголизма и алкогольных психозов у коренного населения Республики Тыва: Дис. ...канд.мед.наук. – Томск, 2015. – 127 с.
4. *Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурин Г.Л., Пальчик А.Б., Цветкова Л.А., Шапкайц В.А.* Фетальный алкогольный синдром. - СПб.:«СПбГУ», 2012. - 52 с.
5. *Безруких М.М., Макеева А.Г., Филиппова Т.А.* Все цвета, кроме чёрного. //Учусь понимать других: Рабочая тетрадь. – 2002. – Т. 3.
6. *Бернова Ю.Е., Дмитриева Е.В., Рюмина И.И., Фомина Е.В., Фролов С.А.* Методическое пособие по программе формирования навыков здорового образа жизни у подростков «Все, что тебя касается». [Электронный ресурс]. М., – 2008. URL: <http://abannet.ru/sites/default/files/ZOG/%D0%92%D1%81%D0%B5%2C%20%D1%87%D1%82%D0%BE%20%D1%82%D0%B5%D0%B1%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D1%81%D0%B0%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%8F.pdf> (дата обращения 30.12.2019)
7. *Боринская С.А., Козлов А.И., Янковский Н.К.* Гены и традиции питания //Этнографическое обозрение. – 2009. – №. 3. – С. 117-138.
8. *Бохан Н.А.* Особенности формирования алкоголизма и алкогольных психозов у коренного населения республики Тыва. Томск. - 2015.
9. *Воробьева Т.В., Ялтонская А.В.* Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска. – М.: УНП ООН, 2008. -70 с.
10. *Воробьева Т.В., Ялтонская А.В.* Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Особенности работы с подростками группы риска. Методическое пособие. – М.: УНП ООН, 2008. -24 с.
11. Гендерное равенство, социальная защита и развитие сельских регионов: взгляд из Восточной Европы и Центральной Азии. Будапешт. Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН. 2016 г. 84 с. URL: <http://www.fao.org/3/a-i5575r.pdf> (дата обращения 30.12.2019)
12. Григорьева А.А. Выявление риска суицидального поведения у подростков в общеобразовательных школах [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире:

здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2019. Т.7, № 3 (26). URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=392>. (дата обращения: 30.12.2019). DOI: 10.23888/humJ20193513-523

13. Гофман А.Г., Понизовский П.А. О сочетании психических заболеваний с зависимостью от алкоголя // Вопросы наркологии. 2018. № 2 (162). С. 102-113.

14. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. – 2017. – 263. URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/demo17.pdf> (дата обращения 30.12.2019)

15. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2016 год. Организация Объединенных Наций, Вена. – 2017. – 141 с. - URL: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Russian/AR2016\\_R\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Russian/AR2016_R_ebook.pdf) (дата обращения 30.12.2019)

16. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год. Организация Объединенных Наций, Вена, 2018. URL: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual\\_Report/R\\_2017\\_AR\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf) (дата обращения 30.12.2019)

17. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. 31 с. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/294475/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-ru.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/294475/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-ru.pdf)(дата обращения 30.12.2019)

18. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. ESPAD-2007. Под общ. ред. Кошкиной Е.А. Москва, 2009. - 120 с.

19. Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке / Под научной редакцией академика РАН Н.А. Бохана. – Москва, 2018. – 450 с. URL: <file:///C:/Users/WS39/Downloads/2329.6%20%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0%20%D0%A0%D0%90%D0%9D%20%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82.pdf> (дата обращения 30.12.2019)

20. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года в отношении демографических и социально-экономических характеристик отдельных национальностей URL: URL: <https://gks.ru/compendium/document/13296> (дата обращения 30.12.2019)

21. Кершенгольц Б.М., Колосова О.Н., Кривогорницына Е.А. Физиолого-биохимические механизмы формирования этногенетических и экологических особенностей алкогольных патологий в условиях Севера и их влияние на общую заболеваемость //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2000. – №. 2.

22. *Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В.* Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017-2018 годах: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 188 с. [Электронный ресурс]. URL: [http://nncn.serbsky.ru/wp-content/uploads/2019/12/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB\\_%D0%BE%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80\\_17-18\\_%D0%BF%D1%83%D0%B1%D0%BB.pdf](http://nncn.serbsky.ru/wp-content/uploads/2019/12/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB_%D0%BE%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80_17-18_%D0%BF%D1%83%D0%B1%D0%BB.pdf) (дата обращения 30.12.2019)
23. Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
24. Комплексная программа психологические групповые тренинги для родителей старших дошкольников и младших школьников (дети 5-9 лет) «Школа эффективного родителя». [Электронный ресурс]. URL: <https://pandia.ru/text/80/081/55963.php> (дата обращения 30.12.2019)
25. *Козлов А.И.* Потребление алкоголя и связанные с алкоголем проблемы у коренного населения Севера России // Наркология. – 2006. – Т. 5. – №. 10. – С. 22-29.
26. *Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.* Оценка эффективности программ профилактики потребления психоактивных веществ. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. №2(31). – 2015. — 6 с. [Электронный ресурс]. – URL: [http://mpj.ru/archiv\\_global/2015\\_2\\_31/nomer12.php](http://mpj.ru/archiv_global/2015_2_31/nomer12.php) (дата обращения 30.12.2019)
27. Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи. – Всемирная организация здравоохранения, 2017. – 121 с. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/364279/alcohol-training-manual-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/364279/alcohol-training-manual-rus.pdf?ua=1) (дата обращения 30.12.2019)
28. *Кривулин Е.Н., Бохан Н.А., Мингазов А.Х., Власов А.А., Юркина Н.В., Бочкарева И.Ю.* Этнокультуральный аспект психотических форм женского алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №. 3. – С. 81-84.
29. *Кузьминых А.А., Ениколопов С.Н.* Бытующие представления о мужской и женской агрессии // Психологическая наука и образование. 2011. Том 16. № 5. С. 70–80.
30. *Марусин А.В., Степанов В.А., Спиридонова М.Г., Пузырев В.П.* Полиморфизм генов алкогольдегидрогеназ *ADH1B* и *ADH7* в русских популяциях Сибирского региона // Молекулярная биология. – 2004. – том 38. - №4. – С. 625-631.
31. Международные стандарты профилактики употребления наркотиков. - UNODC, 2013. – 49 с. URL: [http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/PreventionStandards/RU/Standards\\_RU\\_2.pdf](http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/PreventionStandards/RU/Standards_RU_2.pdf) (Дата обращения 30.12.2019)

32. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 994 с.
33. Неравенства в период взросления. Гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016. – 279 с. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/331711/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/331711/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf?ua=1) (Дата обращения 30.12.2019)
34. Новиков А.П., Рахмазова Л.Д., Гильбурд О.А. Эпидемиология алкогольной зависимости в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – Т. 4. – №. 97. – С. 38-43.
35. Омаров Р.С., Сычева О.В. Основы рационального питания: Учебное пособие. Ставропольский гос. аграрный ун-т.— Ставрополь: АГРУС, 2014.— 80 с. — ISBN 978-5-9596-0991-7.— Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/314389>
36. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Легонькова С.В. Фетальный алкогольный синдром. Метод. рекомендации. - СПб.: ООО «АНТТ-Принт», 2006. - 24 с.
37. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырғы И.О. Этнический фактор и проблема алкоголизма (аналитический обзор) //Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – №. 3 (156).
38. Пособие по транскультуральной антинаркотической работе. Справочное пособие для специалистов-практиков, работающих с потребителями разного этнического и культурного происхождения. Pompidou Group of the Council of Europe. 2012. – 87 с.
39. Предупреждение злоупотребления наркотиками среди молодежи этнических и коренных меньшинств. Доклад Управления Организации объединенных наций по наркотикам и преступности (УПН ООН). Нью-Йорк. - 2004. – 55 с. URL: [https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook\\_ethnic\\_russian.pdf](https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_russian.pdf) (дата обращения 30.12.2019)
40. Профилактика вреда, причиняемого употреблением алкоголя во время беременности. Экспресс-анализ ситуации и примеры из практики государств-членов - Всемирная организация здравоохранения, 2017. 46 с. - URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/330959/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/330959/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy-ru.pdf?ua=1) (дата обращения 30.12.2019)
41. Психиатрия: справочник практического врача / под ред. проф. А.Г.Гофмана. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 624 с. : ил. ISBN 978-5-00030-

406-8 URL: <https://03book.ru/upload/iblock/0ae/0ae91a3901f5469d0ccef051adb01c3a.pdf> (дата обращения 30.12.2019)

42. *Сирота Н.А. и соавт.* Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска (пособие для врачей) // Профилактика зависимостей. – 2004.

43. *Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. – 2005.

44. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. 28 с. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1) (дата обращения 30.12.2019)

45. *Фадеева Е.В.* Профилактика фетального алкогольного синдрома. Практическое пособие. / Санкт-Петербург: РОБО «ЦПН». – 2019. – 62 с. ISBN 978-5-94437-536-0 URL: [http://www.eegyn.com/pdf/FAS\\_prevention.pdf](http://www.eegyn.com/pdf/FAS_prevention.pdf) (дата обращения 30.12.2019)

46. *Фадеева Е.В., Гречаная Т.Б., Вышинский К.В., Ненастьева А.Ю.* Профилактика употребления алкоголя и наркотиков среди девушек и женщин. Руководство по гендерно-специфической профилактике. / Санкт-Петербург: РОБО «ЦПН». – 2019. – 61 с. ISBN 978-5-94437-538-4

47. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ([http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6ccad68c593488e](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6ccad68c593488e))

48. *Харитонова В.И.* От народно-медицинских традиций к интегративной медицине // Научный вестник Ямало-Ненецкого автономного округа. Вып. – 2012. – №. 1. – С. 40.

49. *Хоютанова Н.В., Матвеева Н.П., Бохан Н.А., Иванова С.А., Кривошапкина З.Н., Иготти Е.А.* Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории Республики Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. – 2015. - №1. – С. 14-18.

50. *Шестакова Е.Г., Дорфман Л.Я.* Агрессивное поведение и агрессивность личности // Образование и наука. – 2009. – №. 7.

51. Экономические и социальные показатели районов проживания коренных малочисленных народов Севера. Федеральная служба государственной статистики. – 2010. URL: <https://gks.ru/compendium/document/13296> (дата обращения 23.11.2019)
52. Экономические и социальные показатели районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей URL: <https://gks.ru/compendium/document/13279> (дата обращения 23.11.2019)
53. Alcohol Policy Impact Case Study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation
54. European Drug Report 2018: Trends and developments. / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018. – 96 p. URL: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001ENN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ENN_PDF.pdf) (дата обращения 23.11.2019)
55. European Prevention Curriculum, A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg. – 2019. – 167 p.
56. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization. 2019. p. 33 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664> (дата обращения 23.11.2019).
57. Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women// United Nations Office on Drugs and Crime. - 2016. - 61 p.. URL: [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC\\_2016\\_drug\\_prevention\\_and\\_treatment\\_for\\_girls\\_and\\_women\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf) (дата обращения 23.11.2019).
58. Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – 2012. URL: <http://www.thelancet.com/themed/global-burden-of-disease> (Дата обращения 30.12.2019)
59. Global status report on alcohol and health 2018. - World Health Organization (WHO), 2018. – 456 p. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> (Дата обращения 30.12.2019)
60. Guthold R., Stevens G., Riley L., Bull F.C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1•9 million participants. Lancet Global Health 6, 10, PE1077-E1086, 2018. EMCDDA.
61. Healthy ageing toolkit for facilitators, volunteers and community/ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, – 2016.

62. International Standards on Drug Use Prevention. Second Updated Edition. - UNODC, 2018. – 60 p. URL: [https://www.unodc.org/documents/prevention/standards\\_180412.pdf](https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf) (Дата обращения 30.12.2019)
63. *Kraus L. et al.* Are the Times a Changin? Trends in adolescent substance use in Europe. // *Addiction*, Volume 113, Issue, 2018. – p. 1317-1332.
64. Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. 2013. – 50 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966> (Дата обращения 30.12.2019)
65. The 2015 ESPAD Report // Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, Pompidou Group. – 2015. – 102 p. URL: [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf) (Дата обращения 30.12.2019)
66. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. WHO Regional Office for Europe. 2015. – 26 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672> (Дата обращения 30.12.2019)
67. World Population Prospects 2019: Highlights. United Nation. 2019. URL: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html> (Дата обращения 30.12.2019)