|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Обзор эффективных стратегий профилактики употребления психоактивных веществ подростками и примеры профилактических программ**    **СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ**    Существуют два типа стратегий в профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ): сокращение спроса и сокращение предложения (NIDA, 1997). Они направлены на три главных цели: объект (или личность), вещество (наркотик) и окружающую среду. Профилактические стратегии могут фокусироваться на любой из этих целей:   * Попытки изменить желание субъекта или индивидуума принимать наркотики являются стратегией сокращения спроса. * Попытки изменить вещество или доступность ПАВ является стратегией сокращения предложения. * Стратегии, направленные на окружающую среду потребителей ПАВ в сообществе, школе, на месте работы и т.д., чтобы уменьшить вероятность употребления ими ПАВ. * Стратегии окружающей среды могут использоваться как для сокращения спроса, так и для сокращения предложения * Стратегия сокращения предложения, например, путем изменений в законах, может сделать трудной и дорогой покупку табака или алкоголя, усилить действия по перехвату наркотиков и помешать их продаже.     **Стратегии сокращения предложения**  Стратегии сокращения предложения включают методы, используемые для уменьшения доступности ПАВ. Она может быть направлена как на сам наркотик, так и на среду.    ***Для сокращения доступности наркотиков используют:***  Стратегии сокращения предложения, направленные на вещество:   * уничтожение посевов * конфискация наркотиков * действия милиции   Стратегии, направленные на среду   * пограничные патрули * уголовное наказание за распространение и употребление наркотиков     ***Для сокращения доступности легальных ПАВ (алкоголь и табак) используют:***   * увеличение налогов * увеличение возраста законного употребления алкоголя и табака * усиление контроля за соблюдением законов * сокращение рекламы * сокращение количества точек продажи * наложение штрафов на продажи несовершеннолетним     **Стратегии сокращения спроса**   Стратегии сокращения спроса включают профилактику и лечение направленные на снижение употребления человеком ПАВ:   * Профилактические усилия по сокращению спроса выполняются за счет уменьшения факторов риска или усиления факторов зашиты; * Стратегии сокращения спроса  в среде обитания сосредотачиваются на изменении местных норм поведения, которые поддерживают потребление ПАВ; * Лечение направлено на сокращение спроса путем прекращения злоупотребления наркотиками зависимыми людьми.     С недавнего времени исследователи начали рассматривать возможность использования комбинации стратегий снижения спроса и снижения предложения, чтобы одновременно уменьшить как потребность в употреблении алкоголя, табака и наркотиков, так и возможность её удовлетворения молодыми людьми (Wagenaar & Perry, 1994). Ниже будут представлено несколько многокомпонентных интервенций, которые основаны на многоуровневом подходе в профилактике употребления ПАВ.  Профилактическая деятельность сосредоточена на пяти основных объектах: личность, семья, сверстники, школа и общество (включая место работы). Исследования показывают, что, если направить программу профилактики сразу на несколько объектов, то ее эффективность заметно возрастет.      **ТРИ ВИДА ПРОФИЛАКТИКИ**  Профилактика - это часть стратегии сокращения спроса. В 1970 и 1980 годах профилактика была организована, как первичная, вторичная и третичная профилактика.  Институт Медицины (США) предложил новую систему классификации профилактики, которая была одобрена Национальным Институтом Злоупотребления Наркотиками (NIDA, 1997). В соответствии с этой классификацией профилактика делится на:   * универсальную * избирательную * по показаниям.   Эта система классификации проводит четкую границу между профилактикой употребления ПАВ и лечением.    **Универсальная профилактика**  Стратегия универсальной профилактики направлена на все население, которое имеет общий риск злоупотребления ПАВ.    *Особенности универсальной профилактики*  -Индивидуальный риск в универсальной профилактике не оценивается;  -Эта профилактика предназначена  для каждого члена общества;  -Проводится профилактика в большой группе людей  при относительно небольшой стоимости на человека.    **Избирательная профилактика**  Программы избирательной профилактики направлены на целые подгруппы людей из групп риска, независимо от индивидуального риска. Например:  -Программы обучения и тренинга жизненных навыков, созданные специально для детей из семей алкоголиков;  -Наставничество, обучающие, спортивные и юношеские лидерские программы для тех, кто отстает в школе или прогуливает занятия;  -Тренинг культурной компетентности для молодежи с низким уровнем дохода.    *Особенности избирательной профилактики*  -Направленность на конкретные группы, у которых риск считается более высоким, чем у других.  -Индивидуальные факторы риска не оцениваются.  -Факторы риска могут быть на индивидуальном уровне, в семье, среди ровесников или в обществе.  -Обычно дороже, чем методы универсальной профилактики, т.к. эти подходы требуют больше времени для выполнения.  -Чаще всего проводятся в школах и организациях по месту жительства.    **Профилактика по показаниям**  Стратегии профилактики по показаниям направлены на конкретных людей, подвергающихся повышенному риску. Например:  -Программы помощи учащимся, в которые учителя и консультанты направляют школьников с проблемами обучения, поведенческими и эмоциональными проблемами.  -Программы, нацеленные на семьи, такие как семейные тренинги или группы самопомощи родителей.    *Особенности профилактики по показаниям*  -Обычно более дорогие, более интенсивные и требуют штат с клинической подготовкой.  -Сосредоточены на людях, которые уже употребляют ПАВ или проявляют неадекватное поведение, еще не гарантирующее клинический диагноз злоупотребления ПАВ или химическая зависимость.  -Требуют точной оценки индивидуального риска злоупотребления ПАВ.  Эти программы также могут использоваться при другом поведении, таком как, снижение уровня знаний, пропуск занятий в школе и признаки депрессии. Подростков могут направлять в программы профилактики по показаниям родители, учителя, школьные психологи, медсестры, социальные педагоги, друзья, родственники или другие люди, а также суды.    **Подходы к профилактике употребления ПАВ:** **теоретические основы**  Факторы риска и защиты, обуславливающие характер употребления алкоголя и наркотиков молодыми людьми, действуют в каждой сфере, или на каждом уровне, социального взаимодействия. Исходя из последних исследований, профилактические программы и политика в этой области должны быть направлены, как на уменьшение риска, так и на поддержку защитных факторов с целью сокращения употребления алкоголя и наркотиков (Polland, Hawkins & Artur, 1999).  Признание того, что разные сферы социального влияния способствуют употреблению ПАВ молодыми людьми, нашло полное применение в профилактических программах. Другими словами, это значит, что только всесторонний многоуровневый подход к интервенции может иметь успех в профилактике этого явления. Понятно, что все эти этиологические факторы не действуют независимо друг от друга. Наоборот, они переплетаются и взаимодействуют в комплексе, в виде динамической взаимозависимости. Поэтому исследователи начали отходить от установления *факторов* риска и защиты, связанных с употреблением ПАВ молодыми людьми и переходить к моделированию *процессов* риска и защиты, обуславливающих данный феномен (Windle & Windle, 1999).  За последние десятилетия было развито несколько поколений интервенций по профилактике употребления алкоголя и наркотиков молодыми людьми. Использованные в них подходы отличаются по следующим параметрам:   * по адресату - на какую часть населения они нацелены (напр., на всех молодых людей или только на молодёжь из группы риска); * по типу (напр., только алкоголь или алкоголь, табак и наркотики); * по типу стратегии (напр., программная или политически-ориентированная).   Эволюция программного подхода (снижение спроса на ПАВ) может быть лучше всего проиллюстрирована развитием профилактических программ на базе школы (Perry & Staufacker, 1996). Самые ранние из них, популярные в 1960-е годы и в начале 70-х  годов, были основаны на тактике запугивания, путём информирования о негативных последствиях употребления алкоголя и наркотиков. И хотя подобная **информация** успешно повышала уровень знаний и иногда даже меняла отношение к проблеме, на деле она не предотвращала само употребление (Goodstadt, 1978; Schaps, DiBarloto, Moskowitz, Palley & Churgin, 1981; Thompson, 1978). Cследующее поколение, известное какпрограммы **эмоциональных** или **общих** навыков, старалось повысить самооценку, усовершенствовать навыки принятия решений, освещало взаимоотношения между личностными ценностями и принятыми решениями. Этот широко распространённый подход, популярный в течение 1970-х, оказался не более успешным и эффективным, чем первое поколение профилактических программ (Hannen, Collins, Johnson & Graham, 1985; Hansen, Johnson, Flay & Sobel). Такое положение продолжалось до конца 1970-х начала 1980-х годов, и изменилось только с появлением в школьных программах модели **социального влияния** (Evans, et al., 1978). Этот подход, основанный первое время на бихевиористской теории, был сфокусирован на изменении социальных норм и развитии социальных навыков, чтобы распознавать и затем сопротивляться влиянию социума в сфере употребления ПАВ.  Со времени своего появления эта модель неоднократно проверялась и доказала свою успешность в профилактике употребления алкоголя и наркотиков молодыми людьми (Hansen, 1992; Hansen, 1993; NIDA, 1997; Tobler, 1986; USDHHS, 1994). В настоящее время программный подход к профилактике продолжает успешно развиваться.  Начало политически-ориентированной профилактики (снижение доступности ПАВ) может быть отнесено на 3500 лет назад, к созданию первого свода законов, содержащих нормы продажи алкогольных напитков (Colon, 1981; Moscowitz, 1989). Более поздний интерес к политическим стратегиям стимулировался, в основном, неспособностью политически-ориентированного подхода сохранить и поддержать долговременное изменение поведения. Как было сказано выше о модели социального влияния, этот подход основывается на признании того, что употребление алкоголя молодыми людьми является социальным поведением. В рамках данной стратегии это явление - результат лояльных социальных норм, социальной политики и институциональных структур (Edwards, et al., 1994). Политико-ориентированный подход, базирующийся во многом на социальных и экономических теориях (Pentz, 2000; Wagenaar & Perry, 1994), использует интервенции, рассчитанные на охват большой популяции, чтобы повлиять на широкое социальное окружение, вырабатывающее отношение к алкоголю и нормы его потребления (Edwards, et al., 1994). Эффективность всего разнообразия подходов к алкогольной политике изучена ещё не настолько глубоко, как в случае программных стратегий (Wagenaar & Toomey, 1998). Несмотря на это, число успешных программ данного типа профилактики постоянно растёт. Примером такой программы является «Мобилизация сообщества для изменения в области алкоголя», проводившаяся Университетом Миннесота, (Community Mobilizing for Change on Alcohol) (Wagenaar et al., 2000). Этот проект входит в модельные программы (SAMHSA, 2002).    **Примеры эффективных профилактических программ**  **1. Однокомпонентные подходы**  Большинство интервенций, направленных на профилактику употребления алкоголя и наркотиков молодыми людьми, используют один компонент, или стратегию, в своих подходах. Эти стратегии  основаны на интервенциях, рассчитанных на активное вовлечение сверстников или членов семей, и интервенциях, проводимых в школах или в сообществе.    **А. Стратегии школьных профилактических программ**  Одним из наиболее подходящих мест для применения и изучения программного подхода к профилактике употребления ПАВ детьми и подростками является школа (Windle, et al., 1996). Так как большинство молодых людей регулярно посещает школу и, находясь там, может представлять возможности для охвата широкой и стабильной аудитории, многие профилактические программы разрабатывались для школы (Parcel, Kelder & Bazen-Engquist, 1999). Большинство программ, рассчитанных на школу, как правило, построены как однокомпонентные и содержат несколько аспектов влияния (напр., увеличение знаний, прояснение ценностей, развитие навыков, изменение норм) (Hansen, 1992; Hansen, 1993). Школьные профилактические программы широко распространились за последние тридцать лет. Одни исследователи серьёзно ставят вопрос об их эффективности (Gorman,1998; Moscowitz, 1989; White & Pitts, 1998). Другие полагают, что, несмотря на слабые места в методологии (Foxcroft, Lister-Sharp & Lowe, 1997), эта стратегия может быть эффективной, особенно когда в ней используется модель социального влияния (Botvin, 2000; Hansen, 1992; Hansen, 1993; Tobler, et al., 2000; Windle & Windle, 1999).  Согласно стандартизированной серии мета-аналитических работ (Tobler, 1986; Tobler, 1997; Tobler, et al., 2000; Tobler & Stratton, 1997), наиболее успешными из  школьных программ являлись те, которые можно было рассматривать как интерактивные. Неинтерактивные программы представляют собой обычные уроки, проходящие под руководством учителя, с использованием дидактических, в основном лекционного типа обучающих техник, сфокусированных на повышение уровня информированности и эмоциональное развитие. С другой стороны, интерактивные программы чаше всего рассчитаны на участие лидеров-сверстников, используют весёлые и занимательные виды деятельности и обсуждения в малых группах, направлены на развитие социальных навыков и изменение социальных норм. В исследовании из данной серии мета-анализа были представлены данные по 207 интерактивным и неинтерактивным школьным профилактическим программам (Tobler, 2000). Согласно статистике, интерактивные программы в равной степени успешно работают с профилактикой употребления и алкоголя, и табкокурения, и марихуаны. Наибольший эффект этих программ, связанный с употреблением любых наркотиков равен 0,16, в то время как средний показатель по уменьшению употребления алкоголя - 0,14 (среди программ, оцененных как наиболее теоретически продвинутые) (Tobler,  2000). Неинтерактивные программы дали низкий результат 0,03 (Tobler, et al., 2000).  Интерактивные программы могут быть разделены на те, в которых используется подход, основанный **на социальном влиянии**, и те, что применяют подход, построенный **на освоении жизненных навыков**. Социально-ориентированный подход в основном сфокусирован на изменении социальных норм, сопутствующих употреблению алкоголя и наркотиков (напр., изменение представления о том, что большинство взрослых и подростков употребляют ПАВ), и развитии навыков сопротивления. Второй подход также включает содержательные аспекты, типичные для социального влияния, но он охватывает широкий спектр социальных навыков и направлен, в том числе, на эмоциональное развитие. Рассмотрим в качестве примеров проект АЛАРТ (ALERT - принцип социального влияния) и «Тренинг жизненных навыков» (принцип освоения жизненных навыков).    ***Проект АЛАРТ (ALERT)***  Проект АЛАРТ (ALERT) (Ellickson & Bell, 1990; Ellickson, Bell & McGuigan, 1993) представляет собой двухлетнюю программу для 7-го (8 занятий) и для 8-го (3 дополнительных занятия) классов, направленную на уменьшение употребления алкоголя, табака, и марихуаны, делая акцент на развитии навыков сопротивления и противодействия внутреннему и внешнему давлению в потенциально опасных ситуациях и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002). Полученные через краткий промежуток времени результаты свидетельствуют, что данный проект вполне эффективен в области снижения и более позднего начала употребления алкоголя, табака и марихуаны среди учащихся 7-х классов (Ellickson & Bell, 1990), но при анализе долговременного воздействия обнаружилось, что позитивный эффект быстро сходит на нет (Bell, Ellickson & Harrison, 1993; Ellickson & Bell, 1990; Ellickson, et al., 1993).    ***«Тренинг жизненных навыков»***  «Тренинг жизненных навыков» (ТЖН) (Botvin et al., 1990; Botvin et al., 1995) - это трёхгодичная программа для учащихся 7-х (15 занятий), 8-х (10 дополнительных поддерживающих занятий) и 10-х (5 дополнительных занятий), предназначенная для профилактики употребления алкоголя, табака и наркотиков. Этот тренинг уникален по подходу к развитию типичных жизненных навыков (напр., коммуникативных навыков, умения принимать решение, общие социальные навыки) и находится в стороне от традиционных тренингов навыков сопротивления. Данные краткосрочных и долговременных оценок эффективности показывают, ТЖН особенно эффективен для уменьшения распространения табакокурения и употребления марихуаны молодыми людьми выпускных классов (Botvin, et al., 1990; Botvin, et al., 1995), особенно среди тех, которые получили относительно полную версию программы (определённую, как минимум 60% программы). Эта выборка учащихся продемонстрировала отсутствие при краткосрочной оценке уменьшения в частоте и количестве употребления алкоголя и очень скромное уменьшение в частотности приёма наркотиков (Botvin, et al., 1990). В то время как долговременные результаты показали уменьшение употребления алкоголя за месяц, за неделю и употребления больших доз алкоголя (5 порций и более), наряду с частотой приёма наркотиков (Botvin, et al., 1995). Хотя причины этого расхождения не ясны, «Тренинг жизненных навыков» остаётся единственной программой, давшей долговременный позитивный результат (Botvin, et al., 2000) и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002).  Необходимо отметить, что результаты минимум одного исследования показывают, что данный подход, охватывающий широкое поле жизненных навыков, может не давать никакого эффекта, если не содержит материала, связанного с тренингом специфичных для наркотиков навыков (Caplan, et al., 1992). Интересно, что по данным ещё одного исследования тренинг навыков сопротивления, в свою очередь, может не работать для профилактики употребления алкоголя, если не включает нормативные образовательные элементы (Donaldson, Graham & Hansen, 1994; Hansen & Graham, 1991). Некоторые промежуточные исследования, выявляющие «активные составляющие» профилактических интервенций употребления алкоголя и наркотиков, продемонстрировали важность изменения нормативных представлений (Botvin, et al., 1992; Cuijpers, 2002b; Komro, et al., 2001; MacKinnon, et al., 1993).    **Российский опыт**  В России в течение последних 15 лет начата активная работа в области профилактики употребления ПАВ детьми и подростками, особенно в школах.  Одной из тенденций было использование опыта зарубежных стран, хотя многие программы являются авторскими российскими. Изучение российского опыта осложняется отсутствием данных об эффективности многих профилактических программ. Поэтому в данном разделе будут рассмотрены лишь несколько проектов, в рамках которых были предприняты попытки оценки эффективности профилактических программ.    ***«Тренинг жизненных навыков»***  Программа «Тренинг жизненных навыков» (ТЖН), (Botvin, et al., 1990) была переведена на русский язык и апробирована в одном шестом классе каждой из шести московских  школах  и двух школ Нижнего Новгорода (Romanova O., Grechanaia T., 1996) в рамках проекта Института профилактики наркомании Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в 1996 году. Проводилась лишь краткосрочная оценка эффективности программы, которая включала опросы школьников перед проведением программы и непосредственно после ее завершения. Контрольной группой служили параллельные классы тех же школ. Изменений в употреблении ПАВ не было обнаружено, но изменилось отношение школьников к марихуане.  Было проведено около 20 семинаров-тренингов в разных городах России и в Киргизии в 1996-1997 г.г., на которых были обучены около 600 специалистов.    ***Программы «Полезные привычки», «Полезные навыки» и «Полезный выбор»***  С 1997 г. в партнерстве с Минобразования России "Проект ХОУП" осуществляет программу по созданию и внедрению в регионах России учебного пособия по ОБЖ для начальной школы "Полезные привычки", для 5-7 и 8-9 классов "Полезные навыки" и «Полезный выбор» для 10-11 классов.  Эти программы базируются на единой теории и методологии. Концептуально они являются комбинацией двух подходов: информационного и тренинга личностных и социальных навыков. Информационное отличие пособия "Полезные навыки" от "Полезных привычек" состоит в том, что учащимся сообщается не только о табаке и алкоголе, но и об [ингалянтах, наркотиках](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/psix.html) и ВИЧ/СПИДе. Методически пособие продолжает совместное обучение подростков в небольших группах. Планы уроков разрабатываются в соответствии с принципом ["спирального"](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/spiral.html) расписания. Такая преемственность трех пособий позволит школе начать превентивное обучение в 1 классе и продолжать его на протяжении всего обучения.  ***«Полезные привычки»***  Разработанная программа курса по ОБЖ для 1-4 классов и учебное пособие "Полезные привычки"  [включают](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/mat_uh.html) планы уроков для учителей, четыре одноименных рабочих тетради с [упражнениями для учащихся](http://www.projecthope.ru/r/rmenu.html) и брошюру "Уроки для родителей". [Оценка эффективности](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/effect.html) превентивного обучения показала статистически достоверные изменения в знаниях школьников. В 1999 г. одобренное МКО и Федеральным Экспертным Советом Минобразования России второе издание "Полезных привычек" внедрено в 127 школах Москвы. Пятнадцать школ приняли участие в оценке эффективности превентивного обучения. Исследование подтвердило эффективность "Полезных привычек". На его основе разработана брошюра об оценке эффективности - "Полезные расчеты". В 2001-2002 учебном году 57 регионов России внедрили "Полезные привычки" в своих школах. На 13 семинарах "Проекта ХОУП" были обучены 352 специалиста из этих регионов. Украина включилась в программу. "Полезные привычки" переведены на украинский язык и культурно адаптированы к условиям этой страны. В 2002 г. вышел первый тираж украинской версии "Полезных привычек".  ***«Полезные навыки»***  В 2000 г. разработана программа курса по ОБЖ для 5-9 классов и создано учебное пособие для 5-7 классов "Полезные навыки". Пособие [включает](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/mat_us.html) планы уроков для учителей "27+1 урок", три рабочих тетради "Полезные навыки" для учащихся и брошюру для родителей "127 полезных советов". Пособие одобрено Федеральным Экспертным Советом Минобразования России. В 2002 г. создано пособие "Полезные навыки" для 8-9 классов, включающее информацию о запрещённых наркотиках и ВИЧ/СПИДе. Пособие дополнено [методическими рекомендациями](http://www.projecthope.ru/r/images/progs/mat_us_8_9.html) по оценке эффективности и плакатом. 40 регионов России получили возможность внедрить "Полезные навыки" в средних школах, обучить на семинарах "Проекта ХОУП" региональных координаторов программы и тренеров в Москве и Омске. В 2003 г. «Полезные навыки» внедрены и оценены на эффективность в 20 регионах страны. Проектом ХОУП в Москве проведено исследование эффективности превентивного обучения с использованием пособия «Полезные навыки». В эксперименте приняли участие 2049 учащихся 11-15 лет пяти экспериментальных и двух контрольных школ. Результаты исследования показали существенные изменения в знаниях учащихся.  ***«Полезный выбор»***  Учебное пособие для 10-11 классов «Полезный выбор» базируется на той же теории и методологии, что и «Полезные привычки» и «Полезные навыки». Расписание «Полезного выбора» спиральное, позволяющее развить, продолжить и завершить систематическое превентивное обучение, начатое в начальной и средней школе. Основные темы уроков «Полезного выбора» посвящены проблемам взаимоотношений старших подростков с окружающими в важных для сохранения здоровья аспектах. Учебное пособие включает материалы для учителя, родителей, рабочие тетради для учащихся 10 и 11 классов и плакат.    **Б. Стратегии, основанные на вовлечение сверстников**    Исследования в области этиологии показывают, что влияние сверстников на употребление ПАВ является особенно значительным фактором риска (Hawkins, et al., 1992). Многие профилактические программные подходы, вследствие этого, способствуют созданию позитивного взаимодействия подростков друг с другом. Специалисты в области профилактики рекомендуют в профилактических программах, посвящённых употреблению наркотиков молодёжью, отдавать предпочтение не назидательным дидактическим техникам обучения, а интерактивным методам (Dusenbury & Falco, 1995; NIDA, 1997). В этом случае молодые люди сами становятся субъектами обучения и формируют адекватные себе формы усвоения профилактического материала, а не полагаются полностью на учителя или других взрослых, например врачей. Лидеры-сверстники являются молодыми людьми того же возраста, что и их товарищи, или чуть старше, выбираются своими одноклассниками или/и учителями в качестве позитивной ролевой модели и специально обучаются, чтобы помогать в проведении профилактической программы. Считается, что лидеры сверстники помогают адаптировать профилактические программы и повышают их эффективность в данной аудитории, способствуя формированию норм «неупотребления» ПАВ, демонстрируя социальные навыки противостояния давлению и закрепляя желаемое поведение за стенами школы (Perry, 1989). Лидерство сверстников также  обеспечивает те позитивные возможности, которые повышают уровень, как их собственного здоровья, так и здоровья окружающих (Klepp, Halper & Perry, 1986).  Программы с использованием лидеров-сверстников гораздо эффективнее профилактических программ под руководством взрослых (напр., учителей) (Black, Tobler, Sciacca, 1998; Cuijpers, 2002a; Cuijpers, 2002b; Perry, 1989), как продемонстрировал проект ВОЗ (Perry & Grant, 1988; Perry, et al., 1989). Для этого проекта школы четырёх стран (Австралии, Чили, Норвегии и Швейцарии) путём случайной выборки были разделены на группы для проведения программы под руководством лидеров, учителей и контрольные. Программа и для учителей, и для сверстников-лидеров, была основана на модели социального влияния и состояла из пяти занятий. Оба типа программы были абсолютно идентичны по содержанию и различались только методом подачи. Согласно оценке, проведенной после обучения, среди учащихся, участвовавшие и в том, и в другом типе программы, повысилась информированность, и уменьшилось положительное отношение к алкоголю, по сравнению с учениками контрольных школ (Perry & Grant, 1988; Perry, et al., 1989). Однако, только участники программ с лидерами-сверстниками отметили значительное снижение уровня употребления алкоголя в конце обучения (Perry & Grant, 1988; Perry, et al., 1989). В некоторых странах  участники программы под руководством учителей дали даже отрицательные результаты, по сравнению с контрольными школами (Perry, et al., 1989). Программа же с лидерами-сверстниками доказали свою эффективность в разных странах и культурах.  Другая стратегия, вовлекающая сверстников, которая была применена некоторыми исследователями в области профилактики, использует принцип позитивной альтернативной (или вне учебной) деятельности для детей и подростков.  Этот «альтернативный» подход был разработан с целью обеспечить то время, которое подросток проводит без контроля со стороны родителей какой-то занятостью, которая и более привлекательна, чем алкоголь и другие наркотики, и  несовместима с ними (Cohen, 1980). **Альтернативная деятельность** может быть или развлекательной (напр., программы путешествий), или социальной (напр., спортивные, танцевальные кружки), или социально-полезной (напр., программы по наставничеству) направленности. Существующее исследование данного типа программ говорит о недостаточной эффективности этого подхода (Carmona & Stewart, 1996). Тем не менее, эта стратегия успешно работает с молодыми людьми из группы риска (Tobler, 1986). Важным компонентом «альтернативного» подхода является активное вовлечение сверстников в процесс планирования деятельности и её осуществление в дальнейшем, которое может помочь повысить эффективность и уровень сотрудничества (Carmona & Stewart, 1996). Программы "альтернатив" применялись в рамках проекта Норзленд (Komro, Perry, Veblen-Mortenson & Williams, 1994), многокомпонентной профилактической интервенции по проблемам алкоголя. Около 50% содержания этого проекта было разработано и доработано при активном участии самих участников (Komro, et al., 1996). Экспериментальное исследование показало, что те подростки, которые участвовали в планировании безалкогольных мероприятий для своих сверстников, значительно уменьшили употребления алкоголя (Komro, et al., 1996). Как и другие программы "альтернатив", эта стратегия более эффективна при работе с подростками из группы риска, а именно с теми, кто начал пить ещё до начала обучения (Komro, et al., 1996).    **Российский опыт*«Смотри по жизни вперед»***  Пример российского опыта создания и проведения профилактической программы, использующей лидеров-подростков является созданная в Санкт-Петербурге программа «Смотри по жизни вперед» (Латышев и др., 2002). Однако эффективность этой программы не оценивалась.    **Б. Стратегии, основанные на вовлечении семьи**  Программы, основанные на вовлечении семьи в профилактику употребления алкоголя и других наркотиков, считаются наиболее успешными (Dusenbury & Falco, 1995; NIDA, 1997). Исследования по этиологии показывают, что данный подход помогает усовершенствовать родительские воспитательные приёмы, увеличивает степень родительского контроля и их осведомлённости, уменьшает уровень лояльного отношения родителей к употреблению алкоголя, повышает семейную сплочённость, что приводит в результате к уменьшению употребления алкоголя и других наркотиков (Hawkins, et al., 1992). Усиление семьи подобным образом стало общим подходом в профилактической интервенции употребления наркотиков и других поведенческих проблем (Kumpfer, 2000). В недавнем обзоре литературы по профилактике употребления алкоголя и поведения, связанного с насилием, упомянуто 25 стратегий усиления семьи (Kumpfer, 1999). Однако только четыре из них оказались эффективными в плане уменьшения употребления алкоголя и других наркотиков: тренинг родителей, семейный тренинг, семейная терапия и поддержка семьи (Kumpfer, 2000). Более того, программы, построенные на вовлечении всей семьи, дали более позитивный результат, чем те, в которых дети и родители были разделены (Kumpfer, 2000, NIDA, 1997). Согласно этому обзору, **программы семейного тренинга,** оказали наиболее положительное воздействие, так как они были особенно понятны и насыщены. Эти программы включают тренинг родительских навыков, тренинг детских привычек, совместную родительско/детскую деятельность. Интервенции различаются  тем, на кого они направлены: общие (или универсальные) и специальные (или избирательные) программы. Строгие, организованные методом случайной выборки исследования универсальных и избирательных семейно-центрированных программ достаточно ограничены, в отличие от программ по показаниям (Spoth, Kavanagh & Dishion, 2002).    ***Программа «Семья и школа вместе»***  Программа «Семья и школа вместе» (Families and School Together - FAST) была разработана в 1988 году доктором Линн МакДональд из Семейной Службы в Мэдисоне штата Висконсин (**McDonald 1991; 1990-1998;1992-2000; McDonald и др., 1997; McDonald & Sayger, 1998).** Эта программа положительно зарекомендовала себя в США, Канаде, ряде европейских стран и Австралии и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002). Программа «Семья и школа вместе» (СиШВ) создана для помощи в адаптации ребенка в школе, поддержки семей, оптимизации отношений внутри семьи и построении сети поддержки по месту жительства и учебы детей. Целью программы СиШВ для начальной школы является увеличение вероятности того, что ребенок достигнет успехов дома, в школе и в обществе. Тем самым обеспечивается возможность положительно влиять на социально-психологическую ситуацию развития детей и подростков, обеспечивая условия для формирования у них внутренних защитных факторов, которые удерживают их от употребления наркотиков и способствуют увеличению возраста, когда молодые люди впервые начинают употреблять алкоголь.  Для достижения улучшения результатов ребенка в этих сферах, программа СиШВ усиливает *центральный защитный фактор сплоченности семьи*. Сплоченность семьи достигается через пять промежуточных целей, направленных на уменьшение факторов риска и усиление защитных факторов:   1. Эмоциональная поддержка родителей. 2. Увеличение включения родителей на многих уровнях, включая социальные сети. 3. Снижение фактора риска повседневного стресса. 4. Снижение фактора риска злоупотребления ПАВ ребенком и семьей 5. Снижение фактора риска хронического конфликта в семье   Программа состоит из увлекательных встреч группы семей восемь раз еженедельно. Формат этих еженедельных трехчасовых занятий-тренингов с семьями является постоянным, со структурированным общением (основанным на технологии семейной психотерапии) между родителем и школьником, между родителем и всей семьей, родителей между собой, между родителем и группой родителей и между родителем и профессиональными консультантами. Занятия проводятся командой сотрудников, которая включает двух представителей консультативной психологической службы из данного района, учителя и родителя из данной школы. Обязательным условием проведения программы является формирование и обучение команды на семинаре-тренинге.  Эта программа может использоваться как для профилактической работы со всеми школьниками (универсальная профилактическая программа), так и для работы с детьми «групп риска» (избирательная профилактика), поскольку в ней отработан механизм привлечения семей, родители которых обычно не посещают школу, не обращаются за консультативной помощью и не участвуют в школьных мероприятиях.  Первоначально программа была создана для школьников начальных классов и их семей, затем она была расширена на другие возрастные группы от 0 до 18 лет (BIG FAST):   * Для младенцев и семей матерей-подростков (Baby FAST). * Для детей раннего возраста (3-5 лет) (Early childhood FAST). * Для начальной школы (6-9 лет) (Elementary school FAST). * Для 10-14 лет (Middle school FAST) * Для 15-18 лет (High school FAST)     ***Российский опыт***  ***Программа «Семья и школа вместе»***  Программа «Семья и школа вместе» для начальных классов была адаптирована для России  (Гречаная и др., 2002) и апробирована в одной из московских общеобразовательных школ сектором «Медико-психологической реабилитации» МГППУ в сотрудничестве с университетов «Висконсин». По отзывам родителей и учителей, произошли положительные изменения в поведении детей и в семьях, улучшилось взаимодействие их со школой, что свидетельствует о положительном эффекте программы. Одним из важнейших результатов работы программы является объединение родителей в группу самопомощи, которая продолжает работать и встречаться ежемесячно в школе, обсуждая актуальные проблемы воспитания детей, и помогая друг другу. Это также способствует укреплению взаимоотношений родителей со школой, тем самым, обеспечивая условия для поддержания хорошего эмоционального самочувствия детей и их успеваемости.  Материалы программы оформлены в виде «Руководства программы «Семья и школа вместе», детально описывающего все компоненты программы, включая планирование, проведение и оценку эффективности.    ***Программы Усиления Семьи (Strengthening Families Program)***  Одним из примеров эффективной программы семейного тренинга, созданной для избирательной интервенции, является Программа Усиления Семьи (Strengthening Families Program) (Kumpfer, 1999; Kumpfer, Molgaard & Spoth, 1996). Эта программа представляет собой 14-недельную интервенцию, направленную на уменьшение употребления алкоголя и других наркотиков детьми 6-10 лет родителей-наркоманов. Полученные в результате нескольких экспериментальных исследований, основные результаты этой программы заключаются в усовершенствовании родительских воспитательских навыков, уменьшение уровня конфликтности в семьях, уменьшение употребления родителями наркотиков и корректирование установки детей на табакокурение и алкоголь (Kumpfer, 1999; Kumpfer, et al., 1996) и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002). Эта программа была адаптирована к потребностям отличающихся от первоначального адресата групп населения и в настоящее время оценена в разных расово-этнических сообществах.  За последние несколько лет, интервенции, основанные на семейном подходе, претерпели значительное видоизменение в направлении большей универсализации, применительно к более старшим детям, возраста 10-14 лет, сельских районов, вне зависимости от наркотического статуса их родителей. Эти, отчасти менее интенсивные, семь (плюс четыре подготовительные) адаптационных сессий (в оригинале известных как Iowa Strengthtning Families Program) представляют собой проект Strengthtning Families Program: для родителей и детей 10-14 лет (SFP 10-14) (Spoth, Redmond & Lepper, 1999; Spoth, Redmond & Shin, 2002; Spoth, Reyes, Redmond & Shin, 1999). Каждая из первых шести сессий начинается с занятия по развитию навыков отдельно для детей и родителей (1 час), в конце совместное семейное занятие (1 час), где дети и родители стараются использовать выученные на раздельных группах навыки. Седьмая встреча - это только занятие родительского взаимодействия (Spoth, Redmond & Lepper, 1999). Основные результаты недавно проведённых исследований данной интервенции продемонстрировали улучшение навыков регулирования семейных отношений, родительско-детских отношений, увеличение сопротивляемости молодых людей негативному давлению сверстников, уменьшение вовлечённости в отношения с антисоциальными сверстниками, позитивные результаты употребления алкоголя и других наркотиков, включая более поздний срок его начала, меньшее распространение и изменение кривой употребления в течение подросткового периода (Kumpfer, 1999; Spoth, Redmond et al., 1999). Позитивное воздействие программ семейного тренинга (SFP 10-14) было особенно впечатляющим. Измеряемый эффект, связанный с началом употребления, который был достаточно большим через год после проведения программы (0,26), значительно возрос к концу второго года (0,39) (Spoth, et al., 1999). Более того, позитивные результаты этой интервенции устояли через четыре года после её проведения (Kumpfer, 1999). Новые исследования этого и других (напр., Bauman, Ennett, Foshee, Pemberton, King & Koch, 2000) типов универсальных интервенций семейного подхода к профилактике достаточно обнадеживающие, особенно в уменьшении употребления алкоголя.  Две другие «семейные» стратегии, направленные на всех молодых людей данного возраста, которые часто применяются при профилактических интервенциях, включают **домашнюю родительско-детскую деятельность** и **кампанию посланий (информационных писем или буклетов и брошюр) родителям**. Эти стратегии в основном работали в контексте многокомпонентных подходов к профилактике (Pentz, et al., 1989; Perry, et al.,1993; Perry et al.,2000), хотя домашняя родительско-детская деятельность была также опробована в рамках однокомпонентного подхода в других интервенциях, связанных со здоровьем молодёжи (Perry, et al., 1988). Изучение этого подхода как компонента в рамках проекта Норзленд показало, что он существенно увеличивает размеры и границы привлекаемой аудитории, повышает уровень знаний об употреблении алкоголя, способствует организации семейного общения по вопросам алкоголя (Williams, Perry et al., 1995). Метод посланий родителям также применялся в рамках этого проекта (Perry, et al., 2000), но независимых исследований по нему не проводилось. Несмотря на то, что данный метод предлагает относительно лёгкий и недорогой путь регулярного охвата большого количества семей информацией по профилактике, неясно, какова его самостоятельная эффективность в аспекте употребления алкоголя, относительного риска и защитных факторов.    **Г. Стратегии, построенные на базе сообщества**  Интерес к стратегиям профилактики употребления ПАВ молодыми людьми, ориентированным на сообщество, обозначился только в течение последних десяти лет, особенно среди исследователей, разочарованных в школьных профилактических программах. Многие из этих учёных - активные сторонники политико-ориетированного подхода к профилактике, которые придерживаются мнения, что широкое включение сообщества в этот процесс является решающим для его успеха. Большинство данных стратегий сфокусировано на уменьшении доступности алкоголя, что, согласно этиологическим исследованиям, составляет для молодёжи самый сильно действующий фактор риска (Hawkins, et al., 1992; Petraitis, et al., 1995). С целью ограничения этого доступа используется широкий спектр политически-ориентированный подходов, включающий возможность экономического, коммерческого и социального лимитирования алкоголя (Toomey & Wagenaar, 1999). Это подразумевает и общественную (напр., общегосударственные, относящиеся к региону и местные законы), и институциональную (напр., бары, рестораны, магазины) **политику**, которая регулирует продажу, торговлю и потребление алкоголя (Toomey & Wagenaar, 1999).  Одним из наиболее хорошо изученных подходов в политике является акциз на алкоголь. Большое количество экономических замеров показали существование устойчивой обратной зависимости между ценой на алкоголь и его потреблением, а отсюда и проблем, с этим связанных (Edwards, et al., 1994). Высокая цена может значительно уменьшить количество и частоту употребления алкоголя молодыми людьми, включая и  пьющих большие количества алкоголя (Laixuthai & Chaloupka, 1993). Повышение акциза вполне может быть средством увеличения цены на алкоголь в целях сокращения его потребления (и, в том числе, создания резервного бюджетного фонда для финансирования проблем, им обусловленных). Исследования показывают, что повышение акциза с учётом инфляции могло бы быть не менее, а может и более, эффективным средством уменьшения уровня употребления алкоголя всеми группами молодых людей, чем минимальный возраст, начиная с которого можно пить по закону (Grossman, Chaloupka, Saffer & Laixuthai, 1994).  Минимальный легальный возраст для употребления алкоголя является наиболее известным и хорошо изученным (Wagenaar & Toomey, 1998) аспектом политики в сфере профилактики употребления алкоголя молодёжью. На сегодняшний день этот возраст во всех штатах США соответствует 21 году. В России он составляет 18 лет. Огромное количество серьёзных исследований, проведенных в США и других странах, демонстрирует эффективность данного фактора для уменьшения, как потребления алкоголя, так и проблем с этим связанных среди молодёжи (Wagenaar & Toomey, 1998). Вполне возможно, что эффект от этой политики достаточно скромен, но, если рассматривать его относительно всего населения молодого возраста, можно говорить об огромной общественной пользе. Согласно данным Департамента Национальной Безопасности на Дорогах в США (National Highway Traffic Safety Administration), только в 1997 году этот закон предотвратил 846 смертей, а всего 20043 смерти с 1975 года (NHTSA, 2001).  Более активное проведение в жизнь закона  «о легальном возрасте» могло бы повысить его эффективность (Wagenaar & Wolfson, 1995; Wagenaar & Wolfson, 1994). Несмотря на незаконность, больше 80% молодых людей употребляют алкоголь до окончания школы (Johnston, et al., 2001b). С целью уменьшения доступа молодёжи к алкоголю в дальнейшем, применяются разнообразные политико-ориентированные технологии, направленные на его коммерческих и социальных поставщиков; к сожалению, очень немногие из них широко изучены (Toomey & Wagenaar, 1999; Wagenaar & Toomey, 1998). Например, стратегии, применяемые в отношении коммерческих источников алкоголя, включают в себя программы «контрольных закупок» и «тренинг торговых работников». При контрольной закупке в торговую точку посылается человек, выглядящий несовершеннолетним, пытающийся купить алкоголь. Если ему это удаётся, на продавца, произвёдшего продажу, накладывается штраф. «Контрольная закупка» часто сопровождается в торговых точках, торгующих навынос (напр., винные магазины, большие универсамы) такими программами, как тренинг торговых работников. Эти программы также проводятся с работниками коммерческих заведений, продающих алкоголь для потребления внутри (напр., в барах, ресторанах). Продавцы алкоголя тренируются проверять документы, с указанным в них возрастом, отказываются продавать алкогольные напитки уже явно выпившим покупателям, организовывать продажу еды и неалкогольных напитков, не разрешать людям с плохой ориентацией садиться за руль. Имеющиеся свидетельства со всей очевидностью демонстрируют, что «контрольные закупки» заметно уменьшают коммерческую продажу несовершеннолетним, а программы тренингов сами по себе маловероятно приводят к ожидаемому результату (Komro & Toomey, 2002). C целью уменьшения доступности алкоголя, политические методы включают обнародование комплекса законных актов, согласно которым работникам полиции разрешается входить в частные дома, где несовершеннолетние молодые люди пьют алкоголь, а также ставить на алкогольную тару специальные метки, позволяющие представителям закона определить продавца используемого на вечеринке алкоголя и понять, как подростки смогли его достать (Komro & Toomey, 2002).  Как было отмечено выше, многие учёные в области профилактики полагают, что активная позиция сообщества является ключевым компонентом политико-ориентированного подхода. Чтобы это проверить, недавно было проведено несколько интервенций, использовавших возможности **организации сообщества,** чтобы мобилизовать его на изменение местной политики, связанной с употреблением алкоголя молодёжью. Только одна из этих попыток была направлена на применение этого фактора в политике уменьшения социальной и коммерческой доступности алкоголя молодёжи - «Мобилизация сообщества на изменение ситуации с алкоголем» (Communities Mobilizing for Change on Alcohol - CMCA) (Wagenaar, Murray, Wolfson, Forster & Finnegan, 1994). Эта интервенция представляет собой семиступенчатую программу преобразования общественных институтов, рассчитанную на два с половиной года; она предусматривает работу с различными группами, как отдельных людей, так и организаций с использованием стратегии развития и осуществления планов мероприятий, которые должны повлиять на широкий круг политических установок и практики их применения (Wagenaar, et al., 1999) и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002). По данным краткосрочной оценки, эта интервенция продемонстрировала свою успешность в изменении практики продажи в торговых точках, рассчитанных на употребление алкоголя на месте, коррекции точки зрения торговых работников на продажу алкоголя несовершеннолетним, в изменении поведения 18-20-летних молодых людей, их привычки покупать алкоголь в барах, помогать более младшим подросткам доставать алкоголь и уменьшило уровень его употребления (Wagennar, et al., 2000). Однако данная интервенция оказалась неэффективной в изменении поведения более младших подростков (учащихся выпускных классов).  Но, хотя интервенции, проводимые в сообществе, построены на серьёзном теоретическом основании (Wagenaar & Perry, 1994) и широко известны (Klitzner, 1993), необходимо заметить, что этот подход также имеет свои ограничения. В своём обзоре восьми проектов «на базе сообщества» Горман и Спир (Gorman & Speer, 1996) отметили, что эффект от большинства программ минимален и носит краткосрочный характер. Наиболее успешными из них были те, в которых были поставлены специфичные цели, и те, которые смогли вызвать позитивное включение сообщества (Gorman & Speer, 1996).    **2. Многокомпонентные подходы**  Самое последнее поколение стратегий, разработанных в сфере профилактики употребления алкоголя и других наркотиков молодыми людьми, используют многокомпонентный подход. Он представляет комплексную интервенцию, соединяющую школьную программу с использованием ресурсов воздействия сверстников, семьи и/или сообщества, чтобы расширить и усилить контекст адресного воздействия на молодых людей до социального окружения (Flay, 2000). Идея заключается в том, что данный подход может помочь поддержать и закрепить те поведенческие изменения, которые создаст программа, построенная на модели социального влияния. Многокомпонентный подход предусматривает одновременное уменьшение как потребности в алкоголе и других наркотиках (спроса), так и доступность ПАВ (предложение). Многосторонность этого подхода к профилактике считается многими специалистами залогом его успешности в настоящее время (NIDA, 1997; Perry, 1999; Windle & Windle, 1999). Данные интервенции производят в два раза больший эффект, чем школьные программы (Tobler & Stratton, 1997). Однако проведена оценка эффективности лишь несколько многокомпонентных интервенций. Наиболее многосторонними из них, направленными на профилактику употребления, как алкоголя, так и других наркотиков, являются в настоящее время Проект СТАР (STAR - Midwestern Prevention Project) (Johnston, et al., 1990; Pentz, et al., 1989) и Проект Норзленд (Project Northland) (Perry, et al., 1996; Perry, et al., 2002).    ***Проект СТАР (Project STAR)***  Проект СТАР (Project STAR) представляет собой многоуровневую шестилетнюю интервенцию, направленную на профилактику употребления алкоголя, табака, марихуаны и других наркотиков молодыми людьми. Компоненты этой интервенции включают школьную программу, подключение родителей, СМИ, сообщества, организацию и планирование политики в отношении здоровья и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002). В рамках эксперимента были проведены только школьная программа и мероприятия по привлечению родителей. Краткострочная оценка после двух лет проведения программы (в 6-7 классах) показала заметное уменьшение распространения  употребления алкоголя, табака и марихуаны среди подростков (Pentz, et al., 1989). Эти изменения в поведении были, в основном, изменениями в нормативных представлениях (MacKinnon, et al., 1991). Долгосрочная оценка (к концу 10-го класса) выявила продолжительное влияние на снижение употребления табака и марихуаны, за исключением алкоголя (Johnson, et al., 1990). Результаты более строгого исследования повторного проведения данной интервенции (Project I-STAR) ещё не опубликованы (Flay, 2000).    ***Проект Норзленд***  Проект Норзленд (Project Northland) является многокомпонентной интервенцией, направленной на уменьшение употребления алкоголя  среди молодых людей, живущих в сельской местности на севере Миннесоты. Эта область Миннесоты была выбрана, так как занимала ведущее место в штате по уровню проблем, связанных с алкоголем, (NIAAA, 1991). Интервенция в основном построена на теории социального наущения (Bandura, 1977) и делает акцент на изменении, как индивидуальных характеристик, так и факторов окружения (Wagenaar & Perry, 1994) и является модельной программой в США (SAMHSA, 2002).  Проект представляет собой семилетнее исследование, которое можно разделить на три отчётливых фазы. Фаза первая включала трёхлетнюю работу с учащимися с 6 по 8 классы. В течение этого периода, большее внимание уделяется снижению потребности, чем возможности её удовлетворения. Четырьмя компонентами интервенции являются школьная программа, включение в работу фактора «сверстников» (через занятия под руководством лидеров сверстников в рамках школьной программы и альтернативную деятельность), подключение родителей (в основном путём совместных родительско-детских домашних заданий) и задания, связанные с сообществом (Perry, et al., 1993). К концу 8-го класса произошло уменьшение употребления алкоголя и сокращении психологических факторов риска (Perry, et al., 1996). Особенно успешными результаты были среди тех подростков, которые ещё не начали пить к началу 6-го класса, причём это касается также уменьшения распространённости курения табака и марихуаны в этой подгруппе (Perry, et al., 1996). Одним из наиболее важных инструментов проекта на этом этапе является влияние сверстников на употребление алкоголя, функциональное значение алкоголя и общение родителей с детьми на тему употребления алкоголя подростками (Komro, et al., 2001). Для тех, кто ещё не употреблял алкоголь к началу программы, очень важным средством также являются навыки сопротивления в ситуациях, связанных с алкоголем (Komro, et al., 2001). Следующий этап проводился два года в 9 и 10 классах. Эта промежуточная фаза включала минимальную интервенцию, прямо направленную на уменьшение уровня потребления. В 9-ом классе проводилась короткая школьная программа, а в 10-ом не было интервенций. К концу 10-го класса положительные результаты первой фазы ослабились, так что значительных различий в уровне потребления алкоголя и наркотиков между двумя группами (экспериментальной и контрольной) не было (William & Perry, 1998). Заключительная стадия проекта, фаза II, проводилась в течение следующих двух лет, в 11 и 12 классах. Большее внимание здесь уделялось уменьшению возможностей удовлетворения (сокращению доступности), чем самой потребности (спросу). Пять компонентов данной интервенции включали: школьную программу (только для 11-го класса), подключение сверстников (через группы одноклассников, отвечающих за разработку мероприятий с целью воздействия на употребление алкоголя их же сверстниками); привлечение родителей (в основном через рассылку материалов по теме); самоорганизацию сообщества и кампанию в СМИ (Perry, et al., 2000). К концу 12-го класса ещё не было зафиксировано статистически значимого уменьшения распространения употребления алкоголя молодыми людьми в сообществах, где проводилась программа. Однако проект Нортленд смог изменить в позитивную сторону кривую употребления алкоголя. Потребление алкоголя молодыми людьми в условиях интервенции увеличивалось с заметно меньшей скоростью, чем молодями людьми контрольной группы. Интервенция на второй фазе значительно уменьшила коммерческую доступность алкоголя. В конце этой фазы не было различий в условиях, включая различия в других величинах (напр., влияние сверстников) (Perry, et al., 2002).  Обещающие результаты каждой из этих интервенций предполагают, что многокомпонентный подход к профилактике употребления алкоголя и других наркотиков подростками вполне осуществим и эффективен. Подобный многосторонний метод может помочь усилить эффект школьных программ, основанных на использовании социального контекста, действенным изменением состояния окружающего сообщества (Perry & Staufacker, 1996). Было бы вполне оправдано и более широкое изучение этого подхода, так как количество исследований, посвящённых его потенциальным возможностям и «рентабельности» ограничено (Flay, 2000). Например, совершенно неизвестно, какие компоненты более полезны, чем другие, или действительно ли согласованное действие множества компонентов способствует профилактическому эффекту. Но, несмотря на этот исследовательский дефицит, многие учёные в сфере профилактики продолжают рекомендовать для изменения поведения подростков многокомпонентный подход, так как наиболее действенными являются, вероятно, наиболее многосторонние стратегии (Perry, 1999; Smedley & Syme, 2001; Windle, et al., 1996).    **Российский опыт**  ***Проект «Партнеры в профилактике»***  В рамках проекта «Партнеры в профилактике», осуществляемом сектором «Медико-психологической реабилитации» МГППУ в сотрудничестве с университетом Минессота,проводилась культурная адаптация и оценка эффективности программ первой фазы Проекта Норзленд для 6-8 классов с 1997 по 2003 год в Москве (Williams et al., 2001). Для изучения были выбраны три компонента интервенции: школьная программа, включение в работу фактора «сверстников» (через занятия под руководством лидеров сверстников в рамках школьной программы и альтернативную деятельность), подключение родителей (в основном путём совместных родительско-детских домашних заданий и буклетов для родителей).  В апробации профилактических программ в 1999 - 2002 году принимали участие 24 школы Северного административного округа Москвы: 86 классов, 36 учителей, около 2300 учащихся и их родителей. Результаты этого проекта будут описаны в последующих публикациях. | | |  | | --- | |  | |  | |