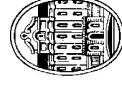


САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет психологии

**НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА
НАРКОСИТУАЦИИ**

Методическое пособие



ИЗДАТЕЛЬСТВО С.-ПЕТЕРБУРГСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
2006

*Печатается по постановлению
Редакционно-издательского совета
факультета психологии
Санкт-Петербургского государственного университета*

Научно-методические основы территориального мониторинга наркоситуации: Методическое пособие. — 2-е изд., доп. — СПб.: Изд-во С.-Петербурга, ун-та, 2006. — 175 с.

Пособие (1-е изд. — 2005) посвящено проблемам разработки и проведения мониторинговых исследований наркопотребления в административно-территориальных образованиях. Сложившаяся в современной России ситуация с употреблением психоактивных веществ рассматривается в широком международном и социально-историческом контексте. Приводятся основные сведения о распространённых в стране наркотиках и токсических опьяняющих веществах. Излагаются технические приемы разработки методического обеспечения мониторинга. Рассматриваются существующие сегодня теоретические подходы, которые могут быть использованы для интерпретации данных мониторинга и выработки на их основе эффективной антинаркотической стратегии.

Пособие предназначено для специалистов государственных и общественных организаций, действующих в сфере контроля наркопотребления, а также для студентов и аспирантов психологических, социологических и философских факультетов университетов, обучающихся по специальностям, связанным с проблематикой общественного здоровья.

ББК 88.4

- © Коллектив авторов, 2006
- © Издательство С.-Петербургского университета, 2006

ВВЕДЕНИЕ

Широкое распространение наркопотребления в России стало знаменательной приметой перемен, в течение уже полутора десятилетий происходящих в стране. Следует признать, что все попытки контроля этого крайне негативного социального явления пока остаются безуспешными. Причины этих неудач следует, по нашему мнению, искать как в состоянии современной российской науки, так и в организации практической деятельности, направленной на контроль наркопотребления.

Нужно сказать, что в своей относительно недавней истории Россия уже сталкивалась с резким ростом наркотизма со всеми приращениями ему тяжёлыми социальными последствиями. Однако в начале XX в., после завершения революционных потрясений и гражданской войны, в условиях формирования тоталитарного режима с этим подъёмом наркотизма удалось справиться относительно быстро. Создание стройной и эффективной системы психиатрической помощи населению, действовавшей в единстве с органами охраны правопорядка, послужило гарантией высокой последующей эффективности контроля наркопотребления почти на всей территории страны.

Хорошо известно, что в условиях общественной стабильности употребление наркотиков характерно лишь для лиц с выраженными психопатологическими чертами характера, тогда как в условиях нестабильности наркопотребление распространяется в населении безотносительно лично-характерологических особенностей потребителей, т. е. в большей мере начинает подчиняться социальным закономерностям. Отсюда становится понятным, что длительное время в нашей стране контроль над наркотизмом рассматривал-

ся как сугубо социально-медицинская проблема, или, говоря современным теоретическим языком, на основе биомедицинской модели болезни.

Однако уже в середине 70-х годов XX в. эффективность социально-медицинского контроля в сфере распространения наркотиков стала быстро снижаться, что, кстати говоря, свидетельствует о нарастании социальной нестабильности уже в этот период развития страны. Однако надежда на биомедицинскую модель болезни сохранилась, в том числе и по идеологическим причинам. В организационном плане это выразилось в произошедшем в 1976 г. отделении наркологической помощи от общей психиатрической и создании сети территориальных наркологических диспансеров. На них были возложены функции организации и координации всей антинаркотической работы на обслуживаемой территории.

Несостоятельность подхода к контролю наркопотребления, полностью основанного на биомедицинской модели болезни, стала особенно очевидной в годы резких социальных изменений в стране. Реакцией государства на эту несостоятельность стало создание Федеральной службы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ (ФСКН). На нее теперь и возложены функции организации и координации антинаркотической работы, что в определенной мере означает возврат к опыту «медицинской полиции», существовавшей в Германии в первой половине XIX в. Естественно, что ФСКН действует на основе прогибационистской (запретительной) модели контроля наркотизма.

Реакцией общества на несостоятельность медицинского подхода к контролю наркопотребления стало возникновение многочисленных добровольных организаций, ставящих своей целью неформальный контроль над распространением наркотиков в обществе. Поскольку эти организации работают в тесном взаимодействии с профильными зарубежными организациями, они основывают свою антинаркотическую работу на принятой сегодня в западных странах модели общественного здоровья.

Таким образом, все основные «действующие лица» антинаркотической работы, проводящейся сегодня в России, исходят из своей, присущей именно их профессиональной деятельности, модели контроля. Более того, все они обладают и соответствующими этой модели «ключевыми компетентностями», вытекающими из характера профессиональной деятельности и опыта работы.

Между тем эффективная социально-управленческая деятельность в столь сложной области, как контроль над распространением наркотиков, требует чрезвычайно широкой профессиональной подготовки, выходящей за пределы не только отдельных специальностей, но и профессий. Это, конечно, прежде всего клиническая психиатрия и наркология, но также и биология, токсикология, эпидемиология, статистика, право, социология, социальная психология, экономика, менеджмент и пр.

Отечественная наука и высшее образование до сих пор строго относятся на безусловном приоритете фундаментального теоретического научного знания над прикладным. В результате в сфере фундаментальных наук хорошо разработаны те разделы знания, использование которых необходимо для протivoдействия нарколизму, но почти не разработаны разделы, необходимые для приложения этих знаний к данной конкретной проблематике. Соответственно готовятся и выпускники вузов.

В предметно-практическом плане это приводит к отсутствию даже самой возможности успешной координации антинаркотической работы, которая в результате сводится к хаотичным несистематическим и не подчиненным достижению каких-либо реальных целей усилиям. И потому влияние подобных усилий на состояние наркопотребления на территории минимально, если оно вообще есть.

Предлагаемое вниманию читателя пособие предназначено для того, чтобы в какой-то мере восполнить существующие пробелы в научно-методическом обеспечении антинаркотической работы. С позиций теории социального управления знание о состоянии объема управления является только первой стадией управленческого цикла. Поэтому материал данного пособия отнюдь не исчерпывает всего объема знаний, необходимого для специалиста в области социальной наркологии, а сосредоточен исключительно вокруг проблематики мониторинга.

Авторы выражают надежду, что предлагаемое пособие позволит организатору антинаркотической работы на территории в его повседневной практической деятельности по налаживанию реального протivoдействия распространению наркотиков среди населения.

В подготовке пособия приняли участие: доктор психологических наук, главный научный сотрудник сектора социологии девиантности и социального контроля Социологического института Российской Академии наук, профессор кафедры социальной психо-

логии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета И. Н. Гурвич (Введение; 1; 1,1; 1,2-1.2.1, 1.2.3; 2; 3-3.1, 3.2, 3.3, 3.6; Заключение); кандидат социологических наук, научный сотрудник сектора социологии девиантности и социального контроля Социологического института Российской Академии наук, доцент кафедры отраслевой и прикладной социологии социологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета М. М. Русакова (1.2.2; 4); кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета Л. А. Цветкова (3.4-3.5).

1. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ

В СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

1.1. Понятие о мониторинге социальных процессов

1.1.1. Цели, задачи и конкретные методологические принципы проведения мониторинга

Мониторинг (от англ. monitor — контролировать, проверять) — это специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля и прогноза. Таким образом, мониторингом называется специальный вид наблюдения. Наблюдение же можно определить как постоянные, продолжающиеся во времени сбор, анализ и распространение определенных данных среди тех, кому они необходимы.

Мониторинг может включать в себя широкий спектр различных методов и процедур, таких, например, как: массовые обследования населения, активное выявление интересующих случаев в популяции или их пассивная регистрация по данным текущего статистического учета, использование специализированных баз данных и регистров, кагамнестическая оценка эффективности направленного вмешательства в негативные социальные процессы, оценка факторов риска для развития определенных болезненных состояний. Мониторинг представляет собой центральную, «сердцевинную» часть любой эффективной системы контроля. Лишь на его основе возможны быстрое оповещение о реальной угрозе для населения и

снижение затрат за счет средств, обычно расходуемых на борьбу с минимыми угрозами.

Мониторинг преследует следующие основные цели. Во-первых, он позволяет выявить широкое распространение (эпидемию) или подъем уровня какого-либо негативного явления у населения. Чем быстрее это выявляется, тем, естественно, эффективнее превенция и программы контроля. Во-вторых, данные мониторинга обеспечивают получение информации о «естественной истории» какого-либо явления. В-третьих, благодаря данным мониторинга можно прогнозировать масштаб и характер распространения этого явления. И, наконец, в-четвертых, мониторинг дает возможность оценить эффективность вмешательства на основе точных количественных показателей.

Общая схема для понимания места данных мониторинга для обеспечения эффективного контроля над каким-либо явлением представлена на схеме. Фактически эта схема наглядно демонстрирует задачи мониторинга.

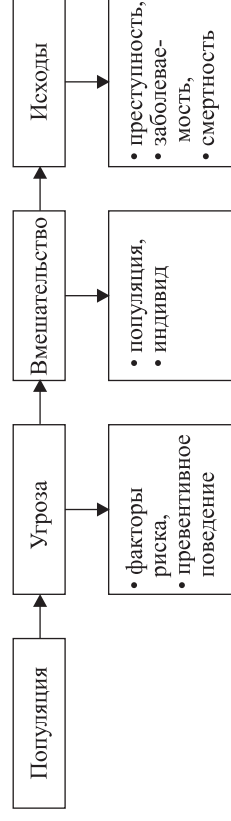


Схема отражает соотношения между популяционными характеристиками и видами данных, подлежащих сбору в процессе мониторинга, выраженные в терминах возможностей для превенции, уровня вмешательства и наиболее важных для состояния населения исходов. Виды данных организованы по их временной последовательности с точки зрения возможностей для превенции: данные об угрозе, данные о вмешательстве и данные об исходах для населения. Данные об угрозе включают в себя данные о факторах риска и превентивном поведении. Данные о вмешательстве состоят из данных о действиях (мероприятиях), направленных на индивиду или на популяцию в целом. Данные о популяции включают в себя показатели, отражающие конечные результаты воздействия повреждающих факторов на население.

С позиций эпидемиологии исследования¹, проводимые на территории с целью мониторинга по своему исследовательскому плану, относятся к так называемым экологическим. Главной отличительной *методологической*² характеристикой экологического исследования является его направленность на выявление отношений между повреждающим фактором и болезненным состоянием, причем скорее на популяционном, чем на индивидуальном уровне.

Популяционный уровень анализа предусматривает использование агрегированных статистических показателей, т. е. тех, которые обобщают особенности отдельных входящих в популяцию индивидов, а также показателей, отражающих состояния социальной среды, в условиях которой эти индивиды проживают или работают. Это могут быть и какие-то переменные «глобального» характера, присущие данной территории в целом, например географическое расположение на путях международного наркобизнеса или состояние наркологической помощи.

Целевые группы идентифицируются в экологическом исследовании либо по географической локализации, либо по времени наблюдения. Для мониторинга характерно одновременное использование обоих этих идентифицирующих параметров. Другими словами, ему присуще сравнение во времени показателей, полученных для популяции, занимающей географически определенную территорию.

Специальным направлением анализа данных, отражающих временные тренды, является вычленение эффектов трех связанных со временем переменных: возраста, календарного года и года рождения. Так, Г. Моргенстерн (1998) изучал смертность от убийств в США за период с 1935 по 1994 г., за время которого смертность по этой причине возросла вдвое, причем наиболее заметный рост наблюдался в 1960–1974 гг. «Пик» смертности приходился на возрастную группу 20–39 лет. Связь смертности с годом рождения не устанавливалась для женщин, однако она была у мужчин, особенно родившихся к 1965 г. Для них отмечался повышенный риск криминальной смерти в период 1985–1994 гг. Причина выявленной зави-

¹Эпидемиология — это изучение распределения и детерминант частоты болезненных состояний в человеческой популяции и приложении результатов такого изучения к проблемам контроля подобных состояний.

²Под методологией здесь понимается наука о совокупности приемов исследования, используемых в некоей конкретной области знания.

симости в течение названного периода заключалась в росте уровня употребления в стране алкоголя и наркотиков, а также в доступности огнестрельного оружия, в чем для мужчин и проявился год рождения.

План экологического исследования имеет ряд очевидных преимуществ с точки зрения целей мониторинга.

— Такое исследование может быть выполнено быстро и сравнительно дешево, поскольку в нем могут быть широко использованы уже имеющиеся данные.

— Анализ и представление данных экологического исследования относительно просты и легки для понимания.

— В подобном исследовании можно изучить широкий круг переменных, влияющих на состояние объекта мониторинга.

— Оно позволяет уловить представляющие особый интерес для целенаправленного вмешательства экологические, т. е. проявляющиеся только на уровне территории в целом, эффекты воздействия переменных.

Однако отсутствие информации на индивидуальном уровне приводит к существенному ограничению в использовании данных экологического исследования, известному как «экологическая ошибка», или «экологическое смещение». Его наглядно иллюстрирует часто приводимая характеристика населения штата Флорида (США), где люди «рождаются латиноамериканцами, а умирают евреями». Обобщенные характеристики населения штата на самом деле мало что говорят об индивидах, проживающих на его территории, поскольку коэффициенты рождаемости и смертности являются средними величинами, вовсе не характеризующими одних и тех же индивидов. Такие несвязанные данные позволяют оценивать только групповые характеристики, а попытки устанавливать на их основе связи на уровне индивида или говорить о причинности совершенно некорректны. Экологическая ошибка происходит из многоуровневой структуры причинности агрегированных экологических данных.

В исследовании, выполненном аспирантом А. А. Яковлевой по проекту Европейского бюро Всемирной Организации здравоохранения в 2003 г., было установлено, что среди уличных проституток Санкт-Петербурга 92,8% употребляли наркотики, причем иньекционно, в течение предшествовавшего опросу года. Такой паттерн употребления свидетельствует о сформировавшейся зависимости,

т. е. о наркомании. Однако это не позволяет утверждать ни что лобная, отдельно взятая, уличная работница коммерческого секса будет наркоманкой, ни что лобная, отдельно взятая, наркоманка будет уличной проституткой. Нельзя на основе этих данных судить и о том, способствует ли уличная проституция формированию наркомании, или наркомания способствует занятости женщин в этой сфере не легального бизнеса, поскольку и проституция, и наркомания — сложные социальные явления с многофакторной и многоуровневой детерминацией. Для устранения экологического смещения в некоторых исследовательских планах предусматривается комбинирование данных, полученных на экологическом и индивидуальном уровнях.

Дополнительные ограничения на использование данных экологических исследований накладывает неспособность таких данных улавливать слабые или отклоняющиеся от линейных связи между факторами и популяционными характеристиками. Это обусловлено их «грубым» характером и отсутствием информации о промежуточных переменных, могущих исказить связи.

Существует важное методическое отличие мониторинга от текущей статистической оценки наркоситуации, которая основывается на регулярном наблюдении уровня определенной совокупности статистических показателей, фиксируемых для общей популяции, в целях выявления их закономерных изменений во времени. Мониторинг же чаще всего ограничивается наблюдением тех подгрупп населения, которые по некоторым соображениям уже идентифицированы как имеющие повышенный риск.

1.1.2. Американское национальное исследование «Мониторинг будущего»

Рассмотрим это исследование в качестве примера, поскольку оно является одним из наиболее методически совершенных из проводимых сегодня в мире мониторинговых исследований наркотребления, начатых в 1975 г. Институтом социальных исследований Мичиганского университета и продолжающихся по сей день при поддержке Национального института здоровья и Национального института злоупотребления вызывающими зависимость веществами США. Последние опубликованные данные относятся к 2003 г.

Исследовательский план. Представляет собой комбинацию кросс-секционного, позволяющего изучить различные внешние факторы и виды поведения, лонгитюдального, дающего возможность оценить изменения факторов и видов поведения во времени, и панельного, благодаря которому можно проследить изменения во времени характеристик тех же индивидов. Кроме того, продолжаясь во времени серия панельных исследований позволяет сравнить характеристики индивидов при последовательном прохождении классов обучения. Такой план называется когортным и дает возможность выделить и объяснить влияние взаимосвязанных временных временного периода, возраста и класса обучения.

Объект мониторинга. Учащиеся старших (12-х) классов средних школ. Они выбраны для мониторинга по следующим соображениям:

— окончание средней школы является окончанием важной стадии развития человека, поскольку означает завершение общего образования, а для многих — еще и расставание с родителями, что позволяет оценить влияние двух этих важнейших видов социального окружения;

— этот момент времени является стартовым для молодежи, падающей затем в различные социальные условия и получающей различный социальный опыт, т. е. это лучшее время для замера переменных «до» влияния на человека в ранней взрослости;

— исходя из требования систематического сбора данных в национальном масштабе, старшие классы школ — последняя точка в жизни популяции, когда достаточно экономично можно получить надежные оценки изменений.

Выборка. Сбор данных осуществляется каждую весну в 120-146 государственных и частных средних школах, отобранных так, чтобы наиболее точно представлять старшеклассников на всей территории Соединенных Штатов. Ограничением выборки является автоматическое исключение из нее всех оставших школу до ее окончания (от 15 до 20% в каждой возрастной группе).

Для получения общенациональной выборки старшеклассников ежегодно реализуется трехстадийная рандомизированная процедура. На первой стадии отбираются отдельные географические районы, на второй — пропорционально размеру района, одна или несколько школ, и на третьей — старшеклассники в каждой школе, около 350 человек. На последней стадии старшеклассники отбира-

ются по какому-либо виду случайной выборки, позволяющей исключить смещение, для предотвращения которого из-за различной вероятности включения в нее отдельных единиц на каждой стадии применяется процедура взвешивания.

Проведение опроса. За 10 дней до опроса в школу высылаются листовки с разъяснением цели исследования. Опрос осуществляется сотрудниками Института социальных исследований по стандартной процедуре, детально описанной в соответствующем Руководстве. Сам опрос проводится в школьных классах в течение обычного школьного учебного дня.

Вопросник. Поскольку его содержание должно перекрывать большое количество тем, все они разделены по шести различным формам, распределяющимся среди участников так, что заполняются они в шести идентичных случайных подвыборках. Около трети вопросов каждой из форм составляют «ключевые», или «сердцевинные», вопросы, общие для всех форм. Это все демографические переменные и практически все вопросы об употреблении непрописанных опьяняющих веществ. Вопросы, отражающие агитацию, убеждения и восприятие релевантных особенностей социального окружения, содержатся только в одной из форм. В 1975-1988 гг. данные этой формы получены по пятой части общей выборки (приблизительно 3300 человек), а с 1989 г. — по шестой части (приблизительно 2600 человек).

Свои методические особенности имеют исследования подгрупп восьми- и десятиклассников.

Статистическая надежность оценок. Доверительный интервал на 95%-ном уровне значимости для преваленса употребления наркотиков в течение жизни, в течение последнего года, последних тридцати дней и для ежедневного употребления составляет $\pm 1,5\%$ для всех классов препаратов и для всех возрастных групп. Другими словами, 95 из 100, например, двенадцатиклассников во всех Соединенных Штатах могут отклоняться от полученных цифр употребления не более чем на 1,5% в большую или меньшую сторону. Столь высокий уровень достоверности выборочных оценок позволяет обнаружить даже очень малые изменения от одного года к другому.

Валидность измерения наркопотребления, основанного на самоотчете. Она изучалась в ряде методических исследований, проведенных параллельно с мониторингом. Показано, что данные

имеют высокую надежность (важнейший компонент валидности), поскольку устанавливается высокая консистентность в данных на протяжении трех-, четырехлетних временных интервалов. Кроме того, имеется высокий уровень консистентности между логически связанными параметрами. Уровень употребления, сообщаемый при опросе, особенно в «пиковые» годы, настолько высок (до 80%), что позволяет говорить об очевидной валидности, так как уровень «недосообщения» может быть только очень низким. Когда старшие классники сообщают о неких своих неназываемых друзьях, о которых им нет смысла искажать сведения, они описывают уровень употребления такой же, как и у них самих. Уровень употребления связан другими аггитодами, видами поведения, убеждениями и социальными ситуациями вполне предсказуемым образом. Пропущенные данные по вопросам, связанным с наркопотреблением, лишь слегка выше, чем по тем вопросам, которые респондентам предлагается пропустить, если он чувствует дискомфорт при их заполнении. В панельных исследованиях респонденты не отказываются от тех данных, которые они сообщали в школьном возрасте. Наконец, при дополнительном расспросе респонденты говорят, что они честно отвечали на вопросы об употреблении запрещенных законом препаратов.

Тенденции наркопотребления. Пример данного исследования позволяет проиллюстрировать возможности мониторинговых исследований для выявления тенденций наркопотребления. Рассмотрим их по некоторым из наиболее распространенных наркотиков, ограничившись только подгруппой учащих выпускных классов и только употреблением в предшествующем опросу году за 29-летний период.

Потребление марихуаны непрерывно росло и достигло «пика» в 1978–1979 гг., а с 1980 г. началось снижение, которое продолжалось до 1992 г. с коротким перерывом в 1985 г. Однако с 1993 г. вновь начался быстрый рост, так что количество потреблявших увеличилось к 1997 г. почти вдвое, с 22 до 39%. С 1998 г. вновь началось снижение, но не такое заметное, как раньше, и в 2003 г. оно было лишь ненамного меньше «пикового» значения — 35%.

Употребление кокаина с 1976 г. до 1979 г. обнаруживало рост популярности среди выпускников школ с ежегодным удвоением преваленса с 6 до 12%. До 1984 г. колебания были невелики, но в 1985–1986 гг. вновь отмечался рост. Далее до 1992 г. фиксирова-

лось снижение с 12,7 до 3,1%. Потом к 1999 г. наблюдалась двойное увеличение, до 6,2%. С 2000 по 2003 г. показатель преваленса сохранялся на уровне около 5%. К 1986 г. получил распространение краэк, но к 1991 г. уровень его потребления начал снижаться. После 1993 г. годовой преваленс употребления краэка медленно рос, с 1,5 до 2,7% в 1999 г., и наконец начал снижаться, до 2,2% в 2003 г.

Потребление ингалянтов росло, но медленно, до конца 1970-х годов. «Пик» был достигнут в 1979 г. и равнялся 5,4%. После некоторого снижения снова начался рост, до 6,2% в 1983 г. Следующий «пик» отмечался в 1995 г., когда преваленс достиг 8%. К 2003 г. он упал наполовину, до 3,9%.

Потребление барбитуратов между 1975 и 1987 гг. снижалось. В 1992 г. уровень их потребителей в течение года уменьшился до 2,8%, что составило лишь треть от уровня 1975 г., когда он равнялся 10,7%. Затем, с колебаниями, начался рост употребления барбитуратов, вплоть до 6,7% в 2002 г., с последующим снижением до 6% в 2003 г.

Годовой преваленс употребления героина снизился за 1975–1979 гг. вдвое, с 1 до 0,5%. Этот уровень держался в течение полутора десятилетий. С 1995 г. начался резкий рост до уровня 1,1%. Затем благодаря массовым антигероиновым кампаниям наступило такое же быстрое снижение, сменившееся к 2000 г. ростом до 1,5%. Однако далее последовало новое снижение до уровня 0,8% в 2003 г.

Подобные данные имеются по всем используемым для достижения опыянения и распространеным в США препаратам, по подгруппам восьми- и десятиклассников и с разбивкой по шести социально-демографическим параметрам: полу, плану поступления в вуз, региону страны, плотности населения, социально-экономическому статусу и расовой (этнической) принадлежности.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое мониторинг, в чем заключаются его основные цели и задачи?
2. В чем состоят особенности исследовательского плана экологического исследования?
3. В чем заключаются ограничения использования данных экологического исследования для оценки состояния популяции?
4. Каковы типичные характеристики мониторингового исследования наркопотребления?

1.2. Социально-исторический контекст мониторингового исследования наркопотребления

1.2.1. Распространение наркотиков как глобальная проблема

Мировое распространение наркотиков может быть охарактеризовано по их производству, трэффику (незаконной транспортировке) и потреблению. Рассмотрим глобальное распространение наркотиков по состоянию на 2003 г.

В наибольшем объеме (76%) нелегальный опиум и героин *производятся* в Афганистане. Далее следуют Мьянма (18%), Лаос (2%) и Колумбия (1%). Около 3% производят Мексика, Пакистан, Таиланд, Вьетнам и другие страны. После значительного снижения производства в 2001–2002 гг., обусловленного запретом культивации опийного мака режимом талибов и снижением производства опиия в Афганистане на 94%, наступило его возобновление до уровня 450 тонн в год. За предшествующий четырехлетний период основной тенденцией производства опиия стало его смещение с Юго-Востока на Юго-Запад Азии. В странах — основных производителей опиия в настоящее время отмечается снижение объема выращиваемого опийного мака, однако о параллельном снижении его поступления на нелегальный рынок говорить трудно, поскольку неизвестны количество опиия, потребляемого на местах, содержание морфина в выращиваемом опиии и эффективность лабораторных процессов по трансформации опиия в морфин, а затем и в героин.

Нелегальное производство коки и соответственно кокаина в Колумбии в течение последних двух лет снижается. Это снижение началось после продолжительного периода роста вследствие кампании колумбийского правительства, направленной на уничтожение плантаций коки. Другими производителями коки являются Перу и Боливия, где площади под кокой, хотя и незначительно, увеличиваются. Ежегодное производство коки в Колумбии, по последним оценкам, составляет 580 тонн (72% мирового производства). Кока, производимая в Колумбии, частично перерабатывается в подпольных лабораториях Перу, где собственное производство составляет 160 тонн (20%). В Боливии уровень ежегодного производства равняется 60 тоннам (8%).

Культивация каннабиса широко распространена в мире, система ее мониторинга отсутствует, нет соответствующих исследований, что делает возможным оценку производства только по косвенным данным о конфискации нелегально выращенного сырья и препаратов. В целом, эти данные говорят о продолжающемся росте культивации каннабиса в мире.

Производство конопли относительно равномерно распределено между странами Африки, Европы, Америки и Азии. *Трэффик* — преимущественно внутрирегиональный. Источником каннабиса прежде всего являются такие страны, как Албания, Колумбия, ЮАР, Российская Федерация, Ямайка и Нидерланды. С 1998 г. к ним можно добавить Таиланд, Гану и Парагвай. По объему перевозимого наркотика важную роль играют также Мексика, Канада и США. Смола каннабиса в своих основных объемах производится в Марокко, Афганистане и Пакистане. Другими важнейшими поставщиками смолы являются страны Центральной Азии и Российская Федерация.

Амфетамины, находящиеся в нелегальном обороте, производятся преимущественно в подпольных лабораториях. Поэтому оценить уровень их производства можно только по данным о конфискации. Мировой объем конфискованного амфетамина и метамфетамина составил в 2000 г. 41 тонну, а в 2001 г. — 26 тонн. По группе экстази в обоих названных годах объем конфиската равнялся 5 тоннам. Если в начале 1990-х годов амфетамины производили 18% обнаруженных подпольных лабораторий, то в 2001 г. эта доля равнялась 75%. Само количество таких лабораторий выросло с 1991 г. на 35%. В течение последних двух десятилетий продукция подпольных лабораторий сместилась с амфетамина к метамфетамину. Данные по препаратам группы экстази и прекурсорам подтверждают закономерность роста производства.

Трэффик наркотиков, по данным изъятий 2001 г., при пересечении границ имел следующую структуру: каннабис — 48%, амфетамины — 22, опиаты — 21, кокаин — 7%. По сравнению с серединой 1990-х годов доля амфетаминов выросла вдвое, тогда как доля опиатов и каннабиса снизилась.

Рассмотрим основные маршруты трэффика незаконных опьяняющих веществ. Смола каннабиса (гашиш) поступает: в Канаду — в основном из стран Африканского континента и Карибского бассейна, в страны Европейского Союза — из Турции и Ира-

на, в страны Ближнего Востока и в Австралию — из Ирака, Омана и Объединенных Арабских Эмиратов, в страны Центральной Европы — из стран Северной Африки. В Российской Федерации радио смола каннабиса поступает лишь из стран Центральной Азии.

Амфетамины поступают преимущественно: в США — из Канады и Мексики, в страны Латинской Америки, Западной Африки и Индокитая — из стран Европейского Союза, в Северные страны — из стран Европейского Союза и Центральной Европы, в Австралию — из стран Юго-Западной Азии, в Российскую Федерацию — из Северных стран.

Героин и морфин поступают: в США — из стран Юго-Западной Азии, Латинской Америки и Западной Африки, в Южную Африку — из Юго-Западной Азии, в страны Европейского Союза, Центральной и Северной Европы — из Афганистана, в Австралию — из стран Юго-Западной Азии, в Российскую Федерацию — из Казахстана и стран Центральной Азии.

Кокаин распространяется из стран Центральной и Южной Америки по всем континентам, однако иногда через промежуточные перевалочные пункты. Для Южной Африки основными местами расположения таких пунктов являются страны Западной Африки, Ближнего и Среднего Востока, для Индии и Пакистана — страны Западной Африки, для стран Европейского Союза и для Российской Федерации — страны Центральной Европы.

В общем, если судить по данным о конфискациях при пересечении границ, то Российская Федерация не занимает заметного места в международном наркотрафике.

Наркотребление в мировом масштабе, по последним оценкам (2000–2001 гг.), охватило: для каннабиса — около 160 млн человек, для амфетаминов — 34 млн человек и еще 8 млн — для препаратов группы экстази, для опиатов и для кокаина — приблизительно 14–15 млн человек, причем из препаратов опиата около 10 млн человек употребляют героин. Таким образом, число лиц, злоупотребляющих наркотиками, составляет около 200 млн человек, т. е. 3,4% от всего населения мира, или 4,7% от числа лиц в возрасте 15 лет и старше. Поскольку злоупотребляющие приемом наркотиков лица зачастую используют более чем один препарат, приведенные данные не позволяют, конечно, говорить о точной численности потребителей.

Из стран, представляющих в международных организации сведения о состоянии наркотребления на их территории (92 страны), сообщили о росте наркотребления к 2001 г.: героина — 84%, амфетаминов — 84, каннабиса — 85, экстази — 93 и кокаина — 95%. Число стран, сообщивших о росте или снижении потребления, было приблизительно одинаковым для опиата, морфина, галлюциногенов и барбитуратов.

По показателю злоупотребления опиатами (доля в популяции в возрасте 15 лет и старше) среди регионов мира лидирует Центральная и Восточная Европа (1,08%). Далее следуют Океания (0,63%), Северная Америка (0,48%) и Западная Европа (0,42%). Замыкают этот список Азия (0,29%), Африка (0,20%) и Южная Америка (0,12%). К странам с наиболее высоким уровнем злоупотребления (свыше 1% популяции) относятся в мире только Россия. Высокий уровень злоупотребления (от 0,5 до 1%) отмечается в США, Австралии, Новой Зеландии, Таиланде, Афганистане, Пакистане, Нигерии и Испании.

Среди европейских стран наибольший за последние годы рост злоупотребления героином отмечался в Российской Федерации. Существенный рост был также в Польше, Румынии, Белоруссии, Киргизии, Молдове, Латвии и Македонии. Существенное снижение злоупотребления героином отмечено на Украине и в Азербайджане. По показателю злоупотребления кокаином среди регионов мира лидируют Северная Америка (2,03%), Западная Европа (1,06%) и Океания (1,03%). Несколько ниже уровень этого показателя в Южной Америке (0,94%). Минимальные значения отмечаются для Африки (0,2%), Восточной Европы (0,09%) и Азии (0,01%). Соответственно к странам с очень высоким (более 2% популяции) уровнем злоупотребления относятся США, Франция, Германия и Австрия. Высокий уровень злоупотребления (свыше 1,5% — 2% популяции) отмечен в Аргентине и Чили, а относительно высокий уровень (свыше 1% — 1,5%) — в Канаде и в Австралии.

Наиболее резкий рост злоупотребления кокаином отмечался за последние годы в Никарагуа, Панаме, Венесуэле, Суринаме, Дании, Испании, Португалии, Нигерии, Анголе и Замбии. Существенный рост отмечался в Колумбии, Эквадоре, Перу, Бразилии, Парагвае, Аргентине, Скандинавских странах, Великобритании, Франции, Италии, странах Балканского полуострова, Польше, Чехии, Словакии, Румынии, Гане, Того, Дагомее, Камеруне, Нами-

бии и Танзании. По России достоверных данных нет ни в отношении уровня, ни в отношении тенденций злоупотребления кокаином.

По показателю злоупотребления каннабисом среди регионов мира первые места занимают Океания (16,89%), Африка (8,60%) и Северная Америка (7,53%), далее следуют Западная Европа (7,16%) и Южная Америка (4,56%). Восточная Европа (3,29%) и Азия (2,17%) замыкают этот список. К странам, где наиболее высок уровень злоупотребления каннабисом (более 5% популяции), относятся США, Венесуэла, Испания, Франция, Бельгия, Нидерланды, Нигерия и Австралия. Относительно высок уровень злоупотребления в Марокко и Таджикистане. Российская Федерация входит в группу стран с наиболее низким уровнем злоупотребления каннабисом (менее 1% популяции).

Наибольший рост злоупотребления за последние годы отмечается в Панаме, Бразилии, Боливии, Парагвае, Испании, Франции, Бельгии, Нидерландах, Германии, Польше, Греции, Сербии, Хорватии, Заире, Кении, Уганде, Намибии, Анголе, Замбии, Танзании, Индии, Пакистане и Японии. Существенный рост злоупотребления отмечен в Мексике, Перу, Аргентине, Чили, Дании, Великобритания, Швеции, Португалии, Италии, Австрии, Чехии, Словакии, Ливии, Арабской Республике Египет, Эфиопии, Заире, Нигерии, Гане, Малагасийской Республике, Иране, Сирии, Ливане, Монголии и Индонезии. В Российской Федерации этот показатель остается стабильным.

По уровню злоупотребления амфетаминами на первом месте среди регионов мира находится Океания (2,78% среди населения в возрасте 15 лет и старше). Далее следуют Южная Америка (1,04%) и Азия (0,89%). Европа и Африка демонстрируют одинаково низкий уровень злоупотребления амфетаминами — 0,5%. Картина глобального распределения злоупотребления экстази несколько иная. Лидирует здесь также Океания (2,15%), однако далее следуют Северная Америка (1,11%) и Западная Европа (0,78%). Для других регионов мира злоупотребление экстази малохарактерно и составляет: для Центральной и Восточной Европы — 0,13%, для Южной Америки — 0,12%, для Азии — 0,01%, для Африки — 0,002%.

Наибольший рост злоупотребления амфетаминами за последние годы отмечался в следующих странах: Германии, Польше, Чехии, Словакии, Украине, Сербии, Хорватии, Намибии, Южно-

Африканской Республике, Китае, Японии, Таиланде и Индонезии. Существенный рост имелся также в США, Мексике, Аргентине, Боливии, Гайане, Северных странах, Венгрии, Турции, Арабской Республике Египет, Чаде, Камеруне, Буркина Фасо, Индии, Пакистане, Бирме, Лаосе, Вьетнаме и Южной Корее.

Наибольший рост злоупотреблением экстази за последние годы отмечен в США, Панаме, Колумбии, Доминиканской Республике, Великобритании, Испании, Венгрии, Чехии, Словакии, Румынии, Намибии, Японии, Вьетнаме. Существенный рост отмечался также в Канаде, Перу, Чили, Аргентине, Северных странах, Португалии, Франции, Германии, Греции, Китае и Австралии. Для Российской Федерации как по амфетаминам в целом, так и по группе экстази соответствующих данных нет.

1.2.2. История наркотребления на территории России

На исторические особенности формирования наркотребления в нашей стране оказали влияние следующие факторы. В процессе своего исторического развития и географического расширения Россия охватила ряд территориальных образований, где потребление наркотиков было глубоко укоренившейся традицией. Это — Средняя Азия, Дальний Восток, Кавказ. Крупные же города Европейской части страны, прежде всего Москва и Санкт-Петербург, являлись центрами философских и религиозных течений, различных модных веяний, производства и внедрения новых лекарств. Таким образом, Россия обладала, с одной стороны, обширной сырьевой базой и новыми технологиями, а с другой — готовностью к восприятию модных европейских и восточных идейных течений. Однако наркополитика в советской и постсоветской России традиционно отстает от наркополитики западных стран на несколько десятилетий.

Более двух тысяч лет назад греческий историк Геродот, рассказывая о Скифии, описывал курение ее жителями каких-то трав для достижения опьянения, распространенное на огромной территории к северу от Кавказа и Черного моря. Авторы, описывавшие политическую ситуацию в Средней Азии после ее присоединения к России в XIX в., отмечали там значительное распространение

наркомании. По распоряжениям администрации русского Притяньшанья уничтожались посевы мака и конопли, выращиваемые для получения сырья. В Туркестанский край наркотики проникали из Китая. В психиатрических больницах городов Перовска и Верного в историях болезни часто стоял диагноз «наркомания».

В конце XIX — первой половине XX в. около 50% зарегистрированных потребителей наркотиков составляли врачи. Многие из них изучали действие различных наркотических препаратов, прежде всего кокаина, не только на пациентах, но и на себе. Нередки были случаи смертей от передозировки. В период франко-прусской войны в Европе началась «наркотическая эпидемия», возникновению которой, как считается, способствовало изобретение шприца. По оценке русских врачей, она затронула и нашу страну. В публицистических работах конца XIX в. описывалось употребление морфина в специальных «институтах наркоманов». Более склонными к морфинизму в тот период оказались женщины. Среди них уже тогда фиксировались случаи воровства, подлога и других противоправных действий.

В начале XX в. опиий, применяемый для лечебных целей, официально завозился в Россию из Турции. Однако отсутствие собственного производства являлось предлогом для выращивания опиийного мака населением Средней Азии. В 1916 г. по решению правительства было организовано возделывание снежного мака и промышленное производство опиума — лекарственного препарата. В своем отчете о путешествии в 1916 г. на Памир Н. И. Вавилов отметил наличие посевов конопли, используемой для получения гашиша и заменяющей запрещенную русскими пограничниками культуру опиийного мака.

В дореволюционном Узбекистане гашиш и другие наркотики растительного происхождения можно было купить на базаре, в мелких лавках, в любой чайхане. Гашиш использовался для приготовления халвы и конфет, опиий широко применялся как местными лекарями, так и дипломированными врачами. В медицинской литературе начала XX в. описывалось распространение наркотиков детьми и подростками из «малокультурного слоя» в Москве — на Сухаревке и окружающих ее улицах. Там в неограниченном количестве можно было приобрести морфий, кокаин, хлорал и героин. Тогда же были охарактеризованы особенности течения кокаинизма в детском возрасте, отмечен переход к кокаину после употребления

морфина. Большое влияние на рост наркомании в стране оказала Первая мировая война.

Значительная вспышка потребления наркотиков в период гражданской войны наблюдалась на Дальнем Востоке. Несмотря на обширную собственную сырьевую базу для производства наркотиков в бассейне Амура, основная их масса доставлялась контрабандным путем.

В середине 20-х годов широкое распространение в стране получил кокаин. Большую часть кокаинистов составляли дети и подростки в возрасте до 20 лет. В Россию спекулянтами привозились немцевкий, польский и японский кокаин. Многие специалисты видели основные причины его распространения в повальном невежестве, нищете и беспризорности. Согласно некоторым исследователям данным, доля несовершеннолетних, употреблявших наркотики, достигла 10% общего их числа. В начале 20-х годов в Москве открылась секция по борьбе с наркотизмом среди детей. С середины 20-х годов начали работать курсы подготовки и усовершенствования работников, занятых в этой сфере. 8–10 декабря 1923 г. состоялась научная конференция по проблеме детского наркотизма. В Москве большие госпитализировались в Преображенскую психиатрическую клинику, а совершившие преступления помещались в трудовой дом для несовершеннолетних правонарушителей.

В 1917–1921 гг. законодательством были предусмотрены такие составы преступлений, как изготовление наркотических веществ и торговля ими. В первых Уголовных кодексах советских республик эти составы преступлений отсутствовали. В УК УССР 1922 г. имелась общая норма (ст. 215), согласно которой признавалось преступлением изготовление ядовитых и сильнодействующих веществ, но сам их перечень отсутствовал. Аналогичные нормы содержались также в УК Азербайджанской ССР 1922 г. (ст. 215), Грузинской ССР 1922 г. (ст. 221) и в кодексах некоторых других союзных республик. В стране в целом уголовная ответственность за незаконное изготовление, сбыт наркотических веществ, а также посев опиийных культур была установлена в 1921 г. по инициативе В. И. Ленина.

Период после образования Союза ССР характеризуется дальнейшим развитием законодательства по борьбе с незаконным изготовлением и распространением наркотических веществ. В первые годы этого периода был принят целый ряд нормативных актов,

устанавливающих государственную монополию на торговлю наркотическими веществами, порядок их отпуска и учета. В 1924 г. было создано государственное общество по сбору и переработке опиума, а 27 августа 1926 г. на опий вводятся государственная монополия, и в дальнейшем он становится предметом экспорта. Действовавшие уголовные кодексы были дополнены статьями, которые предусматривали ответственность за незаконное изготовление и сбыт наркотических веществ. Специальные статьи, широко регламентирующие борьбу с преступлениями, связанными с наркотиками, были закреплены в Уголовных кодексах 1926–1928 гг. В декабре 1934 г. специальным постановлением Совета Народных Комиссаров была признана одурманивающим веществом индийская конопля, и за ее посев предусматривалось наказание в виде лишения свободы.

В 20–30-е годы среди специалистов и широкой публики сформировалось понимание наркомании как болезни, но болезни необычной, «порочной», связанной с условиями жизни, поскольку она имела наибольшее распространение среди деклассированных элементов — бродяг, проституток, преступников. Существует мнение, что с 30-х годов уровень наркомании начал снижаться, а новые случаи заболевания были связаны исключительно с неправильной врачебной практикой. Заметный подъем наркомании вновь начался во время Второй мировой войны.

Минувшие войны значительно увеличили количество наркоманов (главным образом — морфинистов), состоявших на диспансерном учете. Это не было отражено в доступных отечественных статистических источниках, однако существуют свидетельства, относящиеся к 40-м годам, о том, что наркотики довольно широко продавались на «черном рынке», а также о последствиях применения боеутоляющих средств в военных госпиталях. К 50-м годам в структуре наркопотребления наряду с опиатами стали доминировать и барбитураты.

В 1959–1961 гг. были приняты республиканские уголовные кодексы. Произошла дифференциация уголовной ответственности, отражающая тенденцию к усилению борьбы с незаконным изготовлением, распространением и потреблением наркотических веществ. В 60–70-е годы на распространение наркотиков среди молодежи стали оказывать относительно новые для страны влияния: западной молодежной культуры, воплощенной в модных течениях в музыке и одежде, криминального мира и применения допинга в

спорте. В этот период, по утверждению специалистов, СССР стал перевалочной базой для транзита наркотиков из Афганистана, Сирии, Турции и некоторых других стран в Западную Европу. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 14 декабря 1963 г. была ратифицирована Единая конвенция о наркотических веществах 1961 г., установившая международный контроль за изготовлением, хранением и оборотом наркотических средств, урегулировавшая ряд процедурных и организационных вопросов и давшая рекомендации относительно лечения наркозависимых.

В 70-х годы наркотики, прежде всего анаша и гааллюциногены, постепенно стали важной частью неформальных молодежных движений. В 1971 г. на конференции в Вене, где участвовали 90 стран, включая СССР, была принята Конвенция о психотропных веществах. 25 августа 1972 г. появился Указ Президиума Верховного Совета РСФСР, вводящий принудительное лечение больных наркоманией в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения, а в случаях уклонения от лечения — в лечебно-трудовых профилакториях. 25 апреля 1974 г. вышел Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с наркоманией», где было сформулировано несколько новых составов преступлений, в частности хищение наркотических средств, организация и содержание притонов для их потребления, незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств без цели сбыта. В отдельную статью Указом были выделены нормы об ответственности за посев или выращивание запрещенных к возделыванию культур, содержащих наркотические вещества, и установлена административная ответственность за потребление наркотических веществ без назначения врача.

В 80-е годы ведущим тезисом официальной пропаганды по вопросам употребления наркотиков стало утверждение о том, что, в отличие от капиталистических стран, в нашей стране нет социальных причин для наркотизма. Образ наркомана трактовался как образ преступника, и отношение к нему должно было быть соответствующим. Вся антинаркотическая политика этого периода базируется на жестком административном давлении, что привело к возникновению серьезных деонтологических и правовых проблем во взаимодействии наркологической службы, общечеловеческой сети административных и правоохранительных структур. Это крайне затруднило раннее выявление лиц, нуждающихся в наркологиче-

ской помощи. Опасения потребителей наркотиков и членов их социального окружения относительно неминуемых карательных и дисциплинарных мер обусловили массовое уклонение от наблюдения, лечения и любых контактов с государственными организациями.

В результате проводимой в это время политики в поле зрения врачей и правоохранительных органов наркозависимые попадали преимущественно на поздних стадиях заболевания, с уже сформировавшейся личностной деградацией и выраженной социальной дезадаптацией. Большая часть исследований наркомании проводилась в лечебно-профилактических наркологических учреждениях и местах лишения свободы, что привело к искаженному представлению о проблеме наркотизма и во многом спровоцировало негативное восприятие наркопотребителей обществом.

Основной группой риска в 80-е годы стали неформальные молодежные группировки. Со второй половины этого десятилетия стало заметным размытие границ между ними и нормативно ориентированной, идеологизированной молодежью. Наркотики постепенно стали частью молодежной субкультуры как культуры определенной возрастной субпопуляции, характеризующейся общностью стиля жизни, стереотипов восприятия и поведения, способов самореализации.

Потребление наркотиков широко распространилось среди лиц, находившихся в пенитенциарных учреждениях, причем чаще всего именно там происходила первая проба. Медицинская помощь наркоманам была минимальной по своему объему. Это обусловились ограничениями на применение ряда лекарственных препаратов при купировании абстинентного синдрома, нехваткой профильного коечного фонда, отсутствием системы психологической реабилитации, пугающей население постановкой на наркологический учет, запретом уже тогда хорошо известной отечественным специалистам заместительной терапии.

В этот период на фоне широкого интереса молодежи к философским течениям, связанным с изменением сознания, все более распространялись станювачы ЛСД и другие психоделики. Резко возрастает потребление токсических веществ среди детей младшего и среднего школьного возраста. С 22 июня 1987 г. Указом Президента Верховного Совета СССР «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР» вводится административная ответственность за незаконное приобретение или хранение

наркотических средств без цели сбыта в небольших размерах.

В условиях системного кризиса 90-х годов и сопровождавших его быстрых социальных изменений, выраженной дерегуляции социального поведения произошло закономерное увеличение уровня всех форм девиантного поведения в обществе, включая, конечно, и наркотизм. Политика открытости имела одним из своих следствий массовое проникновение в страну наркотиков, популярный на Западе: кокаина, героина, галлюциногенов. Крупномасштабное производство наркотиков началось во многих странах Центральной и Восточной Европы, более всего — в Чешской Республике, Польше, Латвии и Венгрии. В Азербайджане было налажено производство синтетических опиатов.

Ленинград — Санкт-Петербург стал одним из крупнейших в стране центров производства синтетических наркотиков. Этому способствовали отсутствие контроля за исходными химическими компонентами (прекурсорами), безработица среди высококвалифицированных специалистов-химиков, незагруженность многочисленных химических лабораторий и экспериментальных производств.

В течение 90-х годов мода на наркотики прочно вошла в молодежную субкультуру в качестве ее составной части. Основными местами распространения синтетических наркотиков стали клубы и дискотеки. Тем не менее преобладание препаратов каннабиса и опия в структуре потребления сохранилось. Наиболее модными наркотиками 90-х годов явились кокаин и героин. Значительное развитие на рынке наркотиков получили гибкие и эффективные маркетинговые технологии. Потребление наркотиков феминизировалось и омолодилось. Детская токсикомания начала вытесняться наркоманией. Ситуация стала во многом сходной с периодом 20-х годов.

В 1993 г. был внесен ряд поправок в Уголовный кодекс, в том числе и в ст. 224. Отмена уголовной ответственности за употребление наркотических средств была полумерой в направлении либерализации антинаркотической политики, поскольку невозможно потребить наркотики, не приобретая, не изготавливая и не храня их, а все это осталось преступлением. 24 мая 1996 г. был принят новый Уголовный кодекс, в основном сохранивший ту же политику. Однако формально в нем предусматривалась ответственность за незаконное приобретение или хранение наркотических средств или психотропных веществ (без цели сбыта) в крупном размере. Сохра-

1.2.3. Актуальная наркоситуация в Российской Федерации

Под актуальной наркоситуацией здесь и далее подразумевается наркопотребление на конец 2002 г., последнего, на который имелись опубликованные во время написания работы данные. Приводятся и некоторые сведения о динамике наркоситуации начиная с 1999 г., позволяющие в какой-то мере судить о ближайших тенденциях ее развития.

В 2002 г. число больных психическими и поведенческими расстройствами (ППР), связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), составило в расчете на 100 тыс. человек населения 334,7 или 482 тыс. человек. Прирост этого показателя с 1999 г. равняется 35,5%. В структуре наблюдавшегося психиагриами-наркологами контингента 67,0% составили больные наркоманией. Доля употреблявших наркотики с вредными последствиями равнялась 26,1%. Больные токсикоманией составили 2,6%, а употреблявшие ненаркотические средства с вредными последствиями — 4,3% наблюдавшегося контингента.

За анализируемый период учтенная распространенность наркомании увеличилась на 55,2%, при этом показатель составил в 2002 г. 224,1 больных на 100 тыс. человек. Однако прирост показателя неуклонно снижался, так что в 2002 г. его уровень фактически равнялся уровню 2001 г. Такое замедление темпов роста показателя было обусловлено снижением первичной заболеваемости наркоманией.

Показатель употребления наркотиков с вредными последствиями вырос за данный период на 12,6%, однако его «пик» наблюдался в 2001 г., когда он равнялся 91,3 на 100 тыс. человек населения. В 2002 г. этот показатель несколько снизился и составил 87,3.

Число больных токсикоманией на конец 2002 г. составило 12,7 тыс. человек, или 8,8 больных на 100 тыс. человек населения, а число лиц, употреблявших ненаркотические средства с вредными для здоровья последствиями, — 20,8 тыс. человек, или 14,5 на 100 человек населения.

В 2002 г. наметилась тенденция роста токсикомании и употребления ненаркотических веществ с вредными для здоровья последствиями: показатель распространенности токсикомании увеличился по сравнению с 2001 г. на 6,0%, пагубного употребления ненарко-

29

нилось и принудительное лечение для лиц, страдающих наркоманией (ст. 97, 99, 104). 15 апреля 1998 г. был принят новый Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», означавший, по-скольку им предусматривалась уголовная ответственность за потребление наркотиков, отказ от политики либерализации. Прилагаемый к закону «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» разрешил хранение определенного количества наркотиков. В результате его применения свыше 90% осужденных за преступления, связанные с наркотиками, являлись потребителями и лишь менее 10% были осуждены за сбыт наркотических средств или действия, подготавливающие сбыт. В настоящее время размеры хранения наркотиков пересмотрены в сторону их увеличения.

Согласно имеющимся статистическим данным, резкий рост наркотизации населения страны начался с 1985 г. Приведем центральные характеристики этого роста в 1980–1990-х годах (табл. 1).

Таблица 1. Динамика показателей наркотизации населения: 1980–1990-е годы

Показатель	Начальный год периода, 0/000	Конечный год периода, 0/000	Рост или снижение
Состоят на учете больных наркоманией, на 100 тыс. человек населения	10,0 (1984)	60,0 (1996)	Рост в 6 раз
Злоупотребляющих наркотическими средствами, на 100 тыс. человек населения	17,5 (1988)	35,8 (1996)	Рост в 2 раза
Состоят на учете больных токсикоманией, на 100 тыс. человек населения	1,2 (1984)	6,3 (1996)	Рост в 5,3 раза
Злоупотребляющих психотропными средствами, на 100 тыс. человек населения	9,9 (1988)	14,4 (1996)	Рост в 1,5 раза
Зарегистрированные преступления, связанные с наркотиками, на 100 тыс. человек населения	12,7 (1987)	129,6 (1998)	Рост в 10,2 раза
Приговорены к лишению свободы за совершение преступлений, связанных с наркотиками, доля от общего числа осужденных	45,6 (1989)	38,0 (1998)	Снижение в 1,2 раза

28

тических средств — на 11,5%. Причиной этого явилось увеличение числа первичных случаев этих расстройств в последние два года анализируемого периода.

Распространенность учтенной наркомании — наиболее тяжелого из связанных с употреблением ПАВ расстройств, в субъектах Российской Федерации (без учета Чеченской Республики) изменилась следующим образом. В 1999 г. в 72,2%, т. е. в большинстве субъектов Федерации, уровень наркомании был относительно невысок и составлял 25,0, или 199,9 больших на 100 тыс. человек населения. В 8,8% субъектов показатель имел значение ниже 25,0 больших на 100 тыс. человек населения, а в 19,0% этот показатель составлял 200,0 и более. Из федеральных округов выше уровня РФ отмечались показатели в Сибирском — 257,9, Уральском — 213,5, Дальневосточном — 187,3 и Южном — 167,3, несколько ниже уровня РФ — в Приволжском — 121,6, а наиболее низкие — в Северо-Западном — 81,5 и Центральном — 80,2 на 100 тыс. человек населения.

В 2002 г. средний уровень распространенности наркомании отмечен лишь в 68,4% субъектов Федерации, высокий уровень — в 30,4%, а низкий — только в одном. Ученная распространенность наркомании выросла во всех федеральных округах, причем наиболее высокого уровня показатель достиг в Сибирском (401,7) и Уральском (329,1) округах. Несколько ниже он был в Дальневосточном (295,4), Южном (224,9) и Приволжском (207,2) округах. Минимальные показатели по-прежнему отмечались в Северо-Западном (140,6) и Центральном (127,8) федеральном округах³. Однако наибольшие темпы прироста отмечались в тех округах, где в 1999 г. имелись низкие показатели распространности наркомании. Таким образом, в течение рассматриваемого периода произошло дило нивелирование распространенности наркомании в различных субъектах Федерации, как бы «подтягивание» территорий с низким уровнем распространенности к среднему для Российской Федерации уровню.

³Возможно, относительно низкие показатели учтенной распространенности наркомании (болезненности) в Центральном и Северо-Западном федеральном округах обусловлены более высоким материальным благосостоянием населения Москвы и Санкт-Петербурга. Это может иметь следствием, помимо прочего, и развитие государственной наркологической помощи, не заинтересованной по фискальным соображениям предоставлять полную статистическую информацию о количестве обрабатываемых.

Распространенность токсикомании в 2002 г. имела выраженные региональные различия. Наиболее высокие показатели отмечались в Дальневосточном — 20,0 и Уральском — 15,1 федеральных округах на 100 тыс. человек населения.

Уровень на 100 тыс. человек населения и удельный вес отдельных учтенных наркологических расстройств в 2002 г. были следующими: опиная наркомания — 222,6 (89,1%), гашишная наркомания — 14,3 (5,6%), кокаиновая наркомания — 0,06 (0,0%), наркомания вследствие употребления стимуляторов — 4,2 (1,7%), наркомания вследствие употребления других наркотиков и в сочетании с другими — 9,1 (3,6%).

Распространенность расстройств, связанных с употреблением ПАВ, существенно варьирует в зависимости от пола и проживания в городской или сельской местности. Эта распространенность многократно выше среди мужчин, чем среди женщин, и в городах выше, чем среди сельского населения. Наиболее пораженными наркоманией являются, таким образом, мужчины-горожане. Однако наблюдаемые наркологами женщины страдают расстройствами большей тяжести по сравнению с наблюдаемыми мужчинами. В городах выше доля больных опиной наркоманией, тогда как у жителей села чаще диагностируется гашишизм.

Данные опросов населения демонстрируют картину употребления ПАВ, весьма отличную от данных статистики, основанной на обращаемости за лечебно-профилактической помощью. Приведем результаты двух опросных исследований молодежи (до 19 лет) по Санкт-Петербургу (табл. 2).

При сравнении выборки 1999 и 2002 гг. прежде всего обращает на себя внимание увеличение «жизненного преваленса» употребления практически всех психоактивных веществ, за исключением галлюцинозенов. «Месячный преваленс», с большой вероятностью отражающий пагтерн употребления при наличии зависимости, т. е. наркомании или токсикомании, тоже вырос, причем в 3,7 раза.

Общий «жизненный преваленс» употребления во второй выборке оказался в 2,9 раза ниже по сравнению с первой. Это объясняется составом выборки: первая представляла всю молодежную субпопуляцию, тогда как вторая — студентов наиболее престижного вуза города. Естественно, опыт употребления наркотиков здесь выступил фактором селекции, снижая вероятность поступления в вуз. Однако употребление никакого из ПАВ, относительно которых

проводился опрос, не могло, конечно, увеличить такую вероятность. Поэтому различия в относительном уровне употребления отдельных психоактивных препаратов следует отнести главным образом за счет временного тренда.

Таблица 2. Уровень подростковой наркотизации в Санкт-Петербурге по результатам двух исследований, проведенных Социологическим институтом РАН и факультетом психологии СПбГУ, %

Индикаторы	Характеристики наркопотребления	
	Популяционная выборка, $n=239$ 1999 г.	Студенты СПбГУ, квотная выборка, $n=400$ 2002 г.
Опнаты	2,9	9,0
Кокаин	2,9	10,0
Препараты конопли	79,4	89,0
Барбитуралы	12,1	33,0
Стимуляторы	12,1	28,0
Галлоциногены	6,1	6,0
ЛОС	15,2	21,0
Агропиподобные препараты	12,1	30,0
Имеют опыт употребления опьяняющих веществ в течение жизни	84,9	29,0
Актуальное (в течение месяца) потребление (в опросом) употреблении непписанных опьяняющих веществ	5,9	22,0

В структуре употребления ПАВ в эти годы первое место устойчиво занимают препараты конопли. На втором месте в 1999 г. находились летучие органические соединения (ингалянты), а в 2002 г. — барбитураты. Места в структуре потребления стимуляторов и агропиподобных препаратов остались фактически прежними, но в 2002 г. к ним по удельному весу уже стали приближаться кокаин и героин.

Количество зарегистрированных преступлений, связанных с наркотиками, на 100 тыс. человек населения в 1999 г. равнялось 147,9. Существенный их рост, на 13,1%, отмечался в 2000 г., когда значение данного показателя составило 167,3. Затем наступило снижение до уровня 132,1 в 2002 г., так что общее снижение за рассматриваемый период равняется 21,1%.

Структура наркопреступности по составам преступлений в 1999 г. была следующей. На первом месте по своему удельному

весу (95,6%) находилось изготовление, приобретение, хранение и пересылка нелегальных препаратов, далее следовали незаконные посевы мака, конопли или иных растений (1,7%), организация или содержание притонов для потребления наркотиков (0,5% и 1,7% соответственно) и, наконец, хищение наркотиков (0,2%).

В течение анализируемого периода число преступлений, связанных с изготовлением, приобретением, хранением и пересылкой наркотических веществ, снизилось, хотя и с заметными колебаниями, на 13,1%. За период 1999–2001 гг. (последнего, по которому имеются соответствующие данные) отмечалось и снижение по такому составу преступления, как организация или содержание притона для потребления наркотиков, на 21,3%. Однако число преступлений в виде незаконных посевов мака, конопли или иных растений за это время возросло на 10,7%. В 2002 г. была пресечена деятельность 645 подпольных лабораторий по производству незаконных ПАВ, что на 19,5% превысило уровень 2001 г.

Необходимо подчеркнуть, что из наиболее распространенных преступлений — изготовления, приобретения, хранения и пересылки наркотических средств или психотропных веществ — 74,0%, т. е. подавляющее большинство, совершается, по данным судебной статистики на 2001 г., без цели сбыта потребителями наркотиков.

Наркопреступность демонстрирует выраженную территориальную вариацию. Так, в 2001 г. показатель числа преступлений на 100 тыс. человек населения был наиболее высоким в Еврейской автономной области — 398,6, в Астраханской области — 335,7, Новосибирской области — 310,4, Приморском крае — 302,6. Некоторые территории страны, напротив, характеризуются низкими значениями этого показателя: 16,5 в Чукотском автономном округе, 40,6 в Кировской области.

Подавляющую массу осужденных за преступления, связанные с наркотиками, составляют подростки и молодежь, очень высокая устойчивая тенденция нарастания доли женщин.

Значительное место в российской наркопреступности занимают организованные преступные группы и сообщества, из которых наибольшую опасность на сегодняшний день представляют сформированные по этническому признаку. Они имеют обширные межрегиональные и международные связи, зачастую основанные на отношениях родства, замкнуты, используют различные языковые наречия

2. НАРКОТИКИ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ

2.1. Социально-медицинский подход к наркопотреблению

2.1.1. Основные понятия

Слово «наркотик» произошло от греческого *narcoitikos*, что означает «усыпляющий». Конечно, в современном понимании под наркотиками подразумеваются более широкий круг препаратов, не ограничивающийся теми, которые оказывают снотворное действие. Для признания какого-либо опьяняющего вещества наркотическим оно должно удовлетворять следующим трем *критериям*:

— медицинскому — если соответствующее вещество оказывает такое специфическое действие на центральную нервную систему, которое является причиной его немедицинского применения;

— социальному — если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость;

— юридическому — если, исходя из двух указанных предположений, соответствующая официальная инстанция (в нашей стране Министерство здравоохранения и социального развития РФ) признало это средство наркотическим и включило в соответствующий список.

Все три критерия взаимосвязаны, и при отсутствии хотя бы одного из них средство не может быть признано наркотическим в правовом отношении, даже если оно может явиться предметом злоупотребления и вызывать соответствующее болезненное состояние. Однако в незаконном обороте появляются все новые и новые вещества, которые могут быть использованы людьми для изменения своего психического состояния. Зачастую они не отвечают приведенным критериям и имеют лишь два обязательных свойства: способность вызывать при однократном приеме эйфорию либо другое желательное с точки зрения потребителя состояние психики, а при систематическом приеме — зависимость. Такие вещества получили название *психоактивных* (ПАВ).

Ощущения, вызываемые у людей психоактивными веществами, определяются тремя группами факторов (по Дж. А. Соломзесу и В. Чебурсону).

и диалекты, что приводит к повышенным трудностям их раскрытия. В 2002 г. на территории РФ действовало 4285 подобных групп, причастных к незаконному обороту наркотиков, с числом участников более 15 тыс. человек. Наибольший удельный вес в структуре преступных этнических групп имеют цыганские, азербайджанские (более 2 тыс. человек) и таджикские (более 1 тыс. человек). Наименьшими по численности являются наркогруппировки чеченские (около 300 человек), дагестанские и ингушские. Почти треть всех наркогруппировок является смешанной по своему этническому составу и включает в себя представителей различных народов РФ и СНГ.

Цыганские группировки действуют преимущественно в Приволжском и Центральном федеральных округах, таджикские и азербайджанские группировки наиболее активны в крупнейших городах России — Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге и в Приволжском регионе, а чеченские — в Алтайском крае, Оренбургской и Волгоградской областях.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные характеристики мирового производства наркотиков?
2. Каковы основные характеристики глобального наркотрэффика?
3. Каковы основные характеристики мирового потребления наркотиков?
4. Каковы были особенности наркоситуации в России на главных этапах ее исторического развития?
5. В чем заключаются главные черты современной российской наркоситуации?

I. Фармакологические факторы:

- а) химические свойства и воздействие на организм принимаемого наркотика;
- б) доза наркотика, т. е. количество потребляемого вещества;
- в) способ приема наркотика, т. е. путь, по которому он попадает в организм.

II. Характеристики человека, принимающего наркотик:

- а) генетическая структура организма, определяющая реакцию на прием различных наркотиков;
- б) пол;
- в) возраст;
- г) толерантность к наркотикам (переносимость);
- д) индивидуальность, включая ее психологические составляющие, — знания о наркотиках, отношение к ним, ожидания и мысли по их поводу.

III. Обстоятельства, в которых принимается наркотик:

- а) окружающая обстановка;
- б) законы данного общества, запрещающие употреблять наркотик;
- в) наличие или отсутствие других людей в момент приема.

Наркоупотребление несет в себе и определенные социальные функции (по Я. И. Гиллинскому [12]).

I. Анестезирующая функция — заключается в снятии или снижении интенсивности болевого синдрома.

II. Психостимулирующая функция — заключается в повышении уровня функционирования (активации) организма и психики.

III. Седативная функция — заключается в снятии нервно-психического напряжения.

IV. Функция выражения социального протеста.

V. Функция демонстрации принадлежности к высокостатусной социальной группе.

VI. Функция расплаты за получение удовольствия запретным путем.

Понятие *наркотизма* употребляется отечественными авторами в двух значениях. В клиническом понимании наркотизм (наркотизация) — это употребление наркотиков и других ПАВ без формирования зависимости, т. е. наркоманий или токсикоманий. В социологическом понимании под наркотизмом подразумевается социальное

явление, выражающееся в относительно распространенном, статистически устойчивом употреблении частью населения наркотических средств (или психотропных веществ), влекущем определенные медицинские (заболевания) и социальные последствия.

Столь же неоднозначно и понимание *злоупотребления наркотиками* (ПАВ). С социально-правовой точки зрения злоупотреблением является любое немедицинское употребление наркотиков — самовольное, без назначения врача или в дозах, превышающих назначенные, или продолжающееся после отмены назначения, или же прием иных средств, нежели те, которые были прописаны врачом. С клинико-психологической точки зрения злоупотребление — форма поведения, когда человек часто или чрезмерно (в больших дозах) употребляет психоактивное средство, тем самым разрушая свою жизнь. Американская классификация нервных психических расстройств DSM — IV⁴ дает следующие критерии диагностики злоупотребления ПАВ.

В течение года справедливо хотя бы одно из следующих положений:

- о периодически повторяющийся прием психоактивных веществ, приводящий к невыполнению основных обязанностей на работе, в школе или дома;
 - о периодически повторяющийся прием этих веществ в ситуациях, опасных для здоровья;
 - о неоднократные проблемы с законом на почве злоупотребления психоактивными веществами;
 - о употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.
- Наркомания* (от греч. *narke* — оцепенение и *mania* — безумие, страсть) — болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков. В первом приближении наркоманию можно определить как патологическое состояние, образуемое применением (habitation) и пристрастием (addiction). В историко-медицинском плане первое из названных состояний сближалось с привычкой, дурным навыком, тогда как второе считалось собственно наркоманией.

⁴Положена в основу психиатрического раздела действующей Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра.

Отечественный исследователь И. Н. Пятницкая на основе сравнительного анализа различных форм наркотизма и их развития выделила группы синдромов (синдромы), общие для всех форм наркотизма, объединив их в единый большой наркоманический синдром, отличающий наркомана от здорового человека. Вслед за автором в отечественной клинической наркологии под наркоманией стало подразумеваться состояние, определяемое синдромом:

- a) измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);
- b) психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт при интоксикации);
- c) синдромом физической зависимости (насильственное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт при интоксикации).

При практическом использовании этой клинической модели всегда необходимо иметь в виду два ее принципиальных положения:

- a) все названные синдромы имеют взаимозависимую динамику, т. е. во времени, как правило, развиваются последовательно;
- b) описанная структура патологии образуется полностью далеко не при каждой форме наркомании, т. е. при многих конкретных формах один или даже два из этих синдромов могут быть клинически почти не представлены. Наличие и выраженность синдромов обусловлены как фармакологическими, так и нефармакологическими факторами действия наркотиков.

Из DSM — IV исключено понятие наркомании. Вместо него для обозначения наркотической зависимости используется понятие *аддикции* (аддиктивного поведения). Это такая форма поведения, когда человек чрезмерно употребляет психоактивное вещество, так что вся его жизнь концентрируется только на этом. Впоследствии возможны как выработка толерантности по отношению к данному веществу, так и появление симптомов абстиненции⁵ при прекращении приема. Для установления диагноза зависимости необходимы три и более из нижеприведенных симптомов:

⁵ Абстиненция — состояние, характеризующееся неприятными, иногда опасными реакциями организма, возникающее у лиц, регулярно принимающих психоактивные средства, в случае прекращения приема или уменьшения дозы.

- o толерантность;
- o синдром отмены;
- o употребление психоактивных веществ чаще и в больших дозах, чем хотелось бы;
- o постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление психоактивных веществ;
- o трата значительной части времени на получение, употребление психоактивных веществ и восстановление после их приема;
- o употребление психоактивных веществ за важным делом;
- o употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Толерантность — то же, что и наркомания, однако этот термин употребляется по отношению к веществам, официально не отнесенным к наркотикам. Понятно, что использование термина «психоактивные вещества» делает излишним использование термина токсикомании, так же как и наркомании.

2.1.2. Классификация наркотиков и токсических веществ, используемых с целью достижения опьянения

Классифицировать психоактивные вещества можно по разным основаниям.

- I. По происхождению. По этому принципу наркотики делятся на препараты растительного происхождения, полусинтетические и синтетические.
- II. По характеру воздействия на организм и психику.
- III. По терапевтическому (лечебному) использованию. Многие наркотики применяются в медицинской практике, причем чаще всего не из-за своего опьяняющего воздействия.
- IV. По органам, на которые действует наркотик. Некоторые наркотики влияют на несколько органов одновременно, тогда как ряд других влияют на один и тот же орган.
- V. По химическому строению.
- VI. По механизму воздействия. Механизм действия многих наркотиков до сих пор неизвестен.

VII. По названию на сленге, даваемому наркотику в определенной субкультуре или на подпольном рынке.

Главным классификационным критерием для психоактивных веществ сегодня является и в клинической медицине, и в правоохранительной деятельности химическое строение. Из всех имеющихся здесь классификаций приведем предложенную И. С. Болотовским как наиболее пригодную для практического использования.

I. Морфин и вещества с морфиноподобным действием.

II. Кокаин.

III. Вещества, добываемые из индийской конопли.

IV. Группа снотворных.

V. Стимуляторы центральной нервной системы.

VI. Транквилизаторы.

VII. Психотомиметические средства.

VIII. Органические растворители (средства бытовой химии).

IX. Атропинсодержащие препараты.

X. Ненаркотические анальгетики.

XI. Никотин.

В отечественной наркологии получила признание и классификация наркотиков по характеру воздействия, разработанная И.Н. Пятницкой (1994). Согласно этой классификации выделяются следующие группы препаратов.

I. Седативные вещества. Сюда входят группа морфина и веществ с морфиноподобным действием, группа снотворных и транквилизаторы.

II. Стимулирующие препараты. Они объединяют кокаин и стимуляторы центральной нервной системы.

III. Психоделические препараты. Эта группа содержит в себе вещества, добываемые из индийской конопли, и органические растворители.

Как и все классификации, приведенные классификации имеют свои ограничения. С одной стороны, из-за чрезвычайно высокой динамичности характерной для современной России наркоситуации на рынке появляются и получают широкое распространение среди потребителей все новые ПАВ, не охваченные классификационными схемами. С другой стороны, далеко не все ПАВ или их группы имеют существенное значение с позиций социального контроля наркотребления.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое наркотики и психоактивные вещества?
2. В чем заключаются основные причины наркотребления?
3. В чем сходство и различие понятий наркотизма, злоупотребления наркотиками и наркомании (токсикомании)?
4. По каким основаниям и как классифицируются наркотики и другие психоактивные вещества?

2.2. Седативные вещества

2.2.1. Морфин и вещества с морфиноподобным действием (опиаты)

К этим веществам относятся препараты опия (продукт растительного происхождения) и его полусинтетические и синтетические аналоги (морфин, пантонон, омнолон, промедол, героин, метадон, кодеин). Опи́й (на сленге — «марьянка», «мария», «ханка») принимается наркоманами как путем курения (опиокурение), так и приемами внутрь (опиофагия — «солома»). Ампулированные препараты, предназначенные для медицинского применения («стекло», «белка», «белянка»), разведенный или выпаренный (из млечного сока с головок мака — «сезон») опи́й («кокар» или «кукар», «химия») вводят подкожно и внутривенно. Клиническая картина наркомании при употреблении всех этих наркотиков в общем идентична и различается лишь по длительности, интенсивности, некоторым деталям и выраженности абстинентного синдрома.

Мезанизм действия. Опии воздействуют на находящиеся на мембранах нервных клеток опиоидные рецепторы. Эндогенные опиаты — эндорфины — также связываются с этими рецепторами. Эндорфины участвуют в нейронной передаче и служат для подавления боли. Поступление опиатов извне приводит к угнетению синтеза эндорфинов, что и вызывает формирование зависимости. Экзогенные опиаты постоянно активируют опиоидные рецепторы, в результате чего их чувствительность снижается. Это требует синтеза новых рецепторов, для активации которых необходимо все новое поступление опиатов в организм. Так развивается толерантность к наркотикам.

Клиническая картина интоксикации. При невыраженной ин-

токсикации иногда отмечается слегка пониженный тонус мышц. Для острой интоксикации характерны: узкие зрачки, иногда «точечные», бледность, сухость кожных покровов, хотя иногда кожа может быть холодной и липкой, ортостатическая гипотензия, гипотермия, урежение сердечного ритма, понижение сухожильных рефлексов, подавление кашлевого рефлекса, пониженная чувствительность к боли, угнетение дыхания, запоры, сонливость, заторможенность, тошнота, рвота, спазмы кишечника, иногда — нарушения координации движений, атаксия, угнетение рефлексов, снижение аппетита, изредка — судорожные припадки.

Настроение часто благодушное, эйфорическое («приход», «кайф»), однако возможны и быстрые перемены в настроении. Наблюдаются ускоренная смазанная речь и ускорение ассоциативного процесса; критика к своему поведению и высказываниям снижена. В ряде случаев возможно возникновение психомоторного возбуждения, галлюцинаций либо тревоги, дисфории.

Абстинентный синдром. Развивается в течение нескольких часов после употребления последней дозы в период, когда должна быть принята очередная доза по устойчивейшей схеме («система»), и достигает своего «пика» через 36–73 ч. Наиболее острые проявления исчезают обычно в течение 10 дней, однако долго сохраняются остаточные явления. Ранние признаки абстинентного синдрома («кумары») следующие: зевота, слезотечение, насморк, потливость, расширение зрачков, тревога, беспокойство, раздражительность, сердцебиение, отказ от еды, тремор, бессонница, «горячие приливы». Более поздние признаки: учащение дыхания и подъем систолического артериального давления, желудочные и другие непроизвольные мышечные спазмы, боли в суставах, особенно крупных, и в пояснице, а также генерализованные болевые ощущения («ломка»), обезвоживание организма, отсутствие аппетита и потеря массы тела, гипергликемия, депрессия, панические реакции, спутанность сознания.

Течение. Сроки формирования физической зависимости варьируют от 2–3 недель систематического приема до 1,5–2 мес., что обусловлено видом препарата и способом его введения в организм. В клинической картине преобладает выраженная астения с повышенной утомляемостью и невозможностью планомерной деятельности. Больные трудоспособны только в состоянии наркотического опьянения. Исчезает интерес к прежним занятиям, нарушается память,

падает продуктивность умственной деятельности, особенно творческой.

Общий фон настроения снижен. Обращает на себя внимание выраженное физическое истощение больных. Они выглядят старше своих лет, кожа бледная, иногда с желтушным оттенком. Разрушаются и выпадают зубы. Волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти, часто наблюдается раннее облысение. Вены вследствие частых инъекций утолщены, в рубцах. Пульс редкий, снижены все виды рефлексов и потенция, зрачки узкие, запоры.

В соматической сфере наблюдаются эндокардиты, абсцессы, сепсис, частые пневмонии, флебиты, гепатиты В и С, СПИД, лимфангит, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, циррозы печени, гломерулонефриты.

В психической сфере тоже наблюдаются характерные изменения. Круг интересов сужен, они сосредоточены только вокруг наркотиков и их добывания. Определяются общие эмоциональное огрубление, лживость, морально-этическое снижение. Наркоманы часто совершают правонарушения, связанные с добычей наркотиков. Больным присуща своеобразная речь, избыточная жаргонными словами, однако отчетливого снижения интеллекта не отмечается.

Смерть в основном наступает от передозировки, редко в абстинентном состоянии из-за падения сердечной деятельности.

2.2.1.1. Героин

В настоящее время героин является наиболее распространенным в России тяжелым «уличным» наркотиком. Представляет собой белый, коричневатый или желтовато-коричневый порошок. Изредка производится в виде черной героиновой смолы, выглядящей как черные стекловидные кусочки или смолистые шарики. Помимо традиционных способов приема опиатов героин вводят внутримышечно, ингалируют, а также «впрыскивают» — закапывают раствором интраназально. Иногда героин употребляют в сочетании с кокаином.

При внутривенном введении эйфория наступает уже через 10 с после инъекции, при внутримышечном введении — через 5–8 мин, при вдыхании паров — через 10–15 мин. Абстинентный синдром развивается наиболее быстро и наиболее выражен по сравнению с большинством других опиатов.

2.2.1.2. Метадон

Метадон является наркотиком опиатной группы и средством лечения опиатной зависимости. Применяется как в целях краткосрочной детоксикации, так и для длительной поддерживающей терапии. Применение метадона основано на том, что он является длительно действующим препаратом, в отличие от морфина или героина, а потому способен их замещать.

Ряд свойств делает метадон безопасным и эффективным средством лечения. Однократная доза метадона действует в течение 24–36 ч, приводя к исчезновению потребности в приеме наркотика, причем без развития эйфории, депрессии и аналгезии. Пациенты, принимающие метадон, полностью сохраняют умственную и физическую трудоспособность. Метадон формирует перекрестную толерантность к другим опиатам за счет блокады опиатных рецепторов, что минимизирует эффекты короткодействующих наркотиков и снижает вероятность их передозировки. Кроме того, метадон дает мало побочных эффектов.

Однако метадон используют и незаконным путем, продавая на «черном рынке» и применяя как наркотик.

2.2.2. Снотворные средства (гипнотики)

Эта группа объединяет психоактивные вещества разной химической структуры. Прежде всего, это производные барбитуровой кислоты — барбитураты. Часть барбитуратов отнесена к наркотикам, а следовательно, зависимость от них является наркоманией. Зависимость от барбитуратов, к наркотикам не относящихся, соответственно является токсикоманией. В группу снотворных входят и некоторые транквилизаторы, по химическому составу относящиеся к бензодиазепинам, а также вещества различных химических групп седативно-снотворного действия. Конечно, предметом злоупотребления являются далеко не все снотворные средства, а лишь препараты средней продолжительности действия, наркотический эффект которых наступает достаточно быстро и является довольно стойким. Обычный способ употребления — внутрь.

Из барбитуратов («чернога») с целью достижения опьянения

чаще всего употребляется фенобарбитал (ломинал — «феники»), а также пентобарбитал (нембутал, этаминал натрия), амобарбитал (амитал-натрий, барбамил), циклобарбитал, а из транквилизаторов («сонники») — раделорм (нитразепам, зуноктин — «ралики», «радик») и содержащий его рогинол (флуниразепам). Кроме того, используются из препаратов других химических групп: производные гетероциклических систем ноксирон («нокс», «президент») и метаквалон, а также карбаминоый эфир замещенного пропандиола мепробамат (мепроган, андаксин). В разных странах среди нарколептиков периодически получают распространение другие гипнотики, например такие, как оксипутират натрия (соль гамма-оксимасляной кислоты).

Как правило, зависимость первично возникает в результате злоупотребления барбитуратами, но в дальнейшем поддерживается за счет присоединения любых небарбитуровых гипнотиков или транквилизаторов. Клиническая картина, наблюдаемая при развитии зависимости от седативно-снотворных препаратов, сходна безотносительно от их химической природы, однако она наиболее наглядна при барбитуровой наркомании (токсикомании) в силу наибольшей токсичности препаратов этой химической группы.

2.2.2.1. Барбитураты

Механизм действия. При приеме внутрь барбитураты всасываются в тонком кишечнике, затем метаболизируются в печени и выделяются с мочой. Проникая во внутренние жировые слои, они разжижают мембраны нервных клеток, ограничивая тем самым перемещение кальция и тормозя синаптическую передачу нервного импульса. Барбитураты блокируют ацетилхолин, стимулируя синтез и повышая тормозящие эффекты гамма-аминомасляной кислоты, что и вызывает седативное действие и интоксикацию. Толерантность к барбитуратам возникает благодаря индуцированию ферментов печени и снижению чувствительности тканей. Со временем барбитураты могут вызывать повышение устойчивости мембран нервных клеток. В процессе развития зависимости блокирование ацетилхолина снижается, синтез и связывание гамма-аминомасляной кислоты уменьшаются.

Клиническая картина интоксикации. Характерны нарастающая заторможенность, сонливость, эйфория либо депрессия, ла-

бильность аффекта, прогрессирующее ухудшение моторной координации, возможные парадоксальное двигательное возбуждение, снижение чувствительности, способности к здоровому мышлению и затуманенность сознания, дезориентация, сон, переходящий в коматозное состояние.

Замедляются пульс, дыхание, перистальтика кишечника, наблюдаются гипотензия, смазанная речь, ларингоспазм, снижение функции почек, возможны боли в суставах и мышцах, сначала сужение, а затем расширение зрачков, погливность, падение температуры тела. Среди неврологических нарушений отмечаются асинергия, невозможность фиксации взгляда, стойкий горизонтальный и вертикальный нистагм, мышечная гипотония, угнетение глубоких сухожильных рефлексов.

Абстинентный синдром. Развивается в первые 24 ч после отмены препарата, достигает пика выраженности через 2–3 дня и медленно редуцируется. Последовательно возникают тревога, непроизвольные мышечные подергивания, тремор рук, прогрессирующая слабость, головокружение, нарушения зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, потеря массы тела, повышение артериального давления и глубоких сухожильных рефлексов. Часто возникают развернутые судорожные припадки, а затем — психические делириозные состояния или галлюцинаторно-бредовые психозы с субступором и паническими реакциями.

Течение. Зависимость возникает при непрерывном употреблении препаратов в дозах, превышающих обычные терапевтические. Психическая зависимость проявляется в сильном желании или потребности продолжать прием препарата. Довольно быстро начинает повышаться толерантность, иногда уже через несколько дней непрерывного приема, однако рост употребляемой дозы отчетливо ограничен. Развитие толерантности к различным эффектам препарата происходит неодинаково. Вслед за отменой препарата толерантность может так же быстро снижаться.

Физическая зависимость, требующая наличия в организме данного вещества для купирования синдрома отмены, возникает только тогда, когда ежедневная доза препарата заметно превышает терапевтическую. При хронической интоксикации возникают значительное снижение умственных способностей, эмоциональная неустойчивость со снижением уровня самоконтроля, сниженный уровень побуждений, нередко рецидивируют токсические психозы.

У больных нарушаются межличностные связи, часты несчастные случаи и агрессия по отношению к окружающим. Характерны стойкие периоды гипоманиакального состояния с возбуждением и многоречивостью, сменяющиеся периодами снижения настроения с раздражительностью, тревогой, беспокойством и угрюмостью. Наблюдается изменение личности по эпилептоидному типу. Однако и в реморбиде таких больных нередко устанавливается психопатическое поведение с криминальными тенденциями или невротическими нарушениями. Им также присущи эмоциональная депривация в детстве, сложности в сексуальном функционировании.

В состоянии острой интоксикации смерть может наступить от дыхательной недостаточности, остановки сердца или отказа почек. При хронической интоксикации всегда есть риск смерти от передозировки в связи с отсроченным началом действия препарата, вызываемым им искажением восприятия времени и относительно ограниченной толерантностью к летальной дозе.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие наркотики группы опиатов наиболее распространены в незаконном обороте?
2. Каковы клиническая картина и течение опиатной зависимости?
3. В чем заключаются особенности метадона как лекарственного вещества и как наркотического средства на «черном рынке»?
4. Каковы особенности использования гипнотиков для достижения наркотического (токсического) опьянения?
5. Каковы клиническая картина и течение барбитуровой зависимости?

2.3. Стимулирующие препараты

2.3.1. Кокаин

Незаконно распространяется в двух видах: кокаина-гидрохлорида и получаемого из него путем щелочной экстракции кокаина основания — крэка. Кокаина гидрохлорид («снежок», «кока», «ма-рафет» — белый кристаллический порошок, который обычно вводится внутривенно или ингалируется через нос. Крэк-кокаин выводится при помощи специальных или приспособленных устройств и гораздо реже вводится внутривенно. При любом способе введения

ния «пик» концентрации в крови достигается через 10 мин, а само опьянение длится 10–30 мин.

Механизм действия. При остром воздействии кокаин активирует дофаминовый цикл путем блокады обратного захвата дофамина пресинаптическими нервными окончаниями, повышает стимуляцию постсинаптических дофаминовых рецепторов, увеличивает содержание дофамина в синапсе и дофаминовую нейротрансмиссию. При хроническом злоупотреблении все это приводит к истощению дофамина, падению уровня его содержания в мозге и торможению передачи нервного импульса. Одновременно в крови увеличивается уровень пролактина. С этими нарушениями связаны симптомы кокаиновой интоксикации и зависимости. Далее кокаин метаболизируется в печени и выделяется с мочой.

Клиническая картина интоксикации. При острой интоксикации наблюдаются симптомы стимуляции центральной нервной системы: эйфория, ощущение повышенных возможностей, гиперактивность, возбуждение, возможны раздражительность и беспокойство, многоречивость, гиперсексуальность. Быстро возникающая в момент употребления эйфория через несколько минут или даже секунд сменяется дисфорией, тревогой, страхом, апатией, агрессивностью. Появляются соматические и неврологические нарушения: сухость во рту, потливость, дрожание, жжение в глазах, расширенные зрачки, головные боли, учащенные позывы к мочеиспусканию, тахикардия, гипертензия, озноб, повышенные рефлексы, миоклонические подергивания, повышение температуры тела, бессонница, отсутствие аппетита, тошнота, диарея, сердечные аритмии, иногда — судорожные припадки.

Абстинентный синдром. Хотя и считается, что физическая зависимость от кокаина не развивается, при его отмене часто появляются выраженные депрессия, раздражительность, сонливость, анергия, страх. Наиболее выражены эти реакции на 3–4-й день после отмены и обычно продолжаются 10–14 дней.

Течение. У кокаиновых наркоманов уже на ранних стадиях развития заболевания возможно возникновение острых интоксикационных психозов, вначале в виде делирия, а затем — параноидного состояния. Они характеризуются слуховыми, зрительными и тактильными галлюцинациями, бредовыми идеями величия, избирательности или преследования. В совокупности с возникающей у кокаиновых наркоманов переоценкой своих умственных и физиче-

ских возможностей психологические расстройства делают больных опасными и способными к совершению серьезных преступлений.

Психическая зависимость развивается очень быстро. Толерантности к препарату практически не возникает, хотя суточная доза может быть и очень высокой при условии частого приема небольшими разовыми дозами.

При длительном течении наблюдаются тяжелые последствия употребления кокаина для организма и психики. Это постепенная потеря массы тела, общее истощение организма, сухие потрескавшиеся губы и кожные покровы, анемия, сниженный иммунитет и подверженность различным инфекциям, сексуальные дисфункции (снижение либидо, импотенция), паркинсоноподобные расстройства, признаки органического снижения личности (нарушения памяти, концентрации внимания, мышления), затяжные депрессивные состояния с тревогой, сужение круга интересов, психопатологические изменения личности, стойкие дисфорические и параноидные реакции.

Смерть при употреблении чрезмерно высоких доз наступает либо в результате развития эпилептического статуса, либо вследствие острой сердечной аритмии с остановкой сердца или дыхания.

2.3.2. Амфетамины

В эту группу стимуляторов входит ряд препаратов, как используемых или использовавшихся ранее в лечебной практике, так и циркулирующих только на нелегальном рынке. К первым относятся синтетические препараты — собственно амфетамин (фенамин, бензедрин), первитин (декстроамфетамин, декседрин, на сленге — «ширка», «винт») и окисленный препарат растительного происхождения эфедрина гидрохлорид или эфедрон («джеф», «коккейл-джеф», «марцефаль», «мурцовка», «мурка»). Вторые — это метамфетамин («спид», «скорость») и МДМА («экстази»). Употребляются амфетамины внутрь или внутривенно.

Механизм действия. Амфетамины быстро распространяются по всему организму и легко проникают через гематоэнцефалический барьер. Они метаболизируются в печени путем гидроксилирования и дезаминирования, метаболиты выводятся с мочой. Эффекты амфетаминов связаны с повышением высвобождения и предот-

вращением обратного захвата катехоламинов в мозге. Кроме того, они тормозят активность моноаминоксидазы. Таким образом, уровень катехоламинов, в частности дофамина, в клетках мозга повышается.

Клиническая картина интоксикации. При острой интоксикации прежде всего возникают поведенческие эффекты: транзиторные ощущения притока энергии, веселость, оживление, многоречивость. По мере нарастания концентрации препарата в крови появляются раздражительность, беспокойство, тревога, агрессивное поведение, стремление все время находиться в движении, повышенная общительность, повторяющиеся (стереотипизированные) поведения, панические реакции, самоуверенность с явной переоценкой собственных сил и возможностей, бессонница.

Параллельно развиваются соматические и неврологические нарушения: усиленный физиологический тремор, гиперрефлексия, повышенная потливость, повышение артериального давления, расширение зрачка с сохранением реакции на раздражители, озноб, учащенное дыхание, повышение температуры тела, головокружение, сердечные аритмии, потеря аппетита.

Абстинентный синдром. Физическая зависимость выражена слабо, однако при резкой отмене возникают депрессия, чувство усталости, повышенная утомляемость, сонливость, повышенный аппетит, невыраженные соматовегетативные нарушения.

Течение. Психическая зависимость бывает сильной и возникает очень быстро. Толерантность может достигать очень высокого уровня, а скорость ее развития зависит от доз, с которых начинается злоупотребление: чем они выше, тем быстрее растет толерантность.

Из-за вызываемых амфетаминами выраженных эйфории и возбуждения большие способны к серьезным проявлениям антисоциального поведения. Кроме того, даже при одно-, двукратном приеме высоких и очень высоких доз могут возникать острые интоксикационные психозы, протекающие с расстройством сознания, со зрительными и тактильными галлюцинациями, напряженностью, двигательным беспокойством, агитацией, страхом. Иногда наблюдаются подозрительность и острые персекуторные бредовые идеи.

На фоне длительного злоупотребления нередко развиваются психозоподобные затяжные или хронические галлюцинаторно-

бредовые психозы, также протекающие с поведенческими нарушениями. К злоупотреблению амфетаминами склонны люди астенического склада, сензитивные, эмоционально лабильные. Поэтому клиническая картина хронической интоксикации амфетаминами может маскировать хроническую усталость и депрессию. Соответственно при их отмене астенодепрессивная симптоматика проявляется быстро и усиленно, что может служить стимулом к возобновлению приема препаратов.

Поскольку синдром отмены амфетаминов протекает относительно легко, его проявления не опасны для соматических функций организма, а следовательно, и для жизни. Наступление смерти возможно в состоянии острой интоксикации при сверхвысокой дозе препарата, когда развиваются судороги, кома, сердечно-сосудистый коллапс и угнетение дыхания.

2.3.2.1. Эфедрин (эфедрон)

Клиническая картина эфедриновой (эфедроновой) наркомании имеет определенное своеобразие. Препарат употребляется внутренне, оказывая преимущественно стимулирующее воздействие на центральную нервную систему.

Клиническая картина интоксикации. Характеризуется общими симптомами возбуждения, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, многоречивостью, однообразной непродуктивной деятельностью. Зрачки расширены. Опьянение обычно продолжается 3–4 ч.

Абстинентный синдром. Типичны вялость, слабость, апатия, чувство «разбитости», тоскливое настроение.

Течение. Психическая зависимость от эфедрона развивается быстро, уже через 2–3 недели после первой пробы. Употребление почти сразу приобретает циклический характер. Периоды продолжительностью от 1–2 до 3–5 дней («запой») характеризуются практически полным отсутствием сна, аппетита, задержкой мочеиспускания, общим физическим истощением. Затем на несколько дней наступает перерыв в употреблении препарата, во время которого наблюдается повышенная сонливость, апатия, депрессия.

Из-за высокой интенсивности психической зависимости частота приема иногда достигает 10–15 раз в сутки. Возможно возникнове-

ние психотических явлений в виде выраженного страха, подозрительности, отдельных бредовых идей.

Достаточно характерен внешний вид больных эфедроновой наркоманией: глаза запавшие, с нездоровым блеском, кожные покровы очень бледные, с сероватым оттенком, масса тела значительно снижена.

К стимуляторам, вызывающим зависимость, относятся и кофеин, входящий в химический состав чая, кофе и многих прохладительных напитков, а также спортивные допинги.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие препараты кокаина используются для достижения наркотического опьянения?
2. Каковы клиническая картина и течение кокаинизма?
3. Какие препараты относятся к группе амфетаминов?
4. Каковы клиническая картина и течение амфетаминовой зависимости?
5. Каковы особенности эфедрона как наркотического вещества?

2.4. Психоделические препараты

2.4.1. Вещества, добываемые из индийской конопли (каннабиноиды)

Несмотря на это традиционное название, опьяняющее действие оказывают препараты, полученные из конопли, произрастающей в разных частях мира, от умеренных до тропических, в том числе и в России. Опьяняющие свойства препаратов конопли зависят от содержания некоторых естественных компонентов конопляной смолы, прежде всего тетрагидроканнабинола (ТГК). Его преобладание по сравнению с двумя другими каннабиноидами, — каннабинолом и каннабидиолом, придает препарату более сильное наркотическое действие.

Пыльца конопли носит название марихуаны (анаша). Иногда так называют высушенные, размельченные цветы и листья определенных видов конопли. Смолистый сок цветущих верхушек называется гашишем. В некоторых странах гашишем называют все препараты конопли. В ряде стран (но не на территории России) ис-

пользуют и другие части растения под названиями гонша, банг, харас, дагга и др. Жаргонные наименования препаратов конопли — «травя», «божья травка», «маруха», «дурь», «зелень», «пластилин», «план», «полово» и пр.

Марихуану курят, забывая в папиросы («косяк», «костыль») или в окурки («пяточок», «пяточка», «козья ножка»). Иногда курят гашиш и гашишное масло (через кальян или накапав в «косяк»). Чаше всего наркотик смешивается с табаком («дурь женатая»). Кроме того, каннабиноиды можно жевать, заваривать как чай, применять как добавку к выпечке.

Меланизм действия. Наркотик является высоко жирорастворимым и накапливается в жировых тканях. Каннабиноиды метаболизируются в печени и легких. Следы препарата могут быть обнаружены в кровяном русле в течение 2–4 недели. Психоактивное действие вызывается подавлением синтеза, освобождением и разрушением ацетилхолина.

Клиническая картина интоксикации. При курении «пик» концентрации в крови наступает через 20–30 мин, а при приеме внутрь — приблизительно через 2 ч. Наркотический эффект зависит не только от дозы, но и от окружающей обстановки, ожиданий потребителя и его личностных характеристик.

При невыраженной интоксикации внешние ее признаки проявляются мало. Это воспаление глаз с инъецированной конъюнктивой, снижение мышечной силы, тахикардия. Могут возникнуть седативный эффект и сонливость. В состоянии более выраженной интоксикации отчетливо наблюдаются соматические и поведенческие расстройства: нарушение сознания в виде оглушенности, «одурманности», гиперактивность, неадекватное поведение с безудержным смехом, болтливостью, эйфория, расслабленность, мечтательное выражение лица, нарушенное восприятие пространства и времени, обостренная чувствительность к внешним стимулам, шум и звон в ушах, нарушения процессов мышления. В ряде случаев проявляется тенденция к агрессивным и безрассудным действиям. Иногда возникают тревога и раздражительность, навязчивые мысли, иногда, наоборот, — апатия и безразличие к окружающему.

В соматической сфере отмечаются сухость во рту, учащенный пульс, ортостатическая гипотензия, блеск глаз. Зрачки могут быть расширены, их реакция на свет ослаблена. Опушаются голод («свинок») и жажда («сушняк»). Иногда возникают тошнота и рвота.

Появляется тремор пальцев рук, иногда — всего тела, охриплость голоса, риниты, фарингиты.

Абстинентный синдром. Поскольку физическая зависимость выражена резко, выраженный абстинентный синдром наблюдается редко, и только через несколько часов. Он характеризуется раздражительностью, беспокойством, тревогой, снижением аппетита, бессонницей, потливостью, тошнотой, рвотой, диареей и тремором.

Течение. Толерантность возрастает незначительно. При употреблении как сверхвысоких, так и сравнительно небольших доз каннабиноидов возможно возникновение психотических состояний с паническими реакциями, иллюзорными расстройствами восприятия, деперсонализацией, спутанностью, беспокойством, возбуждением, зрительными и слуховыми галлюцинациями. Это и дает основание для отнесения препаратов каннабиса к психоделикам. Иногда токсический психоз приобретает картину развернутого делирия с дезориентировкой или делириозно-онейроидного состояния с выраженным нарушением сознания и множественными новидными галлюцинациями. Продолжительность подобных психотических эпизодов — до 3, реже — 7 дней. Возможен их исход в острый психогорганический синдром.

При длительном употреблении каннабиноидов развиваются деликатарные расстройства психомоторных и познавательных функций: апатия, потеря интереса к окружающему, недостаток инициативности («амотивационный синдром»). Нарастают деградация личности, снижение интеллектуальных возможностей, память, либидо. Физическая и психическая истощаемость становится постоянной. Формируется эмоциональная неустойчивость, утрачиваются морально-этические основы личности, возникают грубые поведенческие нарушения с частыми антисоциальными поступками. Могут возникать хронические психозы, трудно или вовсе не отделимые от шизофрении.

Существует риск возникновения рака легких, нарушений репродуктивной функции, подавления иммунитета. В странах Запада широко обсуждается возможность использования препаратов конопля в терапевтических целях. Хотя единой точки зрения по этому поводу среди специалистов не сформировалось, сегодня преобладает следующая позиция: вещества, входящие в состав марихуаны, обладают определенным лечебным действием при болевом син-

дроме, рвоте и анорексии, однако вред от ее курения перечеркивает потенциальные возможности использования в качестве лекарства.

2.4.2. Психотомиметические средства (ЛСД и родственные препараты)

2.4.2.1. ЛСД (*диэтиламид лизергиновой кислоты*)

ЛДС — наиболее типичный представитель этой группы препаратов. На жаргоне называется «кислота». Продается в виде таблеток («колеса», «сапоги», «калики»), тонких желатиноподобных квадратиков или прямоугольных кусочков сорбирующей бумаги, пропитанной наркотиком, — «марок». Употребляется внутрь.

Меланизм действия. Распределяется в печени, почках, легких и селезенке. Метаболизируется в печени и выделяется с желчью. Является сильным антагонистом серотонина.

Клиническая картина интоксикации. ЛСД всасывается из кишечника в течение 30–40 мин, достигая пика концентрации в крови через 1–2 ч. Оказывает чрезвычайно сильное стимулирующее влияние на центральную нервную систему, проявляющееся бессонницей и беспокойством в течение длительного времени после приема. В минимальных дозах вызывает расширение зрачков с фотофобией, анизокорию, ритмическое сужение и расширение зрачков, иногда в такт дыханию. Наблюдаются гиперрефлексия, часто — до спонтанного клонуса, спазм мышц челюсти. Часто возникают ощущение жара и повышение температуры тела, потливость, слезотечение, умеренная тахикардия, повышенное артериальное давление, чувство голода одновременно с тошнотой, бессвязная речь, слюнотечение. Длительность соматических расстройств после однократного приема — приблизительно 6 ч.

Со стороны психики наблюдаются крайне сильно выраженные нарушения зрительного восприятия. Наиболее характерно ощущение изменения яркости освещения. При больших дозах возникают зрительные галлюцинации в виде ореола, сияния, радуги или движущихся потоков разного цвета, несущие калейдоскопический характер. При дальнейшем росте доз возникают истинные зрительные галлюцинации, часто устрашающего характера. Возможны ис-

кажение громкости воспринимаемых звуков, слуховые галлюцинации.

Часть психосенсорные расстройства в виде парестезий, нарушения тактильной чувствительности, искажения восприятия размеров, перспективы и дистанции, расстройства «схемы тела», деперсонализации и дереализации. Внимание концентрировано на чем-то одном и трудно переключаемо. Нарушено и восприятие времени. Возникают ощущение полета мысли, психическое возбуждение.

Сложные нарушения отмечаются в аффективной сфере: хаотическая смесь эйфории и дисфории, смелливости и болезненной тревоги, резкие колебания аффекта. Действие ЛСД может различаться от приема к приему. Длительность психических нарушений — 6–12 ч.

Абстинентного синдрома нет, поскольку не формируется физическая зависимость.

Течение. При повторяющихся приемах препарата развивается толерантность. Психическая зависимость обычно представлена в средней степени и только изредка бывает интенсивной. Характерно возникновение повторных периодов ощущений, пережитых при приеме наркотика (так называемый флэшбэк, или «эффект обратного кадра»), обычно нерезко выраженных и проявляющихся нарушением восприятия времени и гипнагогическими галлюцинациями.

В состоянии острой интоксикации потребители, в связи с выраженным возбуждением, нарушенным мышлением, галлюцинациями, бредом и иногда — паническим страхом, могут совершать неадекватные поступки и тяжелые правонарушения. Последствием употребления ЛСД могут быть хромосомные нарушения и лейкемия.

2.4.2.2. Фенциклidin

Называется также РСР — РеаСеРiл, «мирные таблетки», «пи-сипи». Синтетический анестетик, уже запрещенный для использования в лечебной практике. На нелегальном рынке продается в виде раствора, порошка, таблеток, жевательной резинки или капсул — желтовато-коричневых или белых. Употребляется путем вдыхания, курения, часто с марихуаной, внутрь или внутривенно.

Механизм действия. Основные поведенческие эффекты обусловлены блокадой глутаматных рецепторов, возникающей по ти-

пу неконкурентного антагонизма. Препарат гидроксилируется ферментами печени и связывается с глюкуроновой кислотой. Только небольшое количество выделяется в неизменном виде.

Клиническая картина интоксикации. Наблюдаются дезориентировка, отрешенность, нарушение восприятия «схемы тела», эйфория, слуховые и зрительные галлюцинации. При высоких дозах возникают психомоторное возбуждение, агрессивность и импульсивность. Характерны неадекватная оценка окружающей обстановки и своих возможностей, деперсонализация.

В соматической сфере — гипертензия, тахикардия, слонотечение и рвота. Имеются выраженные неврологические нарушения в виде фиксированного («остановившегося») взгляда, нистагма, нарушения зрения («туман перед глазами»), гиперрефлексии, мышечной ригидности со стереотипными движениями. Отмечаются судороги, ступор, утрата болевой чувствительности, онемение и гипертроф конечностей.

Абстинентный синдром и, соответственно, физическая зависимость не описаны. Имеются упоминания о психологической зависимости.

Течение. При продолжающемся приеме даже после выведения вещества из организма наблюдаются вызванный фенциклidinом бред или расстройств настроения, которые могут продолжаться до 3 недель. В психическом состоянии потребители могут быть социально опасны, крайне жестоки, не ощущают опасности или физической боли. Иногда в состоянии опьянения потребителями совершаются поступки, требующие нечеловеческих усилий и невозможные вне опьянения. У лиц, систематически употреблявших фенциклidin, даже через длительное время после прекращения приема наблюдаются отчетливые нарушения памяти и речи.

2.4.2.3. Кетамин (калитсол)

Родственный фенциклidinу анестетик со сходным механизмом действия, используемый в ветеринарной хирургии для мелких животных. Для использования в целях достижения опьянения кетамин крадут из ветлечебниц. Вводят инъекционно внутримышечно, реже — внутривенно (из-за кратковременности действия). Возможен пероральный прием препарата в виде таблеток или порошка, осажденного из раствора. Этот порошок также нюхают, добавля-

ют в налитки или курят, смешав с марихуаной или табаком. Редко употребляется регулярно, чаще — от случая к случаю.

Клиническая картина интоксикации. На фоне двигательной пассивности развиваются деперсонализационные и дереализационные расстройства, растерянность. Повышается чувствительность к внешним раздражителям, возникает искажение перспектив, нарушается восприятие «схемы тела», появляется чувство невесомости, полета, при котором «захватывает дух», или наоборот, тяжести в теле, ощущение «выхода из тела». При закрытых глазах отмечаются фотоопсии в виде пятен, кругов, других геометрических фигур, а также сложные зрительные образы, связанные в сюжеты, которыми на определенных стадиях интоксикации можно управлять. Увеличение дозы приводит к развитию онейроида с сюжетностью переживаний, видением себя со стороны. Аффективный фон может быть различным — от эйфории и экстаза до тревоги и страха.

В соматической сфере наблюдается артериальная гипертензия, при передозировке или индивидуальной непереносимости — нарушение дыхания. Кроме того, отмечаются слюнотечение, тошнота, реже — рвота.

Неврологически выявляются вегетативная дисфункция, пошатывание при ходьбе, утрата болевой чувствительности, нарушение или потеря обоняния, вкуса, зрения. Продолжительность интоксикации при внутримышечном введении — около полутора часов.

Абстинентный синдром. Развивается спустя 1–2 сут после окончания действия препарата. Характеризуется вегетативной дисфункцией, стойкими диссоматическими расстройствами, диффузным соматическим дискомфортом, сопровождающимся мучительным чувством изможденности с алгическими ощущениями, зачастую без четкой локализации. Эти алгии переживаются как невыносимые, но постоянные и мучительные боли в руках и мышцах спины. Жалобы предъявляются с монотонной назойливостью.

Течение. При продолжающемся применении препарата на первый план выходят проявления астенопатического синдрома. Мимика резко обедняется, становится однообразной и невыразительной. У некоторых больных возникает диссоциация мимики верхней и нижней половины лица. Существенно обеднены и другие моторные реакции, двигательные акты становятся лишенными законченности и выразительности. Эмоции в значительной мере нивелируются, по большей части представлены дисфорическими реакциями

ми. Эмоциональный фон приближается к апатическому. Пациенты немногословны, на вопросы отвечают с большой задержкой, высказывания стереотипизированы.

При обострении влечения к наркотикам до степени компульсивного наблюдаются проявления агрессии и негативизма. Отмечаются также некритичность к своему состоянию, нарушение концентрации внимания, торпидность мышления, отсутствие инициативы. При употреблении в больших дозах возможны судороги, за которыми следуют утрата сознания и состояния, близкое к клинической смерти.

К психотомиметическим средствам (галлюциногенам) растительного происхождения относятся мескалин, накапливающийся в корончатках-бутонах мексиканского кактуса *Lophophora (пейот)* и псилоцибин, содержащийся в псилоцибинпродуцирующих грибах рода *Psilocybe*.

2.4.2.4. Псилоцибинсодержащие грибы

Они обычно поселяются на почве, отмерших ветвях и стеблях растений, многие обитают на болотах, торфе, навозе, встречаются в лесу, на заболоченной местности. На территории России обнаружены три вида псилоцибинпродуцирующих грибов, из которых только один встречается в Северо-Западном регионе. Это псилоцибе полудланцетовидная⁶, произрастающая в лесах, на пастбищах и по окраинам дорог. Как и другие псилоцибинсодержащие грибы, она имеет непривлекательное по виду плодовое тело, поэтому грибники-любители ее обычно не собирают. Шляпка у гриба коническая, далее слабо распростертая с острым бугром, диаметром 1–5 см, желтовато-зеленоватая, потом темно-коричневая, с отделивающейся в виде слизистых пленок кожицей. Пластинки узкие, приросшие к ножке, частые, сначала светло-кремовые, а по созревании темно-пурпурно-фиолетовые.

Источником сбора псилоцибинсодержащих грибов являются не только места их естественного произрастания в летне-осенний период, но и искусственное культивирование на специальных средах

⁶Не соотносится ни с одним условно съедобным, несъедобным или ядовитым грибом, имеющим русскоязычное наименование и описанным в медицинской или другой справочной литературе. На сленге называется просто «гриб» или, что неправильно, «поганка».

или в теплицах. Употребляют грибы в сушеном или сыром виде либо смешивают с маринованой, сворачивая с этой смесью «косяк», и курят. Эффект употребления грибов сравнительно слабый и длится около 6 ч. При употреблении в малых дозах галлюциногенные грибы вызывают не яркие психоделические переживания, а искажение зрительного восприятия цвета и формы объектов.

2.4.3. Органические растворители, средства бытовой химии (летучие органические соединения — ЛОС, ингалянты)

Для достижения опьянения используются химические продукты трех основных групп.

Растворители: бензин, керосин, различные виды клеев, замазок, жидкость для снятия лака, горючая смесь для зажигалок, растворители для красок, вещества для обезжиривания поверхностей, пятновыводители, чернила для фломастеров, корректирующая жидкость.

Газы и сильно летучие вещества: смесь для бутановых зажигалок, любые аэрозоли, например краски, лак для волос, защитная пропитка для ткани, охладители, веселящий газ (закись азота, используемая в медицине для наркоза, а также в баллончиках со взбитыми сливками).

Летучие нитриты: аэрозоли — комнатные освежители воздуха.

Ингалянт наливается на кусок ткани, ватный тампон или выдавливается (выливается) в полиэтиленовый пакет, тетрапак или бумажный кулек. Затем ткань или пакет подносится ко рту и носу, иногда после предварительного подогрева. Кроме того, ткань, смоченную ингалянтом, накладывают на заранее выбитую поверхность головы в биологически активных точках (местах сочленения сагиттального шва с лобной или затылочной костью), апликация прикрывается головным убором. На жаргоне потребителей ингалянтов называют «нюхальщиками».

Механизм действия. Действующими веществами ЛОС являются жидкие углеводороды, полученные дистилляцией и фракционированием неочищенной нефти. Основное действие ЛОС заключается в угнетении центральной нервной системы сначала на уровне коры головного мозга, а затем на уровне стволовых структур. ЛОС

действуют как простые аффиксанты, вызывая гипоксию мозга, однако существуют и другие механизмы, обеспечивающие опьяняющий эффект их применения. Практически не связываются с белками, элиминация происходит за счет экскреции, экскреции с мочой и окислительного метаболизма в печени. Токсическое повреждение органов вызывают не исходные формы, а метаболиты ЛОС.

Клиническая картина интоксикации. В начале интоксикации может возникнуть неадекватная веселость, затем развивается спутанность сознания, дезориентировка и могорная атаксия. Достаточно характерно появление ярких, зачастую управляемых зрительных галлюцинаций — «мультиков». Эти галлюцинаторные переживания сценподобны, причем представляются настолько естественными, что у больных возникает желание потрогать их руками. Впоследствии они даже могут описать свои ощущения, возникшие при «поглаживании» объектов. Также могут появляться слуховые галлюцинации, и тогда «мультифильм» как бы озвучивается.

В состоянии интоксикации иногда наблюдаются расстройства сенсорного синтеза в виде изменения формы окружающих предметов, чувство «проваливания», парения в воздухе, нарушения координации движений. У части больных развивается делириозное помрачение сознания с наплывами устрашающих зрительных галлюцинаций, слуховых галлюцинаций угрожающего и императивного характера.

Абстинентный синдром. Наличие пока не подтверждено. В послеинтоксикационном периоде отмечаются выраженные астенические расстройства, апатия, заторможенность, повышенная сонливость.

В соматической сфере — колебания пульса и артериального кровяного давления, тахикардия. Возможны неврологические расстройства в виде диффузной головной боли, расширения зрачков, нистагма. Отмечаются приступы гипергидроза, тремор, гиперрефлексия, иногда — судорожные подергивания конечностей. Тонус мышц повышен, ощущается мышечный дискомфорт.

Течение. Толерантность после повторных вдыханий вырабатывается. Психическая зависимость развивается в течение нескольких недель и носит стойкий характер. При систематической ингаляцией возникают тяжелые нарушения поведения, меняется отношение к учебе, большие нарушения, склонны к хулиганским по-

ступкам. Отмечаются задержка физического и психического развития, эмоциональная неустойчивость, значительное эмоционально-волевое снижение вплоть до выраженных проявлений токсической энцефалопатии. В делириозном состоянии большие способности к со-вершению суицидальных действий.

Соматические последствия злоупотребления ЛЮС также крайне тяжелы. При высоких дозах ингалянтов возможны судорожные припадки. В процессе самой ингаляции возможны потеря сознания и смерть от удушья. Развиваются воспалительные заболевания дыхательных путей, верхних отделов пищевода, токсические поражения печени и почек, миокардиодистрофия, слабость и атрофия мышц.

2.4.4. Атропинсодержащие препараты

Эту группу составляют варианты атропина — антигистаминные препараты и корректоры психотропной терапии. К антигистаминным препаратам относятся астматол, белладонна, димедрол («дима»), пипольфен («пипа») и пр., а к корректорам — циклодол («цикл», «цикляшка»), артан, ромпаркин и пр.

2.4.4.1. Димедрол и пипольфен

Используются в лечебной практике для лечения аллергических заболеваний. Препараты обладают слабым седативным и снотворным действием и именно из-за этих эффектов являются предметом злоупотребления. Клиническая картина опьянения аналогична таковой при опьянении транквилизаторами, однако возможны еще и головокружение, головная боль, сухость во рту, тошнота. При систематическом злоупотреблении возможно возникновение делириозных психозов и психоорганического синдрома.

2.4.4.2. Циклодол

Циклодол из всех корректоров вызывает наиболее серьезные расстройства.

Клиническая картина опьянения. При разовом приеме препарата через 20–30 мин возникает чувство эмоционального подъема,

физической легкости, невесомости тела, отрешенности от окружающего. На этом фоне нередко отмечаются иллюзорное восприятие, зрительные галлюцинации приятного необычного содержания, привлекающие кожные и телесные ощущения. Ориентировка в окружающем не нарушена.

Абстинентный синдром. Характеризуется тревожностью, беспокойством, неустойчивостью, непроизвольностью движений, суетливостью, повышенной возбудимостью, вспыльчивостью. Отмечаются общая слабость, тремор, судорожные подергивания отдельных групп мышц, повышение мышечного тонуса. Присоединяются диспепсические расстройства, тошнота, погливость, болезненные ощущения в мышцах и суставах. Длится 1–2 недели, остаточные вегетативные и неврологические расстройства сохраняются до 1,5–2 мес.

Течение. Формируется психическая и физическая (через год и более после начала употребления) зависимость. Толерантность нарастает достаточно медленно. Как в период острой интоксикации, так и в начальном периоде токсикомании может развиваться характерный циклодоловый делирий с наглым зрительных и слуховых галлюцинаций, помрачением сознания, чувственным бредом огнотенения, преследования, психомоторным возбуждением с агрессивными тенденциями, что делает этих больных опасными для окружающих.

Через год приема возникают устойчивые вегетативные нарушения: гиперемия щек на фоне бледности лица, яркие губы, мышечные подергивания, диспепсические расстройства. Возможны тяжелые поражения сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В сфере психики формируются нарушения памяти и мышления, вплоть до признаков выраженной органической деменции.

2.4.5. Полинаркомания (политоксикомания)

Полинаркоманией называется одновременно существующее приращение к нескольким наркотикам. Переход на употребление двух и более наркотиков обусловлен, как правило, следующими причинами.

- о Ранее принимаемый наркотик не дает желаемого эффекта из-за роста толерантности; присоединяется более сильный наркотик.

3. МОНИТОРИНГ КАК ВИД СОЦИАЛЬНО-СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Статистическая наука и статистический метод

3.1.1. Основные понятия

В соответствии со сложившимся в нашей стране пониманием *статистика* является самостоятельной общественной наукой, изучающей количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. Она устанавливает размеры и количественные соотношения явлений общественной жизни в конкретных исторических условиях места и времени, а также проявляющиеся в их изменениях закономерности.

Статистическое исследование строится на основе определенных, выработанных в процессе долготейшей практики и научно обобщенных принципах, правилах и приемах, в сумме составляющих *статистическую методологию*.

3.1.2. Этапы статистического исследования

Статистическая работа в практической деятельности и в специально проводимых исследованиях складывается из четырех последовательных этапов, которые, в свою очередь, распадаются на ряд статистических операций:

- 1) составление плана и программы исследования (подготовительная работа);
- 2) статистическое наблюдение (регистрация);
- 3) статистическая сводка и группировка первичных данных;
- 4) математико-статистическая обработка и анализ данных.

Все этапы в статистическом исследовании осуществляются строго последовательно. Основные разделы этапов статистического исследования таковы.

1. Составление плана и программы исследования (подготовительная работа).
 - о Определении целей и задач исследования.

о К ранее принимаемому наркотик наркотизму наркозависимый вынужден присоединять наркотик со снотворным эффектом из-за возникновения нарушений сна.

о Наркотик становится труднодоступным, чаще всего, из-за финансовых затруднений наркозависимого на поздних стадиях течения заболевания.

Если наркоман полностью переходит на прием доступных для него нескольких токсических веществ, можно говорить о политоксикомании. Клиническая картина полинаркоманий (политоксикоманий) более тяжелая и характеризуется более грубыми личностными изменениями, более уродливыми формами социального поведения, более частым возникновением психотических расстройств с затяжным течением и более выраженным снижением интеллектуальных и мнестических функций. Прогноз при полинаркоманиях (политоксикоманиях) существенно менее благоприятный, ремиссии при лечении неустойчивые и кратковременные, влияние больных на окружающих более губительное.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы клинические особенности действия используемых в качестве наркотиков препаратов конопли?
2. Каковы клинические особенности действия используемых в качестве наркотиков психотомиметических препаратов?
3. Каковы клинические особенности действия используемых в качестве опьяняющих веществ летучих органических соединений?
4. Каковы клинические особенности действия используемых в качестве опьяняющих веществ атропинсодержащих препаратов?
5. В чем заключаются причины формирования и особенности течения полинаркоманий и политоксикоманий?

- о Составление плана и программы наблюдения;
- определение объекта наблюдения;
- установление единицы наблюдения;
- определение учетных признаков;
- разработка формы учетного документа;
- определение вида и способа статистического наблюдения (по времени, степени охвата, характеру наблюдения).
- о Составление программы сводки первичных данных:
 - установление принципов группировки;
 - выделение группировочных признаков;
 - определение необходимых комбинаций признаков;
- о Составление перечня комбинационных таблиц;
- определение места, времени и субъекта наблюдения, сводки и обработки данных.
- 2. Статистическое наблюдение (регистрация).
 - о Инструктаж.
 - о Обеспечение формами регистрации.
 - о Сбор данных (собственно регистрация).
 - о Контроль качества регистрации.
- 3. Статистическая сводка и группировка первичных данных.
 - о Счетная и логическая проверка первичных данных.
 - о Разметка (шифровка) данных по группировочным признакам.
- о Построение и заполнение таблиц.
- 4. Количественная обработка и анализ данных.
 - о Вычисление относительных величин (статистических коэффициентов).
 - о Составление динамических рядов.
 - о Вычисление средних величин.
 - о Статистическая оценка достоверности выборочных показателей и проверка гипотез.
 - о Построение графических изображений.
 - о Измерение связи между явлениями (корреляция).
 - о Привлечение сравнительных данных.
 - о Описание и представление результатов.

Все перечисленные этапы не обязательно присущи лишь научному исследованию. Они присутствуют и в повседневной статистической работе различных организаций и служб. Первому этапу статисти-

стического исследования соответствует разработка системы учета и отчетности министерствами и ведомствами. Этапу статистического наблюдения соответствует практика заполнения учетных документов. Составление периодических отчетов соответствует этапу статистической сводки и группировки данных. Этап анализа представлен в текстовой части отчетов, в составлении аналитических и обзорных материалов, дающих научное толкование и объяснение цифровых данных.

3.1.2.1. План и программа статистического исследования

Целью статистической работы может быть как выяснение некоторых теоретических проблем (проверка тех или иных гипотез), так и удовлетворение практических запросов органов социально-управления, испытывающих необходимость изучения того или иного явления. В зависимости от цели конкретизируются частные *задачи*, составляются план проведения и программа наблюдения и сводки данных. Только ясная формулировка цели исследования дает возможность при составлении его программы учесть те признаки, которые необходимы для решения поставленных задач, позволяет выбрать такие группировки признаков, которые впоследствии обеспечат правильность анализа и выводов.

Составление плана и программы наблюдения включает в себя следующие *виды работ*. Определение объекта наблюдения подразумевает выбор основной совокупности исследуемых лиц или предметов, ее численность и характер. Это «кто?» или «что?», подлежащие исследованию, чаще всего являющиеся молодежью, лицами, находящимися в местах лишения свободы, наркопотребителями и т. п. Но это могут быть, например, и подпольные лаборатории и изготовлению синтетических наркотиков или судебные дела.

С объектом наблюдения связана предполагаемая численность наблюдений, т. е. объем статистической работы. Он тесно связан со степенью однородности объекта: чем однороднее изучаемый объект, тем меньше необходимо наблюдений. Считается также, что на объем работы влияет степень детализированности программы наблюдения, т. е. количество регистрируемых признаков. Чем больше таких признаков, тем большего количества наблюдений требует их изучение.

Одним из важнейших элементов подготовительной работы яв-

ляется установление единицы наблюдения. Под ней понимается первичный случай счѐта (лицо, физический объект, явление) или первичный элемент исследуемой совокупности. Это та единица, о которой должны быть получены сведения в ходе наблюдения.

Единица наблюдения определяется целью и задачами исследования, а также объектом статистического наблюдения. Например, при изучении наркологической заболеваемости населения на основе его обращаемости в наркологические учреждения единицей наблюдения будет являться первичное обращение по поводу данного заболевания, в данном календарном году, с выделением впервые в жизни установленного диагноза. В уголовой статистике единицей наблюдения является лицо, совершившее зарегистрированное правонарушение, либо само это правонарушение. Однозначное и четкое определение единицы наблюдения имеет очень большое значение как для точности и однородности собираемых данных, так и для обеспечения возможности дальнейших сопоставлений и обобщений.

Наряду с установлением единицы наблюдения определяют учитываемые при наблюдении статистические признаки (пол, возраст, место жительства, характер занятости, этническую принадлежность, параметры интересующего исследователя вида поведения и т. д.) и их статистическую группировку. Признаки, подлежащие регистрации и характеризующие единицу наблюдения, носят название **учетных**.

Перечень учетных признаков каждой единицы наблюдения составляет программу наблюдения. Практически программа статистического наблюдения представляет собой некий учетный бланк, статистическую карту или список в виде книги, журнала с перечнем вопросов и подлежащих учету признаков.

Общие правила, в соответствии с которыми должна составляться программа наблюдения, таковы:

- a) включать в программу следует только необходимые вопросы, не перегружая ее вопросами второстепенными по принципу «авось пригодится»;
- b) формулировки вопросов должны быть точными и ясными;
- c) постановка вопросов должна обеспечивать четкие, ясные и однозначно категоризируемые ответы;
- d) вопросы программы должны быть координированными так, чтобы их можно было использовать для взаимного контроля (диагноз — пол, возраст — характер занятости).

На этом же этапе составляется и программа **магематико-статистической обработки данных**. Составление программы обработки до начала сбора первичной информации преследует цель избежания возможных пробелов в программе наблюдения или, наоборот, включения в нее излишних вопросов. Составление этой программы заключается в определении результатов, которые необходимо получить путем статистического исследования, в установлении принципов группировки и выделения группировочных признаков (разработке измерительных шкал), в определении необходимых комбинаций этих признаков, на основе которых будут строиться корреляционные таблицы.

Организационный план исследования включает в себя определение следующих параметров процедуры исследования.

Определение **места наблюдения**. Под ним понимают административно-территориальные границы наблюдения: село, город или городской район, область, край, федеральная округ и т. д. Местом наблюдения может быть местность, представляющая особый интерес с позиций цели исследования, например городской район с высоким уровнем наркопотребления.

Определение **времени наблюдения**. Это конкретные сроки осуществления наблюдения. Вместе с ними обычно намечаются и примерные сроки проведения всего исследования в целом.

Определение **субъектов наблюдения**. Под ними понимаются его организаторы и участники. Следует заранее заметить, какими силами будет проводиться работа — кто будет заполнять первичные документы, осуществлять магематико-статистическую обработку, контролировать работу и т. д.

3.1.2.2. Статистическое наблюдение

На этапе статистического наблюдения регистрируются отдельные факты, единичные случаи из изучаемой их совокупности и характеризующие их признаки, доступные и необходимые для учета.

Проведение наблюдения включает следующие операции:

- o инструктаж предварительный, до начала работы, и текущий, в процессе ее проведения. Инструктаж может быть устным и письменным, в виде кратких инструктивно-методических пояснений на самих учетных формах или в виде специальных печатных пособий — инструкций, руководств и т. д.;

- о обеспечение формами регистрации;
- о сбор первичной информации (собственно регистрация);
- о контроль качества регистрации.

Виды и способы статистического наблюдения. По времени проведения статистическое наблюдение может быть единовременным и текущим. Единоразовым называется наблюдение, при котором статистические данные собираются на определенный (так называемый критический) момент времени. Примерами единовременного наблюдения являются переписи или диспансерное наблюдение лиц, стоящих на наркологическом учете. Единовременное наблюдение может быть одномоментным и периодическим, повторяющимся с определенной частотой, как, например, профилактические рейды правоохранительных органов.

Текущим, или непрерывным, называется наблюдение, при котором исследуемые факты собираются путем постоянной, повседневной регистрации в течение определенного периода по мере их возникновения. Примерами текущего наблюдения является учет рождений, заболеваний, смертей, данных о деятельности лечебно-профилактических учреждений и органов охраны правопорядка.

По степени охвата статистическое наблюдение может быть сплошным и несплошным. При сплошном наблюдении регистрируются охватывается вся совокупность явлений. К нему прибегают тогда, когда надо знать абсолютную величину явления: численность населения, число заболеваний, особенно социально опасных, число умерших и т.д.

Зачастую сплошное наблюдение громоздко, затруднительно, дорогостояще, а подчас и невозможно для осуществления (например, обследование всех лиц в населении, когда-либо пробовавших наркотики или токсические опьяняющие вещества). В таких случаях прибегают к несплошному, или частичному, наблюдению. Оно должно охватывать достаточное количество единиц наблюдения и отражать все разнообразие изучаемого явления, т. е. быть представительным (репрезентативным).

Различают следующие основные методы несплошного статистического наблюдения.

Выборочное наблюдение. Сутью метода является изучение для установления типичных характеристик какой-либо статистической совокупности не всех ее единиц, а лишь их части. Эта часть единиц, или выборочная совокупность (выборка), формируется таким

образом, чтобы обеспечить равную возможность для всех единиц исходной совокупности попасть под наблюдение. Метод позволяет в более короткий срок и с меньшей затратой сил и средств провести статистическое исследование. Полученные показатели при правильной организации выборочного наблюдения имеют высокую и, главное, контролируруемую точность, достаточную для решения задач исследования.

Метод основного массива. Статистическому наблюдению подвергаются такие объекты, в которых наиболее полно представлены все факты, относящиеся к изучаемому явлению. Примером здесь может быть изучение наркопотребления среди военнослужащих только в войсковых подразделениях, участвующих на момент проведения исследования в боевых действиях.

Анамнестический метод. Заключается в сборе данных анамнеза путем специального опроса, отличающегося от обычного точной датировкой некоторых событий жизни, как неповторяющихся (например, возраст первой пробы наркотиков), так и повторяющихся (например, судимости). Этот метод применяется лишь тогда, когда невозможно использовать прямые и более точные данные, чаще всего в силу их отсутствия (например, о самостоятельных попытках наркозависимых оборвать прием наркотика).

Метод монографического описания. Это наблюдение небольшого числа объектов, чаще всего одного, но проведенное подробно и детально. Целью подобного исследования является показ существенных особенностей какого-либо явления, ярко представленного на таком объекте, например каналов распространения и характера потребления наркотиков в конкретном учреждении системы исполнения наказаний.

По способу получения сведений или по характеру своего осуществления статистическое наблюдение делится на:

- 1) непосредственное наблюдение, например за распространением наркотиков в местах продаж;
- 2) устный опрос (интервьюирование), используемый в качестве основного метода в различных исследованиях социального поведения;
- 3) самоисчисление или саморегистрация, например при изучении денежных затрат, заполнении разного рода анкет;
- 4) отчетный способ, основанный на данных текущего учета.

3.1.2.3. Статистическая сводка и группировка данных

Статистическая сводка по существу является начальным этапом статистической обработки, в процессе которой масса единичных индивидуальных наблюдений систематизируется, сводится в определенные программой статистической обработки группы и оформляется в виде статистических таблиц. Назначение сводки состоит в том, чтобы обобщить собранный материал, дать его сводную характеристику с помощью статистических показателей. Научно-методологической основой сводки является метод группировки.

Группировкой в статистике называется прием, состоящий в разбиении совокупности изучаемых данных на однородные, типичные группы по наиболее существенным признакам. Признаки, по которым производится группировка (группировочные признаки), делятся на количественные и качественные (атрибутивные). Количественным называется признак, который может быть выражен числом (возраст, доза, продолжительность употребления и т. д.). Атрибутивным называется признак, который выражается только словесно (диагноз, состав правонарушения, пол, этническая принадлежность и т. д.).

В исследованиях, направленных на установление причинности, признаки подразделяются на факториальные и результативные. Факториальные признаки характеризуют условие, определяющее наблюдение (пол, возраст, перенесенные заболевания, условия воспитания и т. д.). Результативные признаки отражают результаты конкретного наблюдения (вид употребляемого наркотика, количество задержаний, обращений в наркологические учреждения и т. д.), на которые потенциально влияют факториальные признаки.

Группировка имеет исключительно большое значение для успеха статистического исследования, поскольку только благодаря ей можно выявить существенные стороны изучаемых явлений и процессов. Выбор основных признаков, по которым группируются первичные данные статистического наблюдения, детальность наблюдения определяются целью и задачами исследования. Примерами наиболее важных группировок, применяемых в статистических исследованиях, являются Международная классификация болезней, травм и причин смерти и Уголовный кодекс.

Выделяют следующие виды статистических группировок.

Простая группировка. Объединение единиц совокупности в группы производится по какому-либо одному признаку. Например, это группировка населения на городское и сельское, федеральных округов — по уровню наркопреступности и т. п.

Типологическая группировка. При ее помощи в изучаемой совокупности явлений выделяются однокачественные в существенном отношении группы. Примером может быть группировка стран с высоким уровнем наркопотребления на страны с преобладающим употреблением героина и страны с преобладающим употреблением кокаина или стимуляторов.

Структурная группировка. Она выявляет состав (строение) однородной в качественном отношении статистической совокупности по определенным признакам. Примерами здесь могут служить группировка населения по полу, возрасту, роду занятий и т. д.

Аналитическая группировка. Осуществляется для двух статистических признаков одновременно, причем в качестве основы берется группировка факториального признака. Применяется для изучения взаимосвязей, которые проявляются в систематическом изменении результативного признака в связи с изменением факториального. Примером здесь могут быть различия между мужчинами и женщинами в группе наркопотребителей по видам употребляемых наркотиков.

Итоги группировки и сводки первичных данных наблюдения представляются в виде статистических таблиц. *Сводка* в узком смысле слова представляет собой техническую операцию, состоящую в подсчете итоговых данных для заполнения таблиц. При использовании современных статистических программных пакетов сводка выполняется компьютером автоматически. Для этого все признаки статистического документа должны быть предварительно зашифрованы при помощи заранее разрабатываемой системы условных кодов. Для облегчения ввода информации в компьютер они могут включаться в первичный документ статистического исследования или содержаться в специальной инструкции.

Сводка, проводимая в едином статистическом учреждении, куда с мест представляются данные наблюдения, называется централизованной. Если данные наблюдения обрабатываются на местах, такая сводка называется децентрализованной.

Сводке статистических данных должна предшествовать их счетная и логическая проверка. Счетная проверка направлена на опре-

деление полноты собранных данных наблюдения. Логическая проверка заключается в качественной оценке записей, произведенных в статистических документах. Все выявленные недочеты — отсутствие ответов на вопросы, неправильные записи, ошибки необходимо исправить на месте или запросить недостающие сведения.

Вопросы для самоконтроля

1. Каково содержание статистики как науки и в чем заключается предмет статистической методологии?
2. Каковы основные этапы статистического исследования?
3. Каково содержание работы по составлению плана и программы статистического исследования?
4. Каковы основные виды и способы статистического наблюдения?
5. Какие операции включают в себя статистическая сводка и группировка данных наблюдения?

3.2. Опрос как метод сбора первичной статистической информации

3.2.1. Общая характеристика опросного метода

Целью опроса является получение информации об объективных и/или субъективных (мнения, настроения и т. п.) фактах со слов опрашиваемых. Все разнообразие методов опроса, применяемого в социальных науках, можно свести к двум основным типам:

- 1) опрос «лицом к лицу» — интервью, проводимое специалистом-интервьюером по определенному плану;
- 2) заочный опрос — анкеты, предназначенные для самостоятельного заполнения и распространяемые исследователями по почте, через массовую печать, с помощью специальных людей — анкетеров и т. п.

Опросам как методам сбора первичной информации свойственна известная ограниченность. Их данные во многом основаны на самонаблюдении, поэтому даже при условии полной искренности опрашиваемых они нередко свидетельствуют не столько об их подлинных мнениях и настроениях, сколько о том, какими они их изображают. В то же время существует множество таких сторон соци-

альной жизни, изучение которых невозможно без использования опросов. Так, посредством опросов осуществляется получение информации о мнениях, чувствах, мотивах, отношениях, интересах и т. д. При этом данные опросов могут отражать явления, относящиеся не только к настоящему времени, но также к прошедшему и будущему.

Позитивную роль в изучении какого-либо общественного явления опросы играют в наибольшей мере тогда, когда полученная с их помощью информация сопоставляется с результатами анализа статистических данных, официальной и личной документации, материала непосредственного наблюдения. Необходимо избегать абсолютизации методов опроса, когда они применяются в качестве универсальных, особенно если нужны другие методы сбора первичной информации.

Виды интервью. В стандартизованном интервью формулировки вопросов и их последовательность определены заранее, они одинаковы для всех опрашиваемых. Интервьюеру не разрешается переформулировать какие-либо вопросы или вводить новые, а также изменять их порядок. Нестандартизованное интервью, напротив, характеризуется гибкостью. Интервьюер руководствуется лишь общим планом интервью и может сам в соответствии с ситуацией, складывающейся при интервьюировании, формулировать вопросы и изменять их порядок.

Каждому из этих видов интервью присущи свои преимущества и недостатки.

Преимущества стандартизованного интервью:

- a) полученные данные легко сравнимы;
- b) выше надежность информации — результаты повторного интервьюирования одной и той же группы опрошенных в большей мере совпадают;
- c) ошибки в формулировании вопросов сведены до минимума;
- d) может быть успешно проведено интервьюером с невысокой квалификацией.

Недостатки стандартизованного интервью: возможность ошибок вследствие неоднозначного понимания опрашиваемыми содержания вопроса; несколько «формальный» характер опроса, затрудняющий установление контакта между интервьюером и опрашиваемым, а также не допускающий дополнительных вопросов.

Преимущества нестандартизованного интервью:

- a) возможность стандартизации не столько формулировок, сколько смысла вопросов;
- b) более высокая обоснованность результатов, поскольку они получены в ситуации, близкой по форме к обычной беседе, что вызывает более естественные ответы;
- c) большая гибкость, допускающая возможность приспособления к конкретной ситуации интервьюирования;
- d) возможность получения более полной и глубокой информации.

Главный недостаток нестандартизованного интервью состоит в том, что иногда трудно сопоставить полученные данные из-за вариаций или даже ошибок в формулировках вопросов и их последовательности.

Многими достоинствами двух названных видов личного опроса обладает полустандартизованное, или «фокусированное», интервью, в котором исползуется так называемый «путеводитель» с перечнем как строго необходимых, так и возможных вопросов. При этом основные вопросы должны быть заданы каждому опрашиваемому. Обязательные вопросы (подвопросы) задаются или не задаются интервьюером в зависимости от ответов опрашиваемого на основные вопросы. Это дает возможность интервьюеру варьировать набор задаваемых вопросов в пределах «путеводителя». Полученные данные в то же время достаточно высоко сопоставимы.

Выбор того или иного вида интервью зависит от уровня изученности проблематики, целей исследования и его программы. Применение стандартизованного интервью целесообразно в том случае, если необходимо опросить большое количество людей и затем подвернуть полученные данные статистической обработке. Этот вид интервью часто исползуется в качестве основного метода сбора первичной информации.

Нестандартизованное интервью обычно исползуется не как основное средство сбора данных, а либо на ранних стадиях исследования для предварительного знакомства с изучаемой проблематикой, либо с целью дополнения и контроля данных, собранных другими методами. Полустандартизованное интервью одинаково часто применяется как в качестве основного средства получения первичной информации, так и для того, чтобы только проконтролировать материалы, собранные другим путем.

Содержание вопросов. Все разнообразие вопросов можно группировать следующим образом.

1. Вопросы, направленные на выявление фактической информации о личности и социальном положении опрашиваемого. Ответы на них позволяют группировать опрашиваемых по различным категориям, исходя из возраста, занятости, этнической принадлежности и т.п.

2. Вопросы, направленные на выявление фактов поведения в прошлом или настоящем. Это вопросы о тех или иных действиях как самого опрашиваемого, так и других лиц.

3. Вопросы, направленные на выявление мнения о фактах, отношениях, мотивах и нормах поведения.

4. Вопросы, направленные на выявление интенсивности мнений и отношений.

3.2.2. Разработка первичного документа опросного исследования

Правила формулирования вопросов. Содержание вопросов обусловлено целью и задачами исследования. Однако важно, чтобы опрашиваемые понимали вопросы именно так, как это предусматривалось при разработке вопроса.

При формулировании вопросов необходимо соблюдать следующие требования.

1. Каждый вопрос должен быть логически отдельным, т.е. соответствовать одному статистическому признаку.
2. Следует избегать малораспространенных иностранных слов, узкоспециальных терминов и слов с двойным значением.
3. Нельзя задавать слишком длинных вопросов, особенно в интервью, так как опрашиваемый может не запомнить всего вопроса.
4. Если опрос касается темы, с которой опрашиваемый недостаточно знаком или в отношении которой он не имеет необходимого запаса специальных терминов, следует сделать предисловие к соответствующим вопросам. Сам же вопрос при этом остается кратким.
5. Каждый вопрос должен быть конкретным настолько, насколько возможно. Предпочтительнее касаться отдельных случаев, а не обобщений.
6. Следует либо подробно указывать все возможные варианты ответа, которые опрашиваемому необходимо иметь в виду, либо

не указывать ни одного. Необходимо также уравновешивать число возможных вариантов ответов «за» и «против», так как перевес с той или другой стороны может повлиять на ответ.

7. Необходимо предлагать опрашиваемому только такие варианты ответов, каждый из которых может быть приемлем для него в равной степени. Опрашиваемый не должен считать, что выбор того или иного варианта означал бы потерю его социального престижа.

8. Формулировка вопроса не должна стимулировать стереотипных, шаблонных ответов.

9. Следует остерегаться включения в вопрос слов, которые сами по себе могут вызвать негативное отношение опрашиваемых.

10. Вопрос не должен носить внушающего характера. Таким образом, формулировка вопросов зависит от цели и предмета исследования, используемого метода опроса и социально-демографических характеристик опрашиваемых.

Открытые и закрытые вопросы. Все вопросы, используемые в интервью и анкетах, можно разделить на открытые (неструктурные) и закрытые (структурные). Первые не дают опрашиваемому никакого руководства ни в отношении формы, ни в отношении содержания его ответов, вторые предлагают сделать выбор лишь из числа указанных вариантов ответа. При этом любая стандартизация возможных ответов должна исчерпывать объем вопроса, включая в себя, согласно смыслу, позитивные и негативные варианты ответов и ответы типа «не знаю», «затрудняюсь сказать».

Все закрытые вопросы можно подразделить на: а) вопросы дихотомические и б) вопросы с множественным выбором. Дихотомический вопрос включает в себя два взаимоисключающих варианта ответа, хотя иногда включает и вариант ответа «не могу сказать». Такие вопросы позволяют четко определить мнение опрашиваемых, однако неизбежно ведут к потере различных градаций отношения.

В вопросе со множественным выбором опрашиваемому предлагается серия возможных вариантов ответа. Если такие вопросы построены по принципу оценочной шкалы, то они предполагают выбор только одного из вариантов. Однако вопросы с множественным выбором могут составляться и таким образом, что опрашиваемый вправе указать не один, а несколько вариантов ответа.

Закрытые вопросы способны вызвать у опрашиваемых чувство раздражения, поскольку люди склонны полагать, что ни один из

предлагаемых вариантов ответа не представляет их мнения полностью, со всеми оттенками, которые бы им хотелось выразить. Открытые вопросы в интервью выглядят естественнее, что создает более благоприятную для опроса атмосферу. Нередко они позволяют получить от опрашиваемых более обдуманную информацию.

Во многих интервью и анкетах одновременно используются и открытые, и закрытые вопросы. Выбор между ними зависит от цели исследования, имеющихся в распоряжении исследователя времени и средств и от уровня знаний о явлении, которое необходимо изучить. Как правило, открытые вопросы чаще применяются в интервью, нежели в анкете, потому что обычно людям легче рассказать, чем изложить это письменно.

Косвенные приемы получения информации. Часто люди не хотят обсуждать в интервью некоторые остросюжционные вопросы или отвечать на них в анкете, давать о себе информацию слишком личного характера, выражать свое отношение, зная, что оно может не одобряться. Кроме того, далеко не все аспекты личного отношения опрашиваемого к какому-либо явлению всецело им осознаются. В подобных случаях используются косвенные приемы получения информации, т. е. такие, истинные цели применения которых замаскированы для опрашиваемого. Это:

- a) сочетание прямого и косвенного вопросов на одну и ту же тему;
- b) различные вопросы, когда опрашиваемого просят дать ответ о мнениях других людей или об объективной, с его точки зрения, реальности;
- c) проективные вопросы, когда речь идет не о самом опрашиваемом, а о каком-то другом воображаемом человеке или группе лиц;
- d) информационные тесты, применение которых исходит из предположения о том, что количество и характер информации, которыми располагает человек о каком-то предмете или явлении, находятся в прямой зависимости от отношения этого человека к данному предмету или явлению.

Последовательность вопросов. Она больше важна для интервью, чем для анкеты, поскольку, получив анкету, люди почти всегда перед тем, как начать отвечать, просматривают ее. Интервью — это процесс социально-психологического взаимодействия, имеющий свои фазы развития. Поэтому месторасположение вопроса в

определенной мере диктует и его содержание. Порядок вопросов в интервью должен способствовать установлению и последующему укреплению контакта между интервьюером и опрашиваемым. Некоторые вопросы вводятся в план интервью специально с этой целью, хотя они могут и не иметь прямого отношения к теме исследования.

Последовательность вопросов в интервью должна отвечать следующим требованиям.

1. По мере прохождения опроса интерес опрашиваемого к нему должен расти. Необходимо, чтобы первый вопрос привлекал внимание, заинтересовывал опрашиваемого, но не был дискуссионным.
2. Более сложные вопросы должны следовать за более простыми. Чем далее опрашиваемый вовлекается в интервью, тем труднее ему отказаться от его продолжения. Поэтому требующие размышления вопросы не должны ставиться слишком рано, но и не должны идти слишком поздно, так как обычно через 15–25 мин опрашиваемый утомляется.
3. Сугубо интимные вопросы нельзя задавать слишком поспешно. Они задаются тогда, когда с опрашиваемым уже установлен известный контакт.
4. В смысловом отношении вопросы должны следовать друг за другом в соответствии с естественной логикой беседы.

В некоторых случаях рекомендуется все же отступать от логического порядка вопросов, задававшихся ранее. Для того чтобы прервать ход мыслей опрашиваемого и не допустить такого влияния, можно задавать тематически связанные вопросы не подряд или даже вставлять между ними так называемые «буферные» вопросы, относящиеся к совершенно другой теме. Такое перемешивание тем, кроме того, препятствует появлению утомления.

В частности, и для предотвращения влияния последовательности вопросов, их иногда задают по принципу «воронки». Начиная определенную тему, интервьюер начинает с неструктурных вопросов, а затем переходит к более структурным.

Некоторые опрашиваемые, не желая показывать свою неосведомленность, высказываются о темах, совершенно им не известных. Поэтому перед началом опроса по таким темам задается так называемый информационный вопрос, позволяющий установить, имеет ли опрашиваемый вообще какие-либо сведения по данной теме. Ос-

новные вопросы задаются только тем из опрашиваемых, которые располагают достаточной (с точки зрения интервьюера) информацией.

Выяснение фактических данных о личности опрашиваемого должно приходиться на конец интервью (анкеты). Перед этими вопросами рекомендуется ставить такой вопрос, который бы способствовал оживлению интереса опрашиваемого.

Предварительная проверка вопросника. Любой, даже разработанный с самым тщательным наблюдением всех требований вопросник нуждается в предварительном тестировании. Такая проверка всегда осуществляется посредством интервью. Ее цель заключается в том, чтобы проверить:

- a) ясность формулировок вопросов;
- b) обеспечат ли эти вопросы получение всех требуемых данных;
- c) последовательность вопросов для устранения нежелательных влияний;
- d) не упущены ли какие-либо важные аспекты изучаемой проблемы;
- e) позволяет ли вопросник добиться высокого уровня сотрудничества со стороны опрашиваемых.

Предварительные интервью проводятся среди представителей всех категорий, которые впоследствии будут охвачены массовым опросом. Их количество может колебаться от 15 до 100 человек. Обычно в пробном интервью задаваемые вопросы обсуждаются с опрашиваемыми. По окончании интервью у каждого из них спрашивается, какие трудности они испытывали при ответах, как бы они сами задали тот или иной вопрос и т. д. Наблюдения и критические замечания интервьюеров также обязательно фиксируются.

Если в исследовании принимает участие большое число интервьюеров, то после окончания пробного опроса для них разрабатывается письменная инструкция по проведению интервью.

3.2.3. Проведение опроса.

Процесс интервьюирования имеет три основные фазы: установление контакта, основная и завершающая. В фазе *установления контакта* интервьюер, прежде всего, должен стремиться к созданию дружеской атмосферы, которая побуждала бы опрашиваемого

к искренним ответам. Тем не менее интервьюер должен сохранять известную степень официальности, не допуская ни панибратства, ни менторского тона по отношению к опрашиваемому.

Вступительные слова интервьюера должны быть краткими, обоснованными и уверенными. Интервьюер излагает цели исследования, используя понятную для опрашиваемого терминологию, заверяет его в анонимности ответов и, если это необходимо, предьявляет свои полномочия. Кроме того, интервьюер обязан ответить на любые правомерные вопросы опрашиваемого.

В ряде исследований их действительные цели бывает необходимо маскировать. Это позволяет избежать нежелательного влияния на ответы различных предположений, которые могут возникнуть у опрашиваемых. Правда, при подобной маскировке некоторые вопросы могут показаться опрашиваемым не относящимися к делу. Однако возможность нежелательного влияния на ответы при этом все же меньше.

Основная фаза. Контакт, достигнутый между интервьюером и опрашиваемым, нуждается в постоянной поддержке. При умелой тактике интервьюера его контакт с опрашиваемым должен укрепляться по мере прохождения интервью. В процессе интервью интервьюер должен сохранять нейтральную позицию, т. е. ему нельзя высказывать своего отношения к предмету исследования. Отказ от этой позиции допустим лишь тогда, когда нужно выяснить степень убежденности опрашиваемого в каком-либо мнении. Тогда мнение опрашиваемого можно оспорить, чтобы увидеть, как он будет защищать свою точку зрения.

Для подтверждения правильности понимания опрашиваемым вопроса в стандартизованном интервью интервьюер может прибегнуть к зондированию. В стандартизованном интервью здесь допустимо только повторение вопроса.

В случаях противоречивости в ответах опрашиваемого соответствующие вопросы следует подвергнуть контролю. Для этого можно указать опрашиваемому на противоречие и выяснить, с чем оно связано, либо прибегнуть к косвенному зондированию. При получении ответа «не знаю» перед интервьюером встает задача выяснить, действительно ли речь идет об отсутствии своего мнения, или в этом ответе проявляется боязнь высказать свою точку зрения, нежелание думать о данном вопросе, уклонение от ответа на некоторое время, нужное, чтобы собраться с мыслями, и т. д.

Завершение интервью. После формального окончания интервью интервьюер должен поблагодарить опрашиваемого, извиниться за беспокойство. Следует помнить, что именно тогда, когда интервью закончено, опрашиваемый может сказать об очень важных, с точки зрения исследователя, вещах, о которых по каким-либо причинам он умолчал во время самого интервью.

3.2.4. Особенности заочного опроса (анкетирования)

К заочному опросу наиболее целесообразно прибегать в тех случаях, когда необходимо:

- а) выяснить отношение людей к остродискуссионным или интимным вопросам;
- б) опросить большое число людей в сравнительно небольшой срок, особенно в тех случаях, когда они расселены по обширной территории.

На первой странице анкеты обязательно указывается организация, проводящая этот опрос. Далее идет *вступление* — обращение к опрашиваемому. Здесь называются цели исследования, объясняется, почему опрашиваемый должен ответить на вопросы анкеты (можно, например, подчеркнуть важное общественное значение изучаемой проблемы). Желательно дать некоторое разъяснение, как заполнять анкету. Следует также заверить опрашиваемого в анонимности полученных ответов. Вступление должно быть лаконичным и вежливым. В конце бланка анкеты всегда выражается благодарность опрашиваемому.

Еще на стадии построения вопроса необходимо учитывать требования, обусловленные использованием вычислительной техники для обработки анкет. Они заключаются в отводе на бланке анкеты *места для шифровки ответов*.

Большое значение имеет *внешний вид анкеты*, поскольку он может оказывать как благоприятное, так и неблагоприятное психологическое воздействие на опрашиваемых. Здесь важно и качество бумаги, и полиграфическое оформление. Желательно использовать несколько шрифтов, чтобы можно было визуально разделить вопросы от вариантов ответа, обратить внимание опрашиваемых на отдельные фразы и слова. При *размещении* вопросов важно учитывать, что они должны находиться на одной странице с вариантами

ответов. Открытые вопросы должны иметь на бланке достаточное место для ответа.

Существуют три способа проведения заочного опроса: 1) рассылка анкетных бланков по почте; 2) помещение анкет в газетах и журналах; 3) вручение анкет опрашиваемым по месту их работы или жительства.

Первые два способа применяются крайне ограниченно по причине низкого возврата анкет, даже при условии напоминания по почте, по телефону или при личном посещении.

При третьем способе, когда анкеты вручаются лично каждому опрашиваемому, иногда они заполняются сразу же в присутствии анкетера, а иногда оставляются у опрашиваемых, чтобы те ответили на вопросы в удобное для себя время и возвратили бланки к установленному сроку. Возврат анкет может приближаться к стопроцентному.

3.2.5. Особенности экспертного опроса

В экспертном опросе опрашиваемый, в отличие от рассматривавшегося ранее индивидуализированного опроса, выражает мнения и отношения определенной социальной группы, а не свои собственные. Поэтому опросы двух названных видов, как правило, направлены на достижение принципиально различных целей. Экспертные опросы применяются для определения проблемы, целей, объектов, процедур и техник, критериев исследования, как средство обеспечения надежности информации и т. д., что, в общем, не свойственно индивидуализированным опросам.

Под *экспертом* обычно подразумевается специалист в какой-либо отрасли знаний, осуществляющий *экспертизу*, т. е. особое компетентное исследование некоего вопроса, требующее специальных знаний. Соответственно некоего вопроса, требующее специальных знаний. Соответственно *метод экспертных оценок* сводится к получению социальной информации путем опроса группы экспертов. Основное преимущество групповых экспертных суждений заключается в возможности разностороннего анализа количественных и качественных аспектов сложных социальных проблем. Кроме того, существуют проблемы, изучение которых просто невозможно без привлечения экспертов.

При использовании мнений группы специалистов предполагается

ся, что взаимодействие между специалистами позволит компенсировать смещения оценок отдельных членов группы и что сумма информации, имеющейся в распоряжении группы специалистов-экспертов, будет больше, чем информация любого члена группы. В большинстве случаев при соблюдении определенных требований групповая оценка более надежна, чем оценки индивидуальные.

Центральной проблемой применения метода экспертных оценок является *отбор экспертов*. Для этого первоначально определяют список научных, практических и административно-управленческих сфер, которые затрагивает данная проблема. Затем составляется список лиц, компетентных в этих сферах. При включении в список исходят, прежде всего, из компетентности того или иного специалиста в области его непосредственной деятельности.

Одним из надежных способов оценки компетентности кандидата в эксперты является специальная самооценочная анкета, позволяющая определить эрудицию и аналитические способности потенциальных экспертов. При окончательном отборе учитываются многие факторы, способные повлиять на результаты экспертизы: потенциально возможные личные цели экспертов, противоречащие цели экспертизы, взаимоотношения между экспертами, различия представляемых ими научных школ и т. п.

Установлено, что члены экспертной группы не любят начинать работу с «чистого листа». Набор конкретных вопросов, а в ряде случаев и вероятных ответов помогает эксперту лучше понять поставленную перед ним задачу. Поэтому в основе метода экспертной оценки лежит стандартизованный или полустандартизованный вопросник, с помощью которого осуществляется сбор экспертной информации.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные виды опросных методов?
2. Каковы основные правила формулировки и предъявления вопросов в интервью?
3. Каково содержание фаз процесса интервьюирования?
4. В чем заключаются особенности заочного опроса?
5. В чем заключаются особенности экспертного опроса?

3.3. Выборочный метод

Как уже говорилось, под *выборочным методом* в статистике понимается такой метод наблюдения, при котором для отыскания типичных черт и характеристик какой-либо совокупности изучаются не все единицы этой совокупности, а лишь часть их. Совокупность, из которой извлекается выборочная совокупность и под которой подразумевается вся совокупность реально существующих объектов, называется *генеральной*.

3.3.1. Виды выборки

Существуют следующие основные виды выборочного статистического наблюдения.

1. *Случайный отбор*. Он производится на основе непреднамеренного отбора единиц совокупности при помощи таблицы или генератора случайных чисел, причем для каждой единицы обеспечивается равная возможность попадания в выборку. Отбор единиц в случайной выборке может быть повторным и бесповторным, причем последний применяется на практике значительно чаще. При нем вероятность попасть в выборку после отбора очередной единицы у следующих единиц несколько увеличивается. Это необходимо учитывать при статистической оценке ошибки выборки.

2. *Механический отбор*. Этот вид отбора предполагает, что единицы генеральной совокупности, расположенные в какой-либо последовательности по любому случайному признаку (например, угловые дела — по дате открытия или по фамилиям осужденных в алфавитном порядке), механически разбиваются на равные части. Из каждой части в заранее заданном порядке отбирают каждую пятую, десятую или иную единицу наблюдения так, чтобы обеспечить требуемый объем выборки. Случайность выборочной ошибки в механической выборке обуславливается, таким образом, случайным порядком размещения изучаемых единиц в генеральной совокупности.

3. *Типический (типологический) отбор*. При нем генеральная совокупность предварительно расчленяется на отдельные качественно однородные по тому или иному изучаемому явлению группы (типы). Выборка, произведенная в случайном порядке в каж-

дой из установленных типических групп, и будет называться типической. Вариация значений статистического признака внутри одних групп будет меньшей и в большей степени будет соответствовать вариации в генеральной совокупности. Объем выборки в каждой типической группе устанавливается пропорционально ее удельному весу в генеральной совокупности. Благодаря этому в выборочной совокупности отдельные типические группы оказываются представленными в том же соотношении, что и в генеральной совокупности, а это, в свою очередь, также увеличивает точность выборочного наблюдения. Таким образом, результаты типической выборки, как правило, более точны, чем случайной выборки. Выборочные характеристики при типическом отборе определяются для каждой типической группы отдельно, а затем на их основе находятя характеристики всей выборочной совокупности.

4. *Серийный (гнездовый) отбор*. Он предполагает выборку из генеральной совокупности не отдельных единиц, а целых серий, групп единиц, которые отбирают по принципам случайного или механического отбора. В отобранных же сериях наблюдению подвергаются все единицы совокупности. К этому способу прибегают, если нет возможности произвести выборку из всей совокупности, например, ввиду большой территории обследования. Тогда отбирают наиболее типичные для данной территории населенные пункты — «гнезда». Внутри «гнезд» производится сплошное обследование. Серийный отбор очень удобен в практическом отношении, хотя точность его результатов несколько ниже, чем при других способах отбора.

На практике нередко используют сочетание этих основных видов отбора. Наиболее широко используемым видом такого сочетания является *многоступенчатый отбор*, когда из генеральной совокупности сначала отбираются крупные серии единиц (первая ступень отбора), не подвергающиеся наблюдению. Затем из них отбираются серии, меньшие по численности (вторая ступень отбора), тоже не подвергающиеся наблюдению, и так до тех пор, пока не будут отобраны те единицы совокупности, которые будут подвергнуты наблюдению. На каждой из ступеней может быть применен любой из основных видов отбора.

Только в опросных исследованиях применяется *квотный отбор*. Он предполагает, что до начала исследования известны некоторые важные пропорции генеральной совокупности, например распреде-

ральной совокупности и тем меньше размеры ошибки выборочных показателей.

Мерой точности и достоверности⁷ выборочных статистических величин являются их *средние ошибки*, которые позволяют установить так называемые доверительные границы, т. е. тот интервал, в котором заключено действительное значение величины, полученной при данном числе наблюдений. Помимо числа наблюдений на размер средней ошибки влияет степень колеблемости (изменчивости) признака. Это показывает формула, по которой определяется средняя ошибка:

$$m = \sigma / \sqrt{nm},$$

где σ — среднее квадратическое (стандартное) отклонение, отражающее колеблемость признака; n — число наблюдений.

Между размером стандартного отклонения и размером средней ошибки существует прямая связь, а между числом наблюдений и величиной средней ошибки существует зависимость, обратная квадратному корню из числа наблюдений. Отнимая и прибавляя среднюю ошибку к выборочному показателю, находят *доверительные границы (доверительный интервал)*, в пределах которого с определенной вероятностью заключено действительное, т. е. характеризующее всю генеральную совокупность, значение этого показателя.

При вычислении доверительных границ могут быть взяты одна, две и более средних ошибок. Чем больше кратность средних ошибок, использованных для вычисления доверительных границ, тем выше вероятность, что действительное значение показателя будет находиться в пределах этих границ. С уровнем этой вероятности связан ее доверительный коэффициент или критерий достоверности t Стьюдента. При его применении формула для определения доверительных границ средней величины имеет следующий вид:

$$\bar{X} \pm tm.$$

В социальных исследованиях в качестве минимально допустимой вероятности (надежности) для оценки выборочных средних

⁷Под статистической достоверностью (существованием, неслучайностью, значимостью, надежностью) показателя понимается его возможность давать обобщенную характеристику явления, распространять полученные на его основе выводы на другие аналогичные явления.

ление населения по возрастным, профессиональным группам, по величине населенных пунктов и т. д. По этим данным вычисляются квоты, которые распределяются среди интервьюеров. Те, в свою очередь, осуществляют отбор опрашиваемых в соответствии с заданными им квотами.

Широко использование квотного отбора основано на мнении, что он обладает преимуществами, присущими типическому отбору. Однако интервьюеры склонны осуществлять отбор по дополнительным (селективным) признакам, которые подчас невозможно учесть при анализе результатов исследования. Хорошо известны тенденции обращения интервьюеров к лицам, которые им кажутся особенно компетентными в тематике опроса, своим знакомым, людям, проживающим на первых этажах многоквартирных домов, и т. п. Таким образом, требование равной возможности всех единиц исходной совокупности попасть в выборку нарушается, что всегда делает сомнительной репрезентативность квотных выборок.

Обычно для каждого статистического исследования, включая периодически проводимые с целью мониторинга, выборка формируется заново. Существует, однако, тип статистического исследования, когда определенную группу лиц, называемую «панелью», опрашивают с определенными промежутками времени в течение длительного периода. К панельным исследованиям прибегают для того, чтобы выявить причины какого-либо явления, не сталкиваясь с ограничением, характерным для выборочных исследований: люди лишь приблизительно могут припоминать события, произошедшие в прошлом.

3.3.2. Оценка достоверности выборочных статистических величин

Как бы тщательно ни производилась выборка, какой репрезентативной ни была бы выборочная совокупность, она неизбежно в какой-то мере будет отличаться от генеральной совокупности. Для оценки этого отличия используются методы определения степени различия числовых характеристик обеих совокупностей и пределов возможных колебаний выборочных показателей при данном числе наблюдений. Число наблюдений играет здесь очень важную роль: чем оно больше, тем точнее отображаются в выборке свойства гене-

принято использовать 0,95 (95%), что при достаточно большом числе наблюдений соответствует величине доверительного коэффициента $t = 1,96$ (округленно 2). Это означает, что в 95 из 100 аналогичных выборок значение средней величины будет находиться в указанных пределах либо в 95% случаев гарантируется нахождение в этих пределах средней величины по генеральной совокупности.

С помощью доверительных границ можно оценить *достоверность различия двух выборочных величин*. Если доверительные границы одной из этих величин не совпадают с доверительными границами другой величины, то различие между ними следует считать статистически значимым, существующим с тем уровнем вероятности, при котором были вычислены доверительные границы. Если доверительные границы одного показателя полностью или в большой мере совпадают с доверительными границами другого показателя, то различие между ними признается статистически незначимым, не существующим.

В тех случаях, когда при сопоставлении доверительных границ трудно сделать определенное заключение о наличии или отсутствии существенных различий между средними величинами, вычисляется критерий значимости t Стьюдента по формуле

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

где \bar{X}_1 и \bar{X}_2 — сравниваемые средние; m_1^2 и m_2^2 — квадраты их средних ошибок.

При вычислении t целесообразно в качестве \bar{X}_1 брать большую среднюю.

Если вычисленное значение t окажется меньше 2, то различие между средними признается случайным, статистически не значимым; при $t > 2$ это различие можно считать значимым с вероятностью $> 0,95$ ($P < 0,05$)⁸; при $t > 2,6$ — значимым с вероятностью $> 0,99$ ($P < 0,01$) и при $t > 3,3$ — с вероятностью $> 0,999$ ($P < 0,001$).

⁸ P — здесь уровень значимости, показатель, являющийся дополнением доверительной вероятности до 1,0. Так, вероятности 0,95 соответствует уровень значимости 0,05 (1,0–0,95). В противоположность доверительной вероятности уровень значимости указывает не на степень надежности полученного показателя или вывода, а на возможную вероятность его ошибочности.

При оценке достоверности *относительных величин (статистических коэффициентов)* средняя ошибка вычисляется по формуле

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где p — величина коэффициента в %; q — дополнение его до 100 (100 – p); n — общее число наблюдений.

Так же, как и средняя ошибка средней арифметической, средняя ошибка выборочного статистического коэффициента прямо пропорциональна колеблемости этого показателя (pq) и обратно пропорциональна числу наблюдений (n).

Средние ошибки статистических коэффициентов используются для вычисления доверительных границ коэффициентов по формуле

$$p \pm tm,$$

где p — величина статистического коэффициента; t — доверительный коэффициент, соответствующий избранной вероятности; m — средняя ошибка статистического коэффициента.

На основе средних ошибок вычисляется критерий t Стьюдента для оценки значимости различия двух статистических коэффициентов:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

где P_1 и P_2 — сравниваемые коэффициенты.

Использование средних ошибок для оценки достоверности относительных показателей неравномерно при величинах коэффициентов, близких к 0 или к 100%. В этих случаях обычно применяется точный критерий Фишера F (здесь не приводится).

3.3.3. Определение необходимого объема выборки

Определить численный объем наблюдений, необходимый для получения достоверных статистических показателей с заданной точностью, можно, зная колеблемость изучаемого признака и избрав определенный уровень доверительной вероятности. Расчет производится по формуле

$$n = \frac{t^2 \sigma^2}{\Delta^2},$$

где t — доверительный коэффициент (для вероятности 0,95, равный 2); σ — среднее квадратическое отклонение, хотя бы ориентировочно характеризующее колеблемость изучаемого признака; Δ — задаваемая степень точности.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные виды выборочного статистического наблюдения?
2. В чем заключаются особенности квотной и панельной выборки?
3. Как оценить достоверность выборочной средней величины?
4. Как оценить достоверность выборочного статистического коэффициента?
5. Как определить необходимый объем выборки?

3.4. Методы первичной математико-статистической обработки данных

3.4.1. Измерение в социально-статистическом исследовании

Под измерением понимается приписывание числовых форм объектам или событиям в соответствии с определенными правилами. Существуют четыре типа измерительных шкал.

1. Номинальная шкала. Это шкала, классифицирующая по названию, т. е. способ классификации объектов. Простейший случай номинальной шкалы — дихотомическая шкала, измеряющая так называемые альтернативные признаки. Более сложные шкалы могут иметь и большее количество ячеек. Единичей измерения по номинальной шкале является количество наблюдений, или частота (P). Данные, измеренные в номинальной шкале, могут быть обработаны при помощи χ^2 -критерия.

2. Порядковая шкала. Это шкала, классифицирующая по принципу «больше — меньше». Ячейки в такой шкале представляют собой классы, поскольку к ним применимы определения «низкий», «средний» и т. д. В порядковой шкале должно быть не менее трех

классов. В ней истинное расстояние между классами неизвестно, но ясно, что они образуют последовательность. Переход от классов к числам осуществляется путем приписывания рангов — 1, 2, 3-го и т. д. последовательности классов. Для оценки уровня признака, выраженного в порядковой шкале, можно использовать медиану (Me) и моду (Mo). Для оценки связи между такими признаками применяются коэффициенты ранговой корреляции, например ρ Спирмена. Большинство шкал с множественным выбором, допускающих выбор только одного варианта ответа и используемых в стандартизованных вопросах, являются порядковыми.

3. Интервальная шкала. Это шкала, классифицирующая по принципу «больше на определенное количество единиц — меньше на определенное количество единиц». Каждое из возможных значений признака отстоит от другого на равное расстояние, хотя исходная точка такой шкалы неизвестна. К интервальным шкалам применим весь аппарат статистических методов обработки данных.

4. Шкала равных отношений. Это шкала, классифицирующая пропорционально выраженности измеряемого свойства. В шкалах отношений классы обозначаются числами, которые пропорциональны друг другу: 2 относится к 4, как 4 — к 8. Это предполагает наличие нулевой точки отсчета. В социально-статистическом исследовании применимо мало шкал, которые удовлетворяли бы требованиям шкалы равных отношений. Однако если признак измерен в частотах встречаемости того или иного его значения, т. е. в номинальной шкале, тогда к нему можно применить шкалу равных отношений в виде шкалы отношений между частотами. Примером здесь могут служить шкалы вопросов со множественным выбором, допускающие выбор нескольких вариантов ответа, в стандартизованных вопросах. Как и к интервальной шкале, к шкале равных отношений применимы все существующие статистические критерии.

3.4.2. Средние величины

Средняя величина является сводной обобщающей характеристикой статистической совокупности по определенному изменяющемуся *количественному признаку*. Она характеризует весь ряд наблюдений одним числом, выражающим общую меру изучаемого признака. Средняя величина нивелирует, ослабляет отклонения

индивидуальных наблюдений в ту или иную сторону и выдвигает на первый план основное, типичное свойство явления.

Типичность является основным достоинством средних величин, поскольку благодаря ей средняя сразу дает ориентировку, общую характеристику явления. Отсюда для вычисления средних возникают два условия: 1) однородность совокупности; 2) достаточное число наблюдений. Вопрос однородности решается путем качественно-го анализа сущности изучаемых явлений с последующей структурной группировкой, а необходимое число наблюдений определяется, как это было показано выше, на основе средних ошибок.

Наиболее часто употребляемой в статистике средней величиной является *средняя арифметическая величина* (\bar{X}). Она может быть простой и взвешенной. Простая средняя арифметическая получается путем деления суммы индивидуальных величин на общее число наблюдений. Вычислить ее можно лишь тогда, когда каждая величина представлена единичным наблюдением, т. е. если ее частота равна единице.

В социально-статистических исследованиях обычно используется взвешенная средняя арифметическая ($\bar{X}_{взв}$). Это обусловлено применением порядковых, интервальных шкал, или, реже, шкал равных отношений, представляющих собой простые группировки, в стандартизованных вопросах. Результатом же простой группировки является сгруппированный интервальный ряд распределения (вариационный, статистический ряд).

Ряд распределения вообще представляет собой ряд величин, последовательно расположенных по нарастанию или убыванию значения признака. Однако такой простой ранжированный ряд обычно очень велик и громоздок. Поэтому задачей группировки является его преобразование в интервальный ряд. В стандартизованных вопросах подобные группировки разрабатываются исследователем заранее, и их адекватность проверяется при тестировании вопроса.

Вариантой (v) ряда распределения называется меняющийся, варьирующий признак изучаемого явления, его различные числовые значения или выражения. Частоты ряда (p) — числа случаев наблюдения данного признака, указывающие, сколько раз встречается данная варианта.

Ряды распределения подразделяются на прерывные (дискретные) и непрерывные. Это разделение основано на содержании изу-

чаемого явления. В дискретных рядах смежные варианты отличаются друг от друга не менее чем на единицу, т. е. на целое число, тогда как в непрерывных рядах варианты могут отличаться на любые дробные значения единицы, вплоть до бесконечно малой величины, зависящей от точности измерения.

Средняя арифметическая взвешенная рассчитывается по следующей формуле:

$$\bar{X} = \frac{\sum v \cdot p}{n},$$

где n — общее число наблюдений; Σ — арифметическая сумма.

Здесь каждая варианта при умножении на свою частоту как бы «взвешивается»; «весами» же служат частоты. В дискретном ряду за значение групповой варианты принимается середина интервала, получаемая как полусумма крайних членов интервала. В непрерывном ряду за середину интервала принимается полусумма начальных членов соседних групповых вариантов.

Нетрудно заметить, что средняя арифметическая простая, когда частоты всех вариантов равны единице, является частным случаем средней арифметической взвешенной, и тогда вместо умножения можно ограничиться простым сложением. Для агрегированных статистических показателей средние величины получают без использования рядов распределения.

Реже в социально-статистических исследованиях применяются такие виды средних величин, как медиана и мода. Их отличие от средней арифметической заключается в том, что они не зависят от численных значений крайних вариантов и степени рассеяния ряда. Важность использования медианы и моды в социально-статистическом исследовании определяется корректностью их применения для порядковых шкал.

Медиана (Me) — это середина, центральная варианта, делящая ряд распределения на две равные части. Таким образом, медиана находится на центральном месте ряда, от которого отстоит одинаковое число и больших, и меньших, чем медиана, вариант.

В упорядоченном ряду распределения порядковое число (ранговый номер) медианы вычисляется по формуле

$$RMe = \frac{n + 1}{2},$$

где n — количество членов ряда.

Число, находящееся на вычисленном ранговом месте, и будет медианой ряда. Если ряд состоит из четного количества членов, то значению медианы будут соответствовать два члена ряда. В случае различия в их численных значениях за медиану принимается их полусумма.

Мода (M_0) — чаще всего встречающаяся или наиболее часто повторяющаяся величина, варианта с наибольшей частотой. Для интервального ряда моду можно вычислить по следующей формуле:

$$M_0 = x_k + i \left(\frac{p_2 - p_1}{2p_2 - p_1 - p_3} \right),$$

где x_k — нижняя граница модального, т. е. имеющего наибольшую частоту, интервала; i — величина интервала; p_1 — частота интервала, предшествующего модальному; p_2 — частота модального интервала; p_3 — частота интервала, следующего за модальным.

В симметричном ряду, т. е. таком, который имеет одинаковое количество вариант, отличающихся от средней в большую или меньшую сторону, значения всех трех рассмотренных средних величин совпадают. Преобладающая часть рядов распределения, встречающихся на практике, является симметричными или приближается к ним. Этим объясняется частое применение средней арифметической там, где это теоретически не обосновано, например для характеристики распределений значений признаков, измеренных посредством порядковой шкалы.

3.4.3. Относительные величины (статистические коэффициенты)

Как и средние величины, статистические коэффициенты представляют собой величины вероятностные, т. е. некие усредненные результаты измерения. В известной мере коэффициенты являются разновидностью средних, но между ними существуют и значительные различия. Во-первых, коэффициенты характеризуют признак, встречающийся только у некоторой части статистической совокупности, т. е. альтернативный, который может иметь или не иметь место, тогда как средние величины характеризуют признаки, имеющиеся у всех членов совокупности. Во-вторых, коэффициенты

применяются для измерения качественных признаков, а не количественных, как средние величины.

Относительные величины, получаемые из соотношения двух сравниваемых чисел, для удобства сопоставления умножают на какое-либо круглое число, обычно на 100, 1000, 10 000 или 100 000, в результате чего коэффициенты приобретают вид процентов (%), промилле (‰), продецимилле (‱) и просантимилле (‱/000). Чем реже встречается изучаемое явление, тем большее числовое основание следует избрать, чтобы не было коэффициентов меньше единицы, которыми неудобно пользоваться.

По содержанию выделяются пять видов коэффициентов, чаще всего применяемых в социальной статистике.

Интенсивные коэффициенты характеризуют частоту (интенсивность, уровень, распространенность) явления в среде, в которой оно происходит и с которой оно непосредственно, органически связано. При вычислении интенсивных коэффициентов необходимо знание двух статистических совокупностей, одна из которых представляет среду, а вторая — явление. Часто в качестве среды рассматривается все население, и при расчете коэффициентов к нему относят то или иное явление. Численные значения интенсивных коэффициентов получают путем составления и решения соответствующей пропорции.

Экстенсивные коэффициенты характеризуют распределение явления на его составные части, его внутреннюю структуру или отношение частей к целому (удельный вес). При вычислении экстенсивных коэффициентов используется лишь одна статистическая совокупность. Большинство экстенсивных коэффициентов выражается в процентах или долях единицы. При использовании экстенсивных коэффициентов следует помнить, что по ним нельзя судить о частоте изучаемого явления, поскольку для этого нужно знать численность среды, и, соответственно, вычислять интенсивные коэффициенты.

Коэффициенты соотношения характеризуют численное соотношение двух не связанных между собой совокупностей, сопоставляемых только логически, по их содержанию. Вычисляются коэффициенты соотношения так же, как и интенсивные коэффициенты, хотя они различны по существу.

Коэффициенты наглядности применяются с целью более наглядного и доступного для восприятия сравнения рядов абсолют-

ных, относительных или средних величин. Они не меняют качественного содержания этих цифровых показателей. При вычислении коэффициентов наглядности одна из сравниваемых величин приравнивается к 100, а остальные величины с помощью пропорции пересчитываются в коэффициенты по отношению к этому числу. Чаще всего за 100 принимается первая, исходная величина ряда, иногда — его средняя величина.

Коэффициенты относительной интенсивности применяются в качестве вспомогательных в тех случаях, когда не могут быть получены прямые интенсивные коэффициенты, которые представляют собой отношение долей (удельных весов) одноименных элементов двух совокупностей. Они позволяют установить степень соответствия содержания аналогичных признаков в сравниваемых структурах (уменьшения или преобладания). При использовании коэффициентов относительной интенсивности следует помнить, что они являются не показателями частоты, а лишь мерой сравнения.

Интенсивные коэффициенты и некоторые виды коэффициентов соотношения могут быть общими и специальными. *Общие коэффициенты* характеризуют явление в целом. Они дают только первоначальную, грубую ориентировку в явлениях или в его изменении во времени. Для более точного, углубленного и дифференцированного анализа явлений пользуются *специальными коэффициентами*. Их особенностью являются уточнение группировки, использование более узкого основания. При вычислении специальных коэффициентов рассчитывается или числитель, или знаменатель коэффициента, или и то и другое одновременно в соответствии с задачами статистического анализа.

3.4.4. Динамические ряды

Ряд величин, показывающих изменение какого-либо явления или признака во времени, называется *динамическим*. Такой ряд может быть составлен из абсолютных, относительных или средних величин. Важно только, чтобы ряд состоял из качественно однородных и, следовательно, сопоставимых данных. Сравнимые величины могут быть собраны за отрезки времени как одинаковой, так и различной продолжительности, хотя последнее менее желатель-

но, так как затрудняет последующий анализ. Динамические ряды подразделяются на моментные и интервальные.

Моментные динамические ряды строятся из статистических величин, относящихся к определенному моменту, к точной дате. Таковы отчетные данные различных учреждений. Это наиболее типичные исходные материалы для построения моментных динамических рядов. Интервальные динамические ряды строятся из величин, учтенных не на определенную дату, а за определенный отрезок времени. Типичными источниками данных для интервальных рядов служат показатели деятельности учреждений.

При анализе динамических рядов обычно используют следующую систему показателей.

1. Уровень — это величины, из которых состоит динамический ряд, — абсолютные, относительные или средние величины, которые количественно характеризуют сравниваемое явление во времени.
2. Прирост или убыль — это величины разности между предыдущими и последующими уровнями; прирост выражается числами с положительным знаком, убыль — с отрицательным. Значения прироста или убыли отражают изменения уровней динамического ряда за определенные отрезки времени.
3. Темп роста или снижения — это отношение каждого последующего уровня ряда к предыдущему уровню; обычно выражается в процентах. Как и предыдущий показатель, он может быть положительным и отрицательным.
4. Темп прироста или убыли — это отношение прироста или убыли каждого последующего члена ряда к уровню предыдущего, выраженное в процентах. Темп прироста всегда меньше темпа роста на 100.
5. Абсолютное значение одного процента прироста или убыли — оно получается от деления абсолютной величины прироста или убыли на показатель темпа прироста или убыли за тот же период.

Кроме того, в анализе динамических рядов широко применяются коэффициенты наглядности. Иногда для целей сравнения динамических рядов между собой необходимо знать еще и среднюю величину из всех членов ряда. Она называется средним уровнем ряда, или *хронологической средней*, которая вычисляется по формуле

$$\bar{y} = \frac{\sum y}{n},$$

где \bar{y} — средний уровень ряда; y — отдельные уровни, n — число членов ряда.

В тех случаях, когда динамический ряд состоит из резко колеблющихся величин, для выявления основной тенденции развития изучаемого явления прибегают к *выравниванию ряда*. Существует много способов выравнивания динамических рядов: при помощи скользящей средней, по параболам 1, 2 и 3-го порядков и др. Все они предполагают значительную продолжительность (большое количество членов) динамического ряда.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие типы шкал применяются в социально-статистических исследованиях?
2. Какие виды средних величин используются в социально-статистических исследованиях?
3. Какие виды относительных коэффициентов применяются в социально-статистических исследованиях?
4. Что такое динамический ряд и каковы показатели его оценки?

3.5. Измерение связей

3.5.1. Понятие статистической связи

Оценка наличия и силы связей между изучаемыми явлениями — одна из важнейших задач статистического исследования. В природе и обществе существуют два вида связей — функциональные и корреляционные.

Функциональная связь отражает строгую взаимозависимость процессов или явлений. Такие связи присущи главному образом физическим явлениям. При наличии функциональной связи каждому конкретному значению одной величины соответствует определенное, заранее известное значение другой величины.

Для *корреляционной связи* характерно, что каждому значению признака может соответствовать не одно, а некоторое количество значений другого признака, варьирующих в определенных пределах. Поэтому корреляционная связь является связью статистической и проявляется лишь в среднем, при ряде измерений.

Существует прямая (положительная) и обратная (отрицательная) корреляционная связь. При наличии положительной (позитивной) корреляционной связи значения одного коррелируемого признака нарастают по мере нарастания значения другого. При наличии обратной (негативной) корреляционной связи при нарастании значения одного коррелируемого признака значение другого, напротив, снижается.

Вычисление корреляции позволяет установить количественную меру этой связи, оценить степень ее тесноты. Значения коэффициента корреляции варьируют в пределах от +1 до -1. Принято считать, что величины коэффициента корреляции до 0,30 отражают слабую связь между признаками или явлениями, от 0,31 до 0,69 — среднюю и от 0,70 до 0,99 — сильную связь. Коэффициенты корреляции, равные единице, свидетельствуют о функциональной форме связи между изучаемыми признаками или явлениями.

Используя статистические методы, основанные на корреляции (корреляционную методологию), всегда необходимо помнить, что наличие корреляции ничего не говорит ни о причинном характере выявленной связи, ни о направлении предполагаемой причинной зависимости. Они устанавливаются исследователем предварительным и основаны исключительно на качественном анализе изучаемого явления.

3.5.2. Ранговая корреляция

Одним из наиболее простых способов оценки связи является коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ). Ранговая корреляция применяется для оценки связи порядковых мест (рангов), занимаемых соответствующими величинами в двух связанных количественных рядах.

Для нахождения значения коэффициента величины одного из признаков (факториального) располагаются в порядке увеличения или уменьшения их числовых значений. Параллельно располагаются соответствующие им величины второго признака (результативного). Порядок следования величин во втором ряду может быть любым, даже обратным. Если в ряду встречаются два одинаковых по величине числа, порядковое место (ранг) каждого из них обозначается средней величиной из суммы их очередных рангов.

Коэффициент ранговой корреляции вычисляется по следующей формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

где d — разность между рангами; n — число парных членов коррелируемых рядов.

Достоверность коэффициента корреляции Спирмена оценивается по специальной таблице — вычисленный коэффициент признается достоверным, если его значение превышает табличное при данном числе сравниваемых пар. Не рекомендуется использовать ρ при числе коррелируемых пар менее четырех. Важной особенностью коэффициента ранговой корреляции является его применимость для порядковых шкал.

3.5.3. Коэффициент корреляции Пирсона, равный произведению моментов (r)

Коэффициент корреляции Пирсона является мерой тесноты связи между двумя случайными переменными. Он вычисляется по следующей формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \cdot d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}},$$

где r_{xy} — коэффициент корреляции; x и y — коррелируемые ряды; d_x и d_y — отклонения каждого из чисел этих рядов от их средних; n — число парных членов в коррелируемых рядах.

Оценка достоверности коэффициента корреляции производится на основе его средней ошибки (m_r), которая рассчитывается по формуле

$$m_r = \pm \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n}}.$$

Коэффициент корреляции считается достоверным, когда его величина превышает свою среднюю ошибку в 3 и более раза. Оценку достоверности коэффициента корреляции при числе парных наблюдений менее 100 целесообразно производить по специальной таблице. Величина коэффициента, превышающая табличное значение

для принятого уровня значимости (обычно для $P \geq 0,05$), свидетельствует о его достоверности.

3.5.4. Коэффициент регрессии (R)

Коэффициент регрессии показывает, насколько изменяется величина одного явления при изменении величины другого на единицу, т. е. насколько в среднем меняется X при изменении на единицу Y . Коэффициент регрессии вычисляется по следующей формуле:

$$R_{x/y} = r_{xy} \times \frac{\sigma_x}{\sigma_y},$$

где R — коэффициент регрессии X по Y ; r_{xy} — коэффициент корреляции; σ_x и σ_y — средние квадратические отклонения двух сравниваемых рядов.

Коэффициенты корреляции (r) и регрессии (R) используются для измерения связей статистических признаков, измеренных в шкалах интервальной и равных отношений. Их можно вычитать на основе данных, сгруппированных в таблицы сопряженности (аналитическая группировка).

3.5.5. Коэффициенты множественной корреляции и детерминации

Множественная корреляция определяет связь результативного признака по меньшей мере с двумя факториальными признаками. Она рассчитывается, когда возникает вопрос, каким образом случайная переменная x_1 зависит одновременно от случайных переменных x_2 и x_3 . Рассмотрим явление, характеризующееся одной результативной и двумя факториальными переменными. Коэффициент множественной корреляции будет определяться для него по формуле

$$R_{1-23} = \sqrt{\frac{r_{12}^2 + r_{13}^2 - 2r_{12}r_{13}r_{23}}{1 - r_{23}^2}},$$

где r_{1-3} — соответствующие коэффициенты парной корреляции. Точка в обозначении R_{1-23} отделяет результативную переменную

от двух факториальных. Аналогичные формулы справедливы для $R_{2,13}$ и $R_{3,12}$.

Квадрат множественного коэффициента корреляции называется *коэффициентом детерминации*. Он рассчитывается по формуле: $V = R^2$. Значение V показывает, насколько, в процентах или долях единицы, значение результирующего признака определяется значениями факториальных признаков.

3.5.6. Оценка связей между качественными признаками на основе критерия

Критерий согласия *хи-квадрат* (χ^2) Пирсона предназначен для выяснения наличия или отсутствия достоверной связи между явлениями, представленными статистическими совокупностями, путем установления соответствия (согласия) между ожидаемыми теоретически и полученными эмпирически частотами их распределения.

Для вычисления критерия в каждой группе данных необходимо иметь не менее пяти наблюдений. Значение χ^2 является положительным числом, которое тем больше, чем больше несоответствие между сравнимаемыми совокупностями (рядами) наблюдений. При полном отсутствии различий между ними величина критерия будет равна нулю.

Расчет критерия производится по формуле

$$\chi^2 = \sum \frac{(p_1 - p_2)^2}{p_2},$$

где p_1 — фактические (эмпирические) частоты; p_2 — теоретические (ожидаемые частоты). Если бы p_1 равнялось p_2 , т. е. ожидаемые числа соответствовали бы фактическим, то χ^2 и был бы равен нулю, т. е. связи между теоретическим и эмпирическим распределением не было бы.

Достоверность связи, полученной при помощи χ^2 -критерия, оценивается по специальной таблице, учитывающей число степеней свободы, т. е. свободно варьирующих элементов, или число клеток таблицы сопряженности, которые могут быть заполнены любыми числами без изменения общих итоговых цифр.

Для нахождения числа степеней свободы (k) применяется формула

$$k = (s - 1)(r - 1),$$

где s — число столбцов таблицы сопряженности; r — число строк таблицы.

Полученная величина χ^2 -критерия должна быть больше табличного (критического) значения для соответствующего числа степеней свободы при выбранном уровне значимости.

Сила связи между качественными признаками, когда наличие достоверной связи между ними установлено, может быть оценена на основе *коэффициента сопряженности* Пирсона (C):

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}},$$

где n — объем выборки.

При полной зависимости обеих качественных переменных друг от друга C принимает значения меньше 1, зависящие от числа клеток в таблице сопряженности признаков. Это делает невозможным сравнение силы связей для различающихся таблиц сопряженности. Для обеспечения сопоставимости коэффициентов сопряженности необходимо корректировать. Это возможно благодаря известности значения наибольшего коэффициента сопряженности для каждого возможного вида таблицы. Они приводятся в специальных таблицах.

Скорректированный коэффициент сопряженности имеет вид

$$C_{\text{корр}} = \frac{C}{C_{\text{max}}}.$$

Его значение лежит между 0 и 1 и не зависит от размера таблицы.

Особый случай применения критерия *хи-квадрат* представляет собой сопоставление более чем двух статистических совокупностей. Здесь используется такое свойство критерия, как его аддитивность. Оно позволяет суммировать как значения самого критерия, так и степени свободы, рассчитанные для отдельных таблиц сопряженности двух признаков. Оценка общей предполагаемой связи дается при помощи описанных технических приемов работы с этим статистическим методом.

Статистические показатели связи, основанные на χ^2 -распределении, применяются для признаков, измеренных в номинальных шкалах.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие виды связей существуют в природе и обществе?
2. Для чего применяется коэффициент ранговой корреляции Спирмена?
3. В чем заключаются особенности применения коэффициента корреляции, равного произведению моментов, и коэффициента регрессии?
4. Для чего используются коэффициенты множественной корреляции и детерминации?
5. Каковы особенности измерения связей, основанного на критерии *гхи*-квадрат?

3.6. Изучение наркопотребления на территории

3.6.1. Оценка уровня наркопотребления на основе социально-статистической информации

Первым и основным источником данных о наркопотреблении на территории является *государственная статистика*, под которой подразумеваются единая система государственных статистических органов страны во главе с Государственным комитетом по статистике (Роскомстат) и статистические службы министерств и ведомств. *Ведомственная статистика* — это учетно-статистические работы в министерствах, ведомствах и других организациях, связанные с получением отчетных данных, необходимых для планового и оперативного руководства подчиненных им предприятий, учреждений и организаций. Для этого во всех ведомствах имеются учетно-статистические подразделения — управления, отделы или секторы, которые ведут эту работу. В организационном отношении ведомственная статистика является самостоятельной, но внутри отдельных ведомств она строго централизована и в методологическом отношении подчинена органам Роскомстата.

Важнейшей характеристикой статистической информации, определяющей ее пригодность для решения задач социального управления, является *достоверность*, под которой понимается сте-

пень адекватности отображения информацией описываемых ею явлений, событий или процессов. Информация считается достоверной, если она полно и правильно отображает описываемые явления, события или процессы. Наличие ошибок в информации, а также неполнота сведений снижают ее достоверность.

Основные *ошибки* при сборе и обработке статистического материала, негативно влияющие на достоверность статистической информации, таковы.

1. Ошибки регистрации — расхождение между зафиксированным при наблюдении значением признака и действительным его значением, являющееся результатом некорректной записи ответа на вопрос первичного документа исследования; различают два вида ошибок регистрации:

- о случайные ошибки, возникающие в силу стечения случайных обстоятельств и, как правило, не оказывающие существенно-го влияния на результаты наблюдения из-за взаимного погашения ошибок, возникающих в противоположных направлениях;

- о систематические ошибки — неточности регистрации, возникающие в силу определенных и постоянно действующих на протяжении процесса наблюдения в одном направлении причин, существенно искажающие итоги наблюдения (например, приписки в отчетности).

2. Ошибки измерения — промахи или грубые ошибки, носящие субъективный характер. Они допускаются лицами, производящими измерения, в силу недостаточной квалификации или по небрежности. Подобные ошибки выявляются относительно легко.

3. Ошибки репрезентативности — расхождения между значением изучаемого показателя (признака) в выборочной и генеральной совокупности:

- о систематическая ошибка репрезентативности возникает вследствие нарушения правил отбора единиц генеральной совокупности, главным образом принципа беспристрастного, непреднамеренного отбора. Наличие такой ошибки может привести к полной непригодности результатов наблюдения.

Вообще, достоверность данных государственной и ведомственной социальной статистики является сегодня в России совершенно неудовлетворительной. По этому поводу министр здравоохранения

и социального развития Михаил Зурабов справедливо замечает: «В сфере, связанной с населением, ни одной живой цифры нет — все вранье»⁹.

3.6.1.2. Использование данных медицинской (санитарной) статистики

Наркологическая заболеваемость и смертность от наркологических расстройств. Под заболеваемостью в широком смысле слова понимаются распространение болезней среди населения или среди отдельных групп. Следует различать термины «заболеваемость» и «болезненность».

Заболеваемость — это совокупность впервые зарегистрированных заболеваний, явившихся объектом медицинской помощи. Под общей заболеваемостью населения понимают уровень заболеваний среди тех или иных групп населения за определенный календарный год. Основу для получения показателей общей заболеваемости составляет сумма первичных обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (заболеваемость по обращаемости). Более точным понятием, описывающим общую заболеваемость, является первичная заболеваемость (инцидент), которая представляет собой число впервые возникших в течение года заболеваний, отнесенное к численности населения в целом или отдельных групп.

Болезненность (патологическая пораженность, преваленс) — более широкое по сравнению с заболеваемостью понятие. Оно охватывает как обнаруженные впервые в жизни заболевания, зарегистрированные в данном календарном году, так и заболевания, возникшие в предыдущих годах, но послужившие причиной обращения в данном году. В диспансерных учреждениях для обозначения заболеваемости используется эквивалентный термин «диспансеризуемый контингент».

Единицей наблюдения при изучении наркологической заболеваемости является первичное обращение наркологического пациента в данном календарном году по поводу наркологического расстройства. Основным документом, отражающим обращение, выступает «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» (уч. ф. № 030-1/у-02). Кроме того, на лиц, допус-

⁹ Аргументы и факты. 2005. № 6.

кающих употребление наркотических и/или токсических веществ с вредными для здоровья последствиями, заводятся «Учетная карта лица, допускающего немедическое потребление наркотических средств» (Приложение к приказу МЗ СССР и МВД СССР № 1315/340-1982 г.).

Общий коэффициент первичной заболеваемости определяется следующим образом:

Число первичных обращений по поводу наркологического заболевания (исключая алкоголизм) в данном году × 100 000

Среднегодовая численность населения¹⁰

Аналогично рассчитывается и показатель инцидента употребления наркотических и/или токсических веществ с вредными для здоровья последствиями.

Показатель болезненности, отражающий численность диспансеризуемого контингента, рассчитывается на основе данных, содержащихся в «Контрольной карте диспансерного наблюдения за психически больным» (уч. ф. № 030-1/у), с использованием содержащегося в ней специального, предназначенного для статистической разработки открытого талона (уч. ф. № 30-ПС), а также «Статистического талона на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического учреждения в ... г.» (уч. ф. № 030-2(У)). Оба статистических талона содержат заключительные (уточненные) диагнозы. Таким образом, показатель преваленса равен:

Число наркологических больных, снятых с диспансерном учете на конец года — Число наркологических больных, вновь принятых в диспансерном учете на конец года + Число наркологических больных, вновь принятых на диспансерный учет в течение данного года ÷ Число наркологических больных, снятых с диспансерного учета в течение данного года × 100 000

Среднегодовая численность населения

Статистические талоны ежеквартально разрабатываются по врачебным участкам в соответствии с номенклатурой годового отчета. Ежеквартальные данные объединяются лечебно-

¹⁰ Среднегодовая численность населения, или среднее население при предположении о его равномерном росте, рассчитывается как полусумма численности на начало и конец календарного года.

профилактическим учреждением в сводный годовой отчет. Показатели первичной заболеваемости (впервые в жизни и впервые в данном году), причем разделено для синдрома зависимости (наркомания и токсикомании) и для употребления наркотических и психотропных веществ с вредными для здоровья последствиями, с учетом половозрастных характеристик обратившихся приводятся в государственной отчетной форме «Сведения о заболеваемости наркотическими расстройствами в за . . . г.» № 11.

Данная форма предусматривает расчет специальных коэффициентов заболеваемости по основным видам наркомании в соответствии с группировкой по классу V МКБ X по основным группам пациентов. Однако практическое значение этих коэффициентов крайне невелико из-за резких различий в уровне обращаемости за специализированной помощью при отдельных видах наркомании (почти вся обращаемость приходится на опииную наркоманию).

Госпитализированная наркологическая заболеваемость может использоваться для оценки распространения наркологических расстройств у населения в очень ограниченной степени, поскольку ее уровень обусловлен, прежде всего, доступностью стационарной наркологической помощи для населения. Структура госпитализированной наркологической заболеваемости резко отличается от структуры общей наркологической заболеваемости. Ее показатели не менее позволяют охарактеризовать некоторые особенности наркологической заболеваемости и организации наркологической помощи на территории. Это:

- 1) частота осложнений и сопутствующих заболеваний;
- 2) качество врачебной диагностики — как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапах лечения;
- 3) своевременность и сроки оказания стационарной помощи;
- 4) уровень охвата стационарной помощью, свидетельствующий о ее доступности;
- 5) длительность лечения госпитализированных больных, особенно характеризующая качество врачебной помощи и тяжесть заболевания;
- 6) эффективность различных методов лечения и реабилитации;
- 7) исходы стационарного лечения.

Все соответствующие статистические показатели могут быть рассчитаны на основе данных, содержащихся в «Статистической карте вышедшего из психиатрического (наркологического) стациона-

онара» (уч. ф. № 066-1/у-02), включающей и сведения об употреблении больных психоактивных веществ. Отдельно учитываются больные, находившиеся в дневных стационарах лечебно-профилактических учреждений — по строке 5: «...психические расстройства и расстройства поведения» отчетной формы «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений».

Показатели заболеваемости и болезненности, госпитализированная заболеваемость, включая работу дневных стационаров, по отдельным видам наркологических расстройств и употребления с вредными последствиями, с выделением жителей села, подростков и детей содержатся в государственной ежегодной отчетной форме «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями за . . . г.» № 37.

Наркологическая заболеваемость по данным экстренной медицинской помощи. Первичная идентификация лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, нередко осуществляется на основе данных об оказании экстренной медицинской помощи при передозировке наркотиков. Эти данные фиксируются в «Экстренном извещении о случае острого отравления химической этиологии», утвержденном приказом МЗ Российской Федерации (Приложение 1, учетная документация — форма № 58-1/у), и представляются в территориальный центр Роспотребнадзора. В «Извещении», помимо социально-демографических сведений, содержатся данные: о месте происхождения, установленном диагнозе (с названием использованного вещества и кодом по действующей МКБ), обстоятельствах отравления (где специально выделяется преднамеренное наркотическое отравление) и о месте приобретения яда.

В условиях крупных городов, где возможно создание специализированных Центров (отделений) острых отравлений, лечение лиц с явлениями передозировки осуществляется в таких специализированных подразделениях лечебно-профилактических учреждений. Ими в статистические органы Минздравсоцразвития ежегодно представляется отчетная форма № 64 «Отчет центра (отделения) острых отравлений» (Приложение № 6 к приказу МЗ РФ от 8 января 2002 г. № 9). В ней учитываются преднамеренные отравления с целью наркотического опьянения, которые подразделяются на отравления наркотиками и психодизлегтиками, анестезирующими средствами (с выделением кокаина), противосудорожными

ми, седативными и противонаркотицическими препаратами (с выделением циклодола и барбитуратов), психотропными средствами (с выделением транквилизаторов и психостимуляторов), органических растворителей. Форма содержит информацию о демографических характеристиках пострадавших, их распределение по видам помощи (амбулаторная или больничная) и учреждению, где эта помощь была оказана (в специализированном подразделении или другом лечебно-профилактическом учреждении). Таким образом, приводимые в форме данные отражают как амбулаторную, так и госпитализированную наркологическую заболеваемость на территории.

Наркологическая заболеваемость по данным медицинских осмотров. Сами по себе медицинские осмотры не могут служить единственным источником изучения заболеваемости, так как с их помощью можно учесть только заболевания, приобретенные хроническое течение. Кроме того, при массовых обследованиях трудно добиться унифицированного подхода к постановке диагноза. Поэтому данные осмотров используются при изучении заболеваемости лишь наряду с другими методами, позволяя корректировать данные о заболеваемости по обращаемости. Наркологическая патология может быть выявлена в процессе проведения обязательных медицинских осмотров только некоторых организованных контингентов населения: школьников, допризывников, военнослужащих, спортсменов и студентов.

Статистическая разработка материалов медицинских осмотров позволяет получить следующие коэффициенты заболеваемости:

- о общий интенсивный коэффициент заболеваемости (на 1000 человек обследованных);
- о коэффициент частоты заболеваний по отдельным группам и формам болезней (на 1000 обследованных);
- о коэффициенты структуры заболеваемости обследованных по группам и формам болезней;
- о коэффициенты распределения обследованных по факту и виду употребления ПАВ;
- о коэффициенты частоты заболеваний для различных качественно однородных групп населения (т. е. по полу, возрасту, характеру занятости и т. д.).

Статистическое изучение наркологической заболеваемости может быть осуществлено также по данному о причинах смерти.

случае смерти больных в специализированных стационарах, связанной с употреблением наркотиков или наркотических веществ, использованных с целью достижения опьянения, устанавливается патологоанатомической службой стационара и отражается в его учетной и отчетной документации. Однако многие наркологические больные умирают в соматических стационарах или вообще вне их. Эта часть смертности наркологических больных фиксируется соответственно в документации нефрофильных стационаров и судебно-медицинских экспертиз. При этом данные судебно-медицинских экспертиз имеют наибольшее значение, поскольку учитывают смерть от передозировок наркотика и криминальную смертность наркопотребителей. Содержатся эти данные, причем раздельно по органическим растворителям, основным видам лекарственных, психотропных и наркотических веществ, в «Отчете врача судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы» (форма №42, утверждена приказом Министерства здравоохранения России от 22.10.01 г. №385).

Годовые отчеты медицинских учреждений объединяются территориальными органами здравоохранения, которые получают сведения о заболеваемости населения города, района, области, края, автономной республики, страны в целом, предоставляя их затем соответствующим органам государственной статистики.

3.6.1.3. Использование данных правовой статистики

Статистическая документация, отражающая связанную с наркотиками преступность, едина для всех правоохранительных и правоприменительных органов, действующих в Российской Федерации. Документами первичного учета преступлений, утвержденными указанием Генеральной прокуратуры и МВД России от 5.11.96 г. №65/20-1 и №1/18430, являются:

- о «Статистическая карточка на выявленное преступление» (форма №1);
- о «Статистическая карточка о результатах расследования преступления» (форма №1.1);
- о «Статистическая карточка на преступление, по которому лицо, его совершившее, установлено» (форма №1.2);
- о «Статистическая карточка на лицо, совершившее преступление» (форма №2);

- о «Статистическая карточка о движении уголовного дела» (форма № 3);
- о «Статистическая карточка о результатах возмещения материального ущерба и изъятия предметов преступной деятельности (по расследованному либо приостановленному уголовным делом)» (форма № 4).

Наркотические, психотропные сильнодействующие, одурманивающие вещества, инструменты и оборудование, прекурсоры фиксируются в формах на основе «Справочника» (№ 8), что обеспечивает полную сопоставимость данных в отчетных формах. Большинство учетных данных, имеющих в формах 1–4, используется для целей текущего анализа и оперативного управления и сводится в ежемесячной отчетной форме 1-А. Эта форма содержит практически исчерпывающую информацию о преступности в ее территориальном «срезе», которая может быть использована после дополнительной статистической разработки представленных в форме данных и в целях мониторинга их сводки на конец года.

Сводка данных о наркопреступности, выраженных в используемой в международной статистике показателях, имеется в «Отчете о незаконном обороте, производстве и использовании наркотиков (для Интерпола)» (форма 1–НОН, приложение 1 к приказу МВД России от 13 марта 1997 г. № 146). Одни разделы этой формы представляют поквартально, другие — один раз в полугодие. Все данные в этой форме приводятся нарастающим итогом, что позволяет иметь на конец каждого года сводные данные по территории.

В государственные статистические органы в регионах отчеты направляются от управлений юстиции при местной администрации — мэрии и др. От правоохранительных и правоприменительных органов поступает в основном следующая информация:

- о количестве правонарушений и уголовных преступлений по их видам;
- о количестве лиц, привлеченных к административной и уголовной ответственности;
- о данные о мерах уголовного наказания и о составе осужденных;
- о материалы о несовершеннолетних осужденных.

Преступления, связанные с наркотиками, выделяются среди других видов уголовных преступлений. Ряд преступлений подразделяется по степени их тяжести, последствиям, условиям соверше-

ния, способу преступного деяния. Отдельно учитывается *организованная преступность*. В основе ее выделения из общего противоправного поведения лежат характер и степеней организованного взаимодействия нескольких преступников между собой в процессе криминальной деятельности, осуществляемой группой лиц в течение более или менее длительного времени. Учет организованной преступности включает в себя совершенные преступными группами общеуголовные преступления, связанные с наркотическими веществами.

Группировки, характеризующие лиц, привлеченных к уголовной ответственности, и меры наказания преступников, таковы.

По результатам судопроизводства выделяются группы лиц:

- 1) в отношении которых дела прекращены за отсутствием состава, события преступления или за недоказанностью преступления;
- 2) невменяемых, к которым применены принудительные медицинские меры;
- 3) осужденных.

Меры уголовного наказания также группируются:

- о смертная казнь;
- о лишение свободы на определенный срок;
- о исправительные работы без лишения свободы;
- о отсрочка исполнения приговора;
- о штраф;
- о лишение права занимать определенную должность или заниматься определенной деятельностью;
- о конфискация имущества и т. д.

Состав осужденных рассматривается по:

- о месту жительства;
- о полу;
- о состоянию в момент совершения преступного деяния, в том числе наркотического опьянения;
- о возрасту;
- о занятию в период совершения преступления;
- о образованию;
- о прошлой судимости;
- о месту совершения преступления и т.д.

К правонарушениям, связанным с привлечением к административной ответственности, относятся и незаконные действия с наркотиками.

При установлении факта административного правонарушения применяются следующие виды административных взысканий:

- предупреждение,
- штраф,
- конфискация,
- возмездное изъятие предмета, лишение специального права, исправительные работы, административный арест.

По делам об осужденных несовершеннолетних проводится классификация по видам преступлений с учетом сопутствующих обстоятельств и степени тяжести, способа совершения преступления. Личность преступника характеризуется в соответствии со следующими группировками:

- по возрасту;
- по полу;
- по типу семьи воспитания;
- по роду занятий;
- по состоянию на момент совершения преступления, включая наркотическое опьянение;
- по обстоятельствам совершения преступления.

К несовершеннолетним применяются следующие виды наказания:

- лишение свободы на срок до десяти лет;
- исправительные работы;
- условное осуждение;
- отсрочка исполнения приговора;
- передача для перевоспитания и под наблюдение трудового коллектива.

Основные показатели в правовой статистике следующие:

Объем преступности — абсолютное количество преступлений, зарегистрированных на определенной территории за определенный период времени.

Уровень преступности — количество преступлений, зарегистрированных на определенной территории за определенный период времени, в расчете на какое-либо количество жителей этой территории, обычно на 10 или 100 тыс. человек. Нередко этот пока-

затель рассчитывается на количество жителей, достигших возраста наступления уголовной ответственности (в России — с 14 лет).

Эти показатели определяются по приведенным выше группировкам.

Структура преступности — внутренний состав преступности по видам преступлений или по социально-демографическому составу лиц, совершивших преступления. Доля каждого структурного элемента преступности в процентах является его удельным весом.

Кроме того, вычисляются некоторые *обобщенные показатели*, например средний срок наказания, средняя сумма ущерба от преступных действий и т. д.

Оценка степени криминагенности ситуации в различных регионах страны производится на основе *коэффициента преступности*, который рассчитывается как число уголовных преступлений на 10 тыс. человек населения, проживающего на данной территории. Это — специальный коэффициент, определяемый отдельно для каждого вида преступлений.

Сводную оценку уровня преступности можно дать на основе «*сводного индекса преступности*», представляющего собой среднюю взвешенную величину специальных коэффициентов преступности, где весами выступают балльные оценки степени тяжести каждого вида преступлений.

Вычисляется также коэффициент *криминальной порожности территории*:

$$\text{КП} = \frac{M \times 100000}{S_{14-55(60)}},$$

где M — лица, совершившие преступления; $S_{14-55(60)}$ — численность населения в возрасте от 14 до 55 (60) лет.

Кроме того, применяются и другие количественные характеристики преступности, отдельных видов преступлений и лиц, их совершивших, например:

— индекс судимости — число лиц, осужденных к уголовным наказаниям по вступившим в силу приговорам, на определенной территории за определенный промежуток времени в расчете на 100 тыс. человек населения;

— коэффициент криминальной активности — отношение определенной социально-демографической группы населения в числе лиц, совершивших преступления, к доле этой же группы в населении.

3.6.2. Использование опросных данных

Для целей мониторинга в группах риска используются прошедшие все необходимые этапы разработки стандартизованные вопросы. Вопросы, касающиеся наркотизма, являются в них *индикаторами наркотребления*. Индикатор — это доступная статистическому наблюдению и измерению характеристика изучаемого объекта, позволяющая судить о других его характеристиках, недоступных непосредственному исследованию. Действительно, сами поведенческие акты потребления наркотиков — приобретение, приготовление и прием по большей части высоколатентны, т. е. скрыты от непосредственного наблюдения и количественного учета. Отсюда об их уровне в популяции можно судить только по некоторым индикаторам.

В международной практике популяционный уровень наркотребления определяется по основным группам наркотических и ненаркотических веществ и по индикаторам, отражающим четыре вида преваленса:

- о «жизненный» преваленс, т. е. опыт употребления психоактивных веществ без назначения врача в течение жизни;
- о годового преваленс, т. е. употребление в течение предшествующих опросу 12 мес.;
- о месячный преваленс, т. е. употребление в течение предшествующего опросу 30 дней;
- о дневной преваленс, т. е. употребление ПАВ в предшествующий опросу день.

Каждый из этих видов преваленса имеет определенное клиническое содержание. «Жизненный» преваленс отражает социальную приемлемость наркотребления в данном обществе, на данном этапе исторического развития. Поэтому показатель свидетельствует скорее о «нормативном» употреблении ПАВ, не носящем характер начала формирования зависимости. Напротив, годовой преваленс указывает на начальную стадию вовлечения в систематическое наркотребление. Месячный преваленс свидетельствует о формировании синдрома зависимости, поскольку для большинства ПАВ, употребление которых способно приводить к зависимости, характерна продолжительность абстинентного периода менее одного месяца. Дневной преваленс отражает тяжелую форму зависимости.

Все показатели преваленса по опросным данным выражаются в экстенсивных коэффициентах (удельных весах). В специализированных исследованиях отдельных групп риска используются и некоторые другие индикаторы наркотребления.

В исследовании подростковой сексуальной девиантности, выполненном в рамках международного сотрудничества стран Балтийского региона в 2004 г.¹¹, использовались следующие индикаторы наркотребления (врезка 1).

Врезка 1.

Далее идут несколько вопросов о нарушении правил поведения в учебных заведениях и в обществе в целом. Делали ли Вы что-нибудь из того, что перечислено ниже?

	Да	Нет	Если да, возраст, когда впервые сделал(а)	Если да, возраст, когда коделал(а) за последний год
...использовал(а) гашиш или марихуану?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...использовал(а) кокаин, героин, амфетамины или сходные с ним препараты, такие, как экстази?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Как видно из приведенных индикаторов, авторы выделили употребление препаратов каннабиса как широко распространенное в подростковой среде, объединив в одну группу другие более тяжелые виды наркотиков. По обеим группам выясняется также возраст первой пробы наркотика. В качестве индикатора уровня употребления используется частота употребления за последний год.

В исследовании «Знания, установки, практики и поведенческие ботниц коммерческого секса Санкт-Петербурга», проведенном так-

¹¹ В России проект осуществлялся на территории Северо-Западного региона Санкт-Петербургской общественной организацией социальных проектов «Стеллит» по заказу и при финансовой поддержке Всемирного Фонда Детей.

же в 2004 г.¹², были применены следующие индикаторы наркопотребления (врезка 2).

Врезка 2.

Приходилось ли Вам за последние 6 месяцев употреблять наркотики?

- 1: Да
- 2: Нет
- 3: Отказываюсь отвечать

Как часто Вы занимаетесь сексом в состоянии наркотического опьянения («под кайфом»)?

- 1: Никогда
- 2: В меньшинстве случаев
- 3: В большинстве случаев
- 4: Всегда
- 5: Трудно сказать / Не помню
- 6: Отказываюсь отвечать

Какие наркотические вещества Вы употребляли за последние 6 месяцев?

МОЖНО ОТМЕТИТЬ НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТОВ

- 1: Ханка / Чернушка / Черное
- 2: Героин
- 3: Эфедрон
- 4: Кокаин
- 5: Винт
- 6: Травка / Анаша
- 7: Другое (НАПИШИТЕ)

- 98: Трудно сказать / Не знаю
- 99: Отказываюсь отвечать

Какие наркотические вещества и сколько раз Вы употребляли за последние 7 дней?

- 1: Ханка / Чернушка / Черное _____ раз
- 2: Героин _____ раз
- 3: Эфедрон _____ раз

¹² Исследование проводилось Санкт-Петербургской общественной организацией социальных проектов «Стеллит» по заказу и при финансовой поддержке Центра социального развития и информации PSI.

- 4: Кокаин _____ раз
- 5: Винт _____ раз
- 6: Травка / Анаша _____ раз

7: Другое (НАПИШИТЕ, ЧТО ИМЕННО И СКОЛЬКО РАЗ УПОТРЕБЛЯЛИ)

_____ раз

99: Отказываюсь отвечать

Приходилось ли Вам за последние 6 месяцев употреблять наркотики внутривенно?

- 1: Да
- 2: Нет
- 3: Отказываюсь отвечать

Как часто за последние 6 месяцев Вы пользовались вместе с другими людьми одной и той же иглой?

- 1: Всегда
- 2: В большинстве случаев
- 3: В меньшинстве случаев
- 4: Никогда
- 5: Трудно сказать / Не помню
- 6: Отказываюсь отвечать

Как часто за последние 6 месяцев Вы пользовались вместе с другими людьми одним и тем же шприцом?

- 1: Всегда
- 2: В большинстве случаев
- 3: В меньшинстве случаев
- 4: Никогда
- 5: Трудно сказать / Не помню
- 6: Отказываюсь отвечать

Как часто за последние 6 месяцев Вы пользовались вместе с другими людьми одной и той же емкостью для приготовления раствора?

- 1: Всегда
- 2: В большинстве случаев
- 3: В меньшинстве случаев
- 4: Никогда
- 5: Трудно сказать / Не помню
- 6: Отказываюсь отвечать

Приходилось ли Вам за последний год получать наркотики в качестве вознаграждения за сексуальные услуги?

- 1: Да

2: Нет

3: Отказываюсь отвечать

В этом исследовании использовались показатели полугодового и недельного преваенса употребления, причем последний показатель включает в себя еще и частоту употребления (что, конечно, затрудняет однозначную оценку). Широко представлены индикаторы социальной опасности наркопотребления в данной группе риска. Это предоставление сексуальных услуг в состоянии наркотического опьянения, повышающее риск распространения ВИЧ/СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем, внутреннее введение препаратов и совместное использование игл, шприцов и емкостей. Приведенная во врезке 2 система индикаторов отражает также специфику участия данной группы риска в незаконном обороте наркотических веществ (годовой преваленс).

Выборка для опросного исследования строится по рассмотренным выше принципам. В соответствии с общей ориентацией мониторинговых исследований на заранее идентифицированные группы риска чаще всего используется гнездовая (но не квотная!) выборка.

На основе применения опросного метода возможно достижение такой практически чрезвычайно важной цели мониторинга, как *установление факторов наркотизации* в группах риска. Здесь могут быть использованы два подхода. Первый, дающий наиболее исчерпывающую информацию для планирования территориальных антинаркотических программ, состоит во включении в программу мониторингового опроса индикаторов, отражающих факториальные статистические признаки наркопотребления. Далее, применяя техники корреляционного и регрессионного анализа, можно количественно определить влияние как отдельных факториальных признаков, так и их сочетания на уровень наркопотребления по видам ПАВ в основных социально-демографических подгруппах изучаемых групп риска. Это позволяет не только выработать целенаправленные и дифференцированные антинаркотические мероприятия, но и установить потенциальную эффективность их реализации с точки зрения снижения уровня наркопотребления, т.е. приоритеты в реализации, что, собственно говоря, и составляет содержание правильно разработанной антинаркотической программы.

122

Приведем в качестве примера блоки индикаторов факторов наркопотребления, использованных в исследовании, проведенном факультетом психологии Санкт-Петербургского государственного университета в целях разработки методического обеспечения мониторинга наркоситуации в вузах по заданию Министерства образования РФ в 2002 г.

I. Общесоциальные проблемы российского общества.

II. Социальные проблемы студенческой молодежи.

III. Социально-организационные факторы вуза.

IV. Ценностные ориентации студентов.

V. Индивидуальные (психологические и психобиологические) характеристики.

VI. Антинаркотическая политика и пропаганда.

Легко заметить, что в полном объеме блоки индикаторов практически исчерпывают возможные источники статистической вариации уровня наркопотребления в студенческой среде.

Опросы по программе, включающей факториальные признаки наркопотребления, значительно более затратны, поэтому их целесообразно проводить по ступенчатой выборке, т.е. не полностью опрашивать группы риска, как в случае индикаторов уровня наркопотребления, а производить вторичную выборку из этих групп.

Второй подход к установлению факторов наркопотребления на территории состоит в использовании экспертных оценок. Он требует значительно меньших материальных ресурсов, но и для планирования превентивных антинаркотических программ он значительно менее пригоден. Малопривлекательность экспертных опросов именно в сфере наркотизма вызвана трудностями количественного представления (квантификации) результатов групповой экспертизы и выработанной тенденции специалистов, связанных с проблемами контроля распространения наркотиков, к определению (агрибутированию) причин наркопотребления не на основе своих конкретных знаний и опыта, а исходя из неких идеологических конструкций (таких, например, как бездуховность, утрата идеалов и т.п.). Тем не менее экспертные опросы позволяют получить хотя бы ориентировочную информацию о необходимом содержании и приоритетах антинаркотической работы на территории.

Как статистические показатели, так и поведенческие индикаторы наркопотребления могут быть проанализированы не только в «срезе» (обычно годовом), но и в *динамике*. Здесь применимы

123

все методические приемы, используемые для анализа динамических рядов.

3.6.3. Оценка наркоситуации на основе объединения данных из различных источников

В общем, при наблюдении всех методических требований к качеству мониторинговых исследований оценки, полученные на основе статистических источников и на основе данных опросов, высоко согласованы между собой. Однако на практике складываются ситуации, когда такой согласованности не наблюдается. Примером может служить ситуация Санкт-Петербурга в течение 90-х годов XX в., когда по опросным данным отмечался резкий рост молодежного наркотизма, нарастал уровень наркопреступности по многим составам преступлений, а число больших наркоманий, стоявших на диспансерном учете, неуклонно снижалось.

Для оценки наркоситуации при подобной несогласованности данных, полученных из различных источников, применяется специальный метод объединения данных, получивший название «повторного захвата». Сам термин заимствован из биологии и означает поимку животного, его пометку с последующим отпусканьем на волю, а затем повторную поимку, что позволяет оценить истинный размер популяции.

При использовании этого метода перечень фамилий наркопотребителей или зафиксированных случаев наркопотребления на территории соответствует поимке животного биологом. Число выявленных по каждому источнику людей соответствует числу выпущенных и вновь пойманных животных. Каждый человек уже отмечен в различных источниках по комплексу уникальных характеристик, таких, как имя и фамилия, дата рождения и т. д. Поэтому легко выявить его нахождение в различных списках. Существуют методики применения данного метода в случаях, когда по некоторым источникам пофамильные списки недоступны и когда данные колеблются во времени. Метод предназначен только для определения инцидента и преваленса.

Приведем в качестве примера использования метода «повторного захвата» исследование уровня употребления опиатов в Дублине и на остальной территории Ирландии в 2000 и в 2001 гг. (табл. 3),

проведенное специалистами колледжа Тринити (Дублин) А. Келли, М. Карвало и К. Телджером [48]. В качестве источников данных выступают: а) перечень лиц, получавших лекарственное лечение в амбулаторных условиях; б) материалы национального исследования нелегального использования ПАВ и связанной с наркотиками преступности; в) национальная база данных о госпитализированных больных.

Таблица 3. Преваленс злоупотребления опиатами для Ирландии (население в возрасте 15 лет — 64 года), на 1 тыс. человек

Год	Пол	Преваленс
2000	Мужчины	1,2
	Женщины	0,8
	Для обоих полов — всего:	1,0
2001	Мужчины	1,3
	Женщины	0,4
	Для обоих полов — всего:	0,9

Прежде всего были идентифицированы лица, имеющие в одном, двух или во всех трех перечнях. Затем была применена статистическая техника логлинейного анализа¹³, позволяющая оценить количество наркопотребителей на 95%-ном уровне достоверности. Потребители идентифицировались по инициалам, дате рождения и полу. Далее они анализировались по полу и возрасту во всех трех списках. Списки за оба изучавшихся года были объединены, чтобы обеспечить стабильность оценок. Приведем полученное в исследовании распределение случаев злоупотребления по источнику их выявления: национальный опрос — 32,8%, госпитализированные пациенты — 9,2, амбулаторные пациенты — 57,9%.

Из табл. 3 видно, что за год произошло снижение относительно числа лиц, злоупотребляющих опиатами, однако исключительно за счет женщин, тогда как среди мужчин преваленс злоупотребления даже вырос.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие виды ошибок встречаются в статистических данных?

¹³ Статистический метод, предназначенный для изучения систем из нескольких наличествующих одновременно асимметричных влияний, парных и множественных взаимосвязей категоризированных переменных.

2. Какие статистические показатели указывают на наркоситуацию? Какие статистические показатели указывают на динамику наркоситуации? Какие статистические показатели указывают на эффективность антинаркотической стратегии?
3. Какие статистические показатели наркоситуации могут быть получены по данным правовой статистики?
4. Какие индикаторы наркоситуации используются в опросных исследованиях?
5. Как можно изучить факторы наркопотребления?
6. Как можно оценить наркоситуацию, используя данные из различных источников?

4. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА С ПОЗИЦИЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ВЫБОР АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

4.1. Наркотизм как социальное явление

4.1.1. Социологическое понимание наркотизма

Адекватная интерпретация данных мониторинга как в «срезе», так и в динамическом аспекте является существенной предпосылкой успешности выработки на их основе эффективной антинаркотической стратегии. Наиболее релевантным с точки зрения социального управления подходом к интерпретации результатов мониторинга является социологический. В его рамках наркотизм рассматривается как социальный факт, форма социального поведения, т. е. как результат социального взаимодействия индивидов и групп, являющийся предметом социологического осмысления.

Важной особенностью социологических теорий, описывающих причины наркотизма как социального феномена, является их относительная неспецифичность, т. е. понимание наркотизма как лишь одной частной формы девиантного, отклоняющегося от социальных норм поведения. Это обусловлено высоким уровнем обобщенности, присущим социологическому теоретизированию.

Существующие объяснительные социологические теории наркотизма, как правило, тяготеют к одному из двух уровней объяснения: микроуровню, представляющему личность или первичной со-

циальной группой, или макроуровню, представляющему вторичными социальными группами или социальными общностями в целом. В соответствии с традицией, сложившейся в отечественной социологии, начнем изложение содержания социологического подхода к наркотизму с макроуровневых теорий.

4.1.2. Социологические теории наркотизма

4.1.2.1. Макроуровневые теории

Теории социального контроля и социального порядка. Проблемам социального контроля и социального порядка уделяли значительное внимание многие выдающиеся теоретики социологической науки XIX — первой половины XX в. Это О. Конт, Г. Спенсер, К. Маркс, Э. Дюркгейм, П. Сорокин, Т. Парсонс, М. Вебер и др. Институты социального контроля — семья через социализацию, государство через законодательство, религия через веру, согласно этим теоретическим подходам, регулируют различные девиантные проявления в обществе.

Концепция «повиновения», предложенная Э. Россом в начале XX в., утверждает, что наличие контроля является главным фактором связи отдельных индивидов в организованное целое. «Повиновение» может выступать в лично-неофициальной и безлично-официальной формах. Центральным механизмом обеспечения лично-неофициального «повиновения» являются формирование и внедрение моделей поведения в родительской семье. Усвоение (интернализация) индивидом этих моделей в качестве личных идеалов обеспечивает послушание наилучшим образом. Соответственно семья является основным институтом превращения девиантных форм поведения.

Концепции *социальной солидарности* являются относительно самостоятельным ответвлением изучения феноменов порядка и дезорганизации в обществе. С позиций подхода Э. Дюркгейма в обществе существуют два вида солидарности — простая механическая солидарность однородных социальных групп и сложная органическая солидарность, основанная на разделении общественного труда. Для поддержания в обществе механической солидарности достаточно применения репрессивного права, предусматривающего же-

стоке наказание нарушителей. Для поддержания же органической солидарности необходимо применение «восстановительного» права, функция которого сводится к «простому восстановлению порядка вещей».

Концепция аномии, введенная в социологию Э. Дюркгеймом в середине XIX в., относится к *нормативным концепциям*. Согласно этой концепции, нормы и правила, существующие в обществе, дают людям понимание, как надо себя вести в той или иной ситуации и чего ждать от других людей. Однако в условиях кризисов или радикальных социальных перемен люди испытывают состояние запутанности, дезорганизации, т. е. аномии, что и подталкивает их к совершению девиантных поступков.

В 30-е годы XX в. Р. Мертон пересмотрел теорию аномии Дюркгейма. Согласно Мертону, каждое общество вырабатывает определенные цели, которые стремится достигнуть любой представитель общества. Вместе с тем общество вырабатывает и так называемые институционализированные (социально одобряемые) средства достижения этих целей. Однако одобряемые цели не всегда можно достигнуть одобряемыми средствами, и некоторые люди достигают их девиантными способами. Следовательно, причиной девиаций является разрыв между определяемыми культурой целями общества и социально одобряемыми средствами их достижения. Реагировать на этот разрыв индивид может такими видами поведения, как конформизм, инновация, ритуализм, ретригизм и бунт. Употребление наркотиков относится к реакции ретригизма, т. е. «бегства от действительности». Представителей субкультуры ухода Мертон называет «неудачниками вдвойне», поскольку к провалу их привело использование и легитимных, и нелегитимных средств достижения успеха.

Системный подход предлагает свое понимание социального порядка. Проникновение системных принципов анализа в социологию связано с именами Т. Парсонса, К. Дойча и Д. Эстона. Общество в рамках этого подхода рассматривается как система, обладающая способностью к самосохранению посредством отношений обмена с окружающей средой и преобразования входа в выход. Так, например, уровень отдельных видов девиантного поведения в обществе рассматривается в рамках системного подхода как проявление некой «структурной предопределенности», что, конечно, не ограничивает никаких качественных особенностей социальных структур.

Теории конфликта. Среди теорий конфликта существует несколько направленных теоретизирований.

Теории социальных изменений и социальной дезорганизации. Странники этого направления полагают, что в структуре общества изначально не заложены предпосылки девиантного поведения, которое возникает вследствие действия на общество каких-либо внешних для него факторов.

Теории социальных изменений (деформаций) объясняют возникновение социальных отклонений противоречиями, возникающими в социальной структуре и/или культуре общества. Подобные противоречия могут являться следствием различных общественных процессов, например экономических или демографических.

Теории социальной дезорганизации выступают дальнейшим развитием этого подхода. В их рамках утверждается, что социальные проблемы возникают, когда люди начинают нарушать общепринятые правила (нормы), регулирующие ролевое поведение. Авторами данных теорий называются различные причины нарушения правил. Примером является точка зрения, согласно которой чуждые для общества нормы приносят мигранты, культуре которых такие нормы изначально присущи.

Р. Миллс видел главный источник общественных проблем в противоречиях, исходящих из классовой структуры общества. Вся история человечества предстает с этих позиций как конфликт между немногими, контролирующими ресурсы, и остальными членами общества. Ресурсами являются собственность, влияние и культурные ценности.

Теория социального конфликта Л. Козера акцентирует значение конфликта как основополагающего и конструктивного элемента социальной организации. Конструктивность конфликта заключается в том, что, обеспечивая выход враждебным эмоциям, он служит сохранению групповых отношений. Девиация рассматривается Козером как поведение, основанное на ценностях чуждой группы или культуры. Если культуре ничего не угрожает, уровень девиантного поведения увеличивается, тогда как ситуация угрозы приводит к повышению уровня сплоченности общности и ужесточению наказания за девиантное поведение, что способствует снижению уровня девиантности.

Теории экономической обусловленности конфликта. Этим теориям присуща, прежде всего, марксистская методологическая ориентация.

Теории социального научения. Первой такой теорией, предложенной в первоначальном варианте еще в 30-х годах XX в. Э. Сандерландом, является теория дифференцированной связи. Люди в процессе общения обучаются криминальному поведению, причем особенно интенсивно — в кругу близких людей. Таким же образом происходит и научение законопослушному поведению. Выбор между этими видами поведения зависит от тех принципов, которые будут преобладать в социализационной среде индивида. В этом и заключается дифференцированность связи.

Теория дифференцированного подкрепления, созданная Р. Баргесом и Р. Эйкерсом в середине 60-х годов, утверждает, что научение преступному или не преступному поведению зависит не только от непосредственного социального окружения, но и от действия поддерживающих факторов — наказания и вознаграждения. Если преступное поведение подкрепляется более активно, чем не преступное, облегчается научение преступному поведению.

Теория дифференцированной идентификации была выдвинута Д. Глейзером в 50-е годы XX в. Ее ключевое положение сводится к тому, что человек сам для себя определяет, что является и что не является девиацией в зависимости от того, как определяют девиацию люди, с которыми он себя идентифицирует.

Теории стигматизации. Этот подход не принимает норму как исходную категорию для описания отклонения. Важнее здесь то, какова общественная реакция на поведение индивида. Поэтому отдельные формы поведения сами по себе не являются ни девиантными, ни не девиантными. Девиантным поведением становится то, которое обозначается другими членами общества как девиантнос.

Теории групповых интересов исследуют социальные, политические и экономические факторы, влияющие на определения девиации. Теория статусных политических убеждений была выдвинута Дж. Гасфелдом в начале 60-х годов, и состоит в том, что утвердившаяся у власти группа способна повсеместно насаждать ценности и особенности своего стиля жизни. Если ценности и стиль жизни отстраненной от власти группы противоречат или угрожают таковым для правящей группы, то она может объявить эту группу и ее ценности девиантными.

ентация. Согласно теории С. Спайзера, появившейся в 70-е годы XX в., в рамках основного противоречия капиталистического способа производства неизбежно происходит формирование групп людей, для которых криминальная деятельность становится средством выживания. Р. Куини, развивая эту идею, рассматривает преступление как форму сознательного сопротивления людей при переходе от одной общественной формации к другой.

В концепции роли капиталистического государства в формировании «системы криминальной юстиции», защищающей интересы господствующего капиталистического класса, утверждается, что объектом воздействия системы санкций чаще являются представители низших классов, так как на них ставится «клеймо» девиантов.

Структурный подход свое наиболее яркое выражение нашел в так называемой «новой криминологии» Я. Тейлора, П. Уолтона и Дж. Янга, также появившейся в 70-е годы, где девиантное, в частности преступное, поведение предлагается изучать в рамках широкомасштабных политико-экономических процессов, протекающих в определенном обществе, в определенный исторический период.

С достигнутым обществом уровнем благосостояния связывают девиантность Г. Филиппа, Г. Фогей и М. Плосков. Концепция Филиппа и Фогей сводится к тому, что девиантное поведение является следствием низкого уровня развития экономики, поскольку при этом не обеспечиваются потребности многих членов общества, и они вынуждены встать на путь девиации. Плосков, выдвигая свою концепцию «экспансии», полагает, что девиантность, напротив, вызывается экономическим ростом, поскольку на его фоне возрастают притязания людей, и не все люди могут удовлетворить свой притязания законными средствами.

В рамках объективистского подхода девиантность рассматривается как одна из характерных черт современного общества. Так, утверждается, что для него характерна склонность к «дикости» (Дербер), т. е. преступления без чувства вины и мыслей о том, как они повлияют на других людей. Д. Симон пишет, что одной из причин девиантного поведения в современном обществе является репрессивная политика.

Организационные теории девиантности выдвигают на первый план деятельность организаций социального контроля, каждая из которых является «производителем» ярлыков девиантности.

Примером организационных теорий является концепция социальной организации полицейского ареста, которая была сформулирована в начале 70-х годов Д. Блэком. Автор исходит из существования в полицейских подразделениях неформальных правил деятельности, которые способны привести к аресту невиновного человека и отказать от ареста виновного. Так институт полиции сам создает девиации, формируя их собственное неформальное определение (так называемая «селекция уголовной юстиции»).

Определительные теории девиантности описывают те процессы социального взаимодействия, в результате которых человеку дается ярлык девианта.

Теория ретроспективной интерпретации была создана Дж. Китусом в начале 60-х годов. Автор описал процесс «легализации» данного человеку ярлыка социальным окружением на основе просмотра его прошлого поведения под новым углом зрения.

Теория девиации и благонамерия, выдвинутая в начале 70-х годов XX в. Д. Стиффенсмейером и Р. Терри, рассматривает процесс формирования обозначения девиации, а также предрасположенность обществу к вынесению подобных определений в зависимости от возраста, пола, национальности, внешности девианта.

Интеракционистские теории девиантности исходят из положения, что понятия девиантного поведения и девианта появляются лишь в процессе восприятия людьми друг друга в ходе межличностного взаимодействия (интеракции).

Теория «драматизации зла» Ф. Танненбаума, появившаяся в конце 30-х годов XX в., состоит в том, что общество клеймит определенные поступки как девиантные, однако путем их драматизации и популяризации преступников оно создает преступникам определенную репутацию, вынуждая их и далее придерживаться преступной роли.

Теория вторичной девиации Э. Лемерта, созданная в середине 60-х годов, исходит из различения первичных и вторичных девиаций. Под первичной девиацией понимается отклонение поведения от нормы в условиях аномии, которое может и не влиять на психологическую структуру личности. Вторичная девиация формируется на основе реакции общества на первичную девиантность в ре-

зультате осознания человеком самого себя как девианта. Происходит так называемое «ролевое поглощение», когда человек вживается в роль девианта, и его дальнейшее поведение направлено на то, чтобы оправдать эту роль.

Теория девиантной карьеры Г. Беккера, выдвинутая в начале 60-х годов, рассматривает девиантность не как свойство самого деяния, а как результат применения норм и санкций, клеймящих человека как девианта. Другими словами, именно социальные дефиниции девиантности делают те или иные поступки девиантными и способствуют формированию так называемой девиантной карьеры.

Теория моральной карьеры при психическом расстройстве Э. Гоффмана, также созданная в начале 60-х годов XX в., построена на изучении самоотожествления личности с ролью психически больного в условиях психиатрической клиники. Социальная жизнь рассматривается Гоффманом как театр, где каждый человек является одновременно и актером, и зрителем.

Интересно выдвинутое в рамках интеракционизма представление о причинах приобретения тем или иным видом девиантности статуса социальной проблемы. С позиций этого теоретического направления социальные проблемы появляются как результат соглашения определенной группы людей. Согласно Дж. Китусу и М. Спектору, осознание того, что является социальной проблемой, проходит следующие стадии. Сначала возникает группа жалующихся, которая может включать в себя активных граждан, профессиев или лоббистов. Группа стремится привлечь к себе внимание общественной и если это не удается, то явление не становится социальной проблемой. На следующей стадии на действия группы реагирует правительство (от ареста до принятия требований группы). Затем жалующиеся могут потерять доверие к правительству, если оно медленно, на их взгляд, решает проблему. Наконец, на заключительной стадии группа отказывается сотрудничать с правительством и пытается решить проблему самостоятельно, прибегая к различным способам — от создания отрядов охраны правопорядка до революции.

Концепция субкультуры. Субкультура — это система ценностей, норм, способов поведения и жизненных стилей определенной социальной группы, отличающаяся от господствующей в обществе культуры. Субкультуре наркопотребителей присущи маргиналь-

ность, обособленность, свой язык и ориентация на воспроизводство группы.

Иногда наркотизм рассматривают как неотъемлемую характеристику контркультуры. Отношение к наркотикам отличается у представителей контркультуры, принадлежащим к разным социальным классам. Для выходцев из низших классов наркотиками чаще выступают средством ухода от действительности, тогда как для представителей высших классов — средством выхода из рамок, заданных воспитанием. Близкое к такому представлению о причинах наркотизации дает и то понимание, которое предлагают теории, основанные на концепции аномии, развитой Р. Мертоном.

Теория «статуса-фрустрации» была предложена в 70-х годах А. Кохеном. Под названием «статуса-фрустрации» подразумевается социальный и психологический дискомфорт, который испытывают представители низшего социального слоя, когда понимают, что их социальный опыт не позволяет им достичь социально одобряемых целей, используя социально одобряемые средства, так же легко, как представителям высших социальных слоев. Именно это чувство выступает основой формирования девиантного поведения в будущем.

Теория нелегитимных возможностей разработана Р. Клауордом и Л. Оулином в 60-е годы XX в. Согласно ей, девиантные способы достижения целей могут быть реализованы лишь в условиях определенного сообщества, которое авторы обозначают как «девиантную субкультуру». Выделяются три типа таких субкультур: а) «криминальная», члены которой для достижения своих целей используют противозаконные средства; б) «конфликтная», члены которой принимают свои цели и нормы, находящиеся в оппозиции к общепринятым; в) субкультура «ухода», члены которой не принимают ни средства, ни цели, разделяемые обществом. Все типы субкультур могут включать в себя употребление наркотиков.

4.1.2.3. Альтернативные теории

Возникновение альтернативных теорий наркотизма было обусловлено резкими общественными изменениями, начавшимися в мире с 60-х годов XX в., существенным ростом наркопотребления в развитых странах и изменениями в самой социологической науке.

Постмодернизм. Как течение теоретической социологической

мысли постмодернизм сформировался в конце 60-х годов, прежде всего под влиянием работ Ж. Ф. Лиотара и М. Фуко. Идеальным с позиций постмодернизма является общество, позволяющее человеку жить в согласии со своими желаниями. Социальные процессы спонтанны, непредсказуемы, и их невозможно объективно и всесторонне описать. Преступление должно оцениваться только по вреду, нанесенному жертве. Потребление и даже продажа наркотиков не являются преступлением, поскольку не приносят однозначно принимаемого вреда кому-либо. Постмодернистская традиция отрицает возможность социального контроля девиантных проявлений.

Синергетика. Термин был введен Г. Хакеном и в сегодняшнем понимании означает научное направление, изучающее связи между элементами и подсистемами, образующиеся в открытых системах благодаря обмену веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях. С позиций синергетики социальные системы являются нелинейными, что проявляется, в частности, в наличии в обществе ряда сосуществующих систем правосудия: политической, экономической, религиозной, психологической. Применительно к наркотизму нелегитимность социальных систем выражается в существовании наркотических практик, альтернативных традиционной дихотомии «разрешено — запрещено», таких, как использование в медицинских целях галлюциногенов (для моделирования психозов, лечения алкоголизма и пр.).

Феминизм. Феминистские теории выделились в самостоятельное направление социологического теоретизирования сравнительно недавно. Основной объем тематики, связанной с наркотизмом, рассматривается сегодня в рамках феминистской криминологии. К концу 90-х годов в рамках феминистского направления был накоплен значительный материал по проблеме женского наркотизма. Исследования показывают связь потребления наркотиков женщинами с чувством беспомощности, так называемой «ролевой перегрузкой», т. е. с совмещением функций матери, работницы и брачного партнера, с внутрисемейным и средовым насилием. Чаще всего в протеститутацию вовлекаются женщины, употребляющие наркотики.

Глобализм. Несмотря на широкое обсуждение понятия глобализма в научной литературе, оно до сих пор остается многозначным и дискуссионным. Основной проблемой девиантологии, рассматриваемой в рамках глобализма, стало его влияние на уровень девиантных проявлений. Большинство исследователей отмечают в

этой связи рост девиантности, обусловленный интернационализацией ее различных форм. В отношении наркотизма глобализация проявляется: а) в роли отдельных стран в производстве, поставке и потреблении наркотиков; б) в развитии транснациональной организованной преступности; в) в переходе наркотиков из субкультуры в глобальную массовую культуру; г) в противоречиях в законодательстве, регулирующем наркопотребление, разных стран мира, д) в создании международных организаций, действующих как в сфере контроля над производством, распространением и потреблением наркотиков, так и в сфере лоббирования интересов международной организованной преступности, е) в создании и поддержке социально-экономического неравенства между странами, способствующего распространению наркотиков в странах-аутсайдерах.

Вопросы для самоконтроля

1. Каково содержание основных теоретических подходов, описывающих наркотизм как макросоциальный феномен?
3. Каково содержание основных теоретических подходов, описывающих наркотизм как микросоциальный феномен с позиций теории социального научения?
5. Каково содержание основных теоретических подходов, описывающих наркотизм как микросоциальный феномен с позиций теорий стигматизации?
7. Каково содержание теорий, объясняющих наркотизм в рамках концепции субкультуры?
9. Какие альтернативные объяснительные теории наркотизма существуют сегодня?

4.2. Антинаркотические стратегии

Результатом мониторинга наркоситуации является разработка антинаркотической программы, продолжительность действия которой совпадает с циклом мониторингового исследования, т. е. с годовой. Содержание такой программы в полной мере должно определяться специфическими особенностями сложившейся на данной территории наркоситуации, выявлять которые и призваны мониторинговые исследования.

Однако содержание любой такой программы обуславливается

не только, а иногда и не столько этими особенностями, сколько идеологией предупреждения распространения наркопотребления, разделяемой лицами, принимающими соответствующие социально-управленческие решения. Отсюда представляется необходимым рассмотреть основные стратегии («политики»), существующие сегодня в антинаркотической деятельности.

Прогибационистская (запретительная) политика, или «Война с наркотиками», объявленная в странах Запада в 60-х годах XX в., ведущаяся с применением жестких репрессивных мер и требующая больших финансовых расходов, как сегодня вполне очевидно, не дала тех результатов, которые оправдали бы эти затраты. Отсюда вполне логично возникла идея *политики легализации* наркотиков, вытекающая из постмодернистского подхода к социальному контролю.

Согласно логике сторонников легализации, если причина зла заключается в незаконном использовании наркотических веществ и криминализации их потребителей, то самое разумное решение — устранить все возможности для преступления. По их мнению, все так называемые «незаконные наркотики» должны быть легализованы, потому что только так может быть уничтожен «черный» наркотический рынок. Поставка психоактивных веществ должна регулироваться. Потребителям должны даваться соответствующие советы, как минимизировать проблемы потребления наркотических веществ. Необходимо увеличить ресурсы для лечения и профилактики наркомании, перераспределив огромное количество денег, которые выделяются на борьбу с наркотиками и тогда могут быть сэкономлены.

Отечественными экспертами — сторонниками легализации, мнения которых приводит М. Позднякова (1999), в этом направлении предлагаются следующие меры: снятие запрета с потребления; создание пунктов официального снабжения наркоманов наркотическим «пайком»; проведение декриминализации (допущение свободного оборота) некоего количества наркотических средств для больших наркоманий. Более умеренные сторонники вводят понятие «менее опасные» наркотики (марихуана) и считают необходимым разрешить торговлю именно такими наркотическими средствами.

Для обоснования своей позиции эксперты приводят следующие доводы. Во-первых, Российская Федерация является участником

Международного пакта о гражданских и политических правах, следовательно, РФ принимает, что каждый человек имеет право на самостоятельное решение относительно самого себя, своей судьбы. Во-вторых, история борьбы с наркотизмом демонстрирует безуспешность попыток решить сложные медико-социальные проблемы преимущественно запретительными мерами. В-третьих, ни один человек не имеет четкого представления о том, как решить проблему наркотиков, поэтому необходимы компромиссы, касающиеся законов и политики в области наркомании. Кроме того, необходимо оградить большие наркомании от перегибов, вызванных прямой линейностью борьбы с наркотизмом. В-четвертых, в случае легализации наркотиков значительно снизятся цены на них, и та образом будет ликвидирована экономическая база наркобизнеса, уменьшится число преступлений, совершаемых потребителями с целью приобретения наркотиков.

Противники легализации наркотиков выдвигают свои аргументы. Во-первых, немедицинское потребление наркотиков представляет значительную общественную опасность; наркотиками — это не алкоголь и табак, оборот которых находится под специальным государственным и международным контролем, их потребление носит групповой характер, что предопределяет вовлечение молодежи в наркопизицию. Легализация наркотиков вызовет взрыв наркомании, подтолкнет к их употреблению молодых людей, которые в другой ситуации не стали бы этого делать.

Во-вторых, во многих странах предусмотрена строгая ответственность за употребление наркотиков. Экспертами ООН неоднократно указывалось, что ослабление или снятие контроля над наркотиками в одной стране окажет отрицательное влияние на другие страны.

В-третьих, аргумент о том, что закон не должен запрещать то, что не вредит окружающим, не является убедительным, поскольку последствия наркомании затрагивают не только самого потребителя, но и общество в целом. Необходимо поддерживать запрет, даже если он не выполняется всеми. Общество должно стремиться обезопасить себя от явлений, которые ставят под угрозу его стабильность.

В-четвертых, по мнению противников легализации, свободная реализация «чистого» наркотика в противовес суррогатам не снижает смертность наркоманов, поскольку они умирают чаще от пере-

дозировки препарата. Смягчить последствия невозможно, так как нельзя с помощью легализации ограничить явления, способствующие распространению наркомании (нищета, преступность, болезни).

Компромиссом между этими крайними взглядами на проблему социального контроля наркотизма является модель общественного здоровья. С позиций этой модели идеальной конечной целью (миссией) функционирования всех структурных элементов общества является благополучие популяции. В этом смысле здоровые общества вполне может быть оценено по существующему в нем уровню социальных девиаций. Так, наркомания выступает формой девиантного поведения, оказывающей выраженное повреждающее влияние на психическую сферу и биологическую основу личности.

Наглядным примером практического использования модели общественного здоровья является подход «снижение вреда». Это, например, программы обмена шприцев и игл для инъекционных наркоманов, метадоновые программы и пр. Конечно, подобными мерами подход с позиций общественного здоровья не ограничивается и в своем современном виде включает в себя следующие основные направления деятельности.

1. Жесткие репрессивные и оперативные меры борьбы с нелегальным распространением наркотических средств. Это направлено на обеспечение большими материальными ресурсами и закрепляется уголовным законодательством.

2. Работа с лицами, страдающими наркоманиями, предусматривает:

- о осуществление мер по преодолению отторжения наркоманов обществом;
- о социальная реабилитация наркозависимых и восстановление утраченных связей с обществом;
- о психолого-коррекционная работа с большими и их семьями;
- о поддержка деятельности различных групп и добровольных организаций, возникающих на основе частных инициатив и создающих возможность выявления и решения многих стоящих перед большими проблем.

Это направление финансируется государством лишь частично и закрепляется социальным законодательством и законодательством о здравоохранении. Основывается оно на принципе «лечение вместо наказания».

3. Профилактическая работа среди населения, особенно в группах риска, включающая в себя:
- о широкое информирование об опасности наркотических средств;
 - о стимулирование ведения здорового образа жизни.
- Это направление реализуется на основе общегосударственных, региональных и локальных программ предупреждения распространения наркопотребления¹⁴.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы аргументы сторонников политики легализации наркотиков?
2. Каковы аргументы сторонников прогибционистской политики в отношении наркотиков?
3. Каковы основные черты модели общественного здоровья применительно к наркопотреблению?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация территориального мониторинга наркоситуации является существенной предпосылкой создания эффективной системы контроля над наркоситуацией, поскольку мониторинг ориентирует антинаркотическую работу по следующим основным направлениям.

1. Целенаправленный контроль локальных, т.е. специфичных для данной территории, факторов наркопотребления.
2. Налаживание вертикального и горизонтального управленческого взаимодействия для минимизации опасного влияния действующих на территории глобальных и региональных факторов.
3. Разработка и реализация антинаркотических мероприятий, полностью учитывающих культурную, географическую и социально-демографическую специфику конкретного административно-территориального образования.
4. Наличие текущей количественной оценки эффективности всей антинаркотической работы, проводимой на территории, с возможностью относительно быстрой коррекции неэффективных действий.
5. Выработка адекватной особенностям территории договорной превентивной антинаркотической политики, что станет возможным по мере накопления мониторинговых данных.

В заключение необходимо отметить экономическую сторону внедрения системы территориального мониторинга наркоситуации. При высоком уровне угрозы дальнейшего распространения наркотребления в стране и острого дефицита материальных ресурсов, которые сегодня могут быть выделены на борьбу с ней, наблюдается совершенно неудовлетворительная отдача от использо-

¹⁴О современных подходах к разработке и осуществлению эффективных программ в сфере здорового образа жизни для групп риска см.: *Цветкова Л. А., Гурвич И. Н., Русакова М. М.* и др. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004.

вания и этих ограниченных ресурсов. Организация отвечающей со-временным научно-методическим требованиям системы территори-ального мониторинга может послужить основой для максимиза-ции эффективности использования имеющихся у административно-территориальных образований ресурсов.

В свою очередь, учитывая преимущественное распространение наркотизма среди молодежной части населения, можно уверенно говорить о том, что снижение уровня наркопотребления на основе использования мониторинга имело бы существенное экономическое значение для территорий с точки зрения сохранения их трудового потенциала.

Использованная литература

1. *Алексеева Л. П.* Основные этапы статистического исследования // Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических факультетов) / Под ред. Е. Я. Белицкой. Л.: Медицина, 1972. С. 13–29.
2. *Бабаханян Р. В., Бушуев Е. С., Казанков С. П.* и др. Псилоцибин-содержащие грибы (учебно-методическое пособие). СПб., 1998.
3. *Белицкая Е. Я., Елизаров В. А.* Корреляция. Критерий хи-квад-рат // Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических факультетов) / Под ред. Е. Я. Белицкой. Л.: Медицина, 1972. С. 111–119.
4. *Белицкая Е. Я.* Средние величины. Методы оценки колеблемости ряда и типичности средних величин. Выборочный метод и оценка досто-верности статистических величин (средние ошибки) // Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических фа-культетов) / Под ред. Е. Я. Белицкой. Л.: Медицина, 1972. С. 57–90.
5. *Бешелев С. Д., Гурвич Ф. Г.* Математико-статистические методы экспертных оценок. М.: Статистика, 1974.
6. *Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А.* Наркомании у подростков. Киев: Здоровье, 1989.
7. *Болотовский И. С.* Наркомании. Токсикомании. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1989.
8. *Васильева Э. К.* Правовая статистика // Социальная статистика: Учебник / Под ред. И. И. Елизеевой. 3-е изд. М.: Финансы и статистика, 2002. С. 444–453.
9. *Воронов Ю. П.* Методы сбора информации в социологическом ис-следовании. М.: Статистика, 1974.
10. *Врублевский А. Г.* Клинические формы наркоманий (токсикоманий) // Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. 2-е изд. М.: Но-лидж, 2000. С. 228–249.

11. *Гилинский Я.* Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». СПб.: Изд-во «Юридический центр-Пресс», 2004.
12. *Гилинский Я. И.* Криминология: Курс лекций. СПб.: Питер, 2002.
13. *Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д.* Наркомании и токсикомании. Л.: Медицина, 1990.
14. *Елизаров В. А.* Относительные величины (статистические коэффициенты). Динамические ряды // Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических факультетов) // Под ред. Е. Я. Велицкой. Л.: Медицина, 1972. С. 29–40, 51–57.
15. *Елисева И. И.* Логика прикладного статистического анализа. М.: Финансы и статистика, 1982.
16. *Закс Л.* Статистическое оценивание // Пер. с нем. М.: Статистика, 1976.
17. *Каплан Г. И., Сэдж Б. Дж.* Клиническая психиатрия // Т. 1. Пер. с англ. М.: Медицина, 1994.
18. *Комер Р.* Психопатология поведения. Нарушения и патологии психики / Пер. с англ. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.
19. *Комлев Ю. Ю., Сафинуллин Н. Х.* Социология девиантного поведения: Вопросы теории. Казань: Изд-во Казанского университета, 2000.
20. *Ковкина Е. А.* Эпидемиологические исследования в наркотологии // Лекции по наркотологии / Под ред. Н. Н. Иванца. 2-е изд. М.: Нолидж, 2000. С. 41–59.
21. *Ковкина Е. А., Куржанова В. В.* Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением наркотических и иных ПАВ в Российской Федерации в 1999–2002 гг. // Наркотизация населения в современной России: специфика, субъекты, динамика / Под ред. М. Е. Поздняковой. М.: Реглант, 2003. С. 17–27.
22. *Кюн Ю.* Описательная и индуктивная статистика: Пособие-памятка / Пер. с нем. М.: Финансы и статистика, 1981.
23. *Лабковская Е. Б.* Юридическая психология: Теории девиантного поведения: Учебное пособие. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та, 2000.
24. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркотология: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1991.
25. *Машковский М. Д.* Лекарственные средства: Пособие для врачей. 7-е изд. М.: Медицина, 1972, ч. I, II.
26. *Мерков А. М., Поляков Л. Е.* Санитарная статистика (пособие для врачей). Л.: Медицина, 1974.
27. Наркотология / Под ред. Л. С. Фридмана, Н. Ф. Флеминга, Д. Х. Робертса, С. Е. Хаймана; Пер. с англ. М.: «Изд-во БИНОМ»; СПб.: «Невский диалект», 1998.
28. *Нозль Э.* Массовые опросы: Введение в методику демоскопии / Пер. с нем. М.: Прогресс, 1978.
29. *Пелтас В. Е., Соломонович И. О.* Обзор зарубежной антинаркотической политики // Лекции по наркотологии / Под ред. Н. Н. Иванца. 2-е изд. М.: Нолидж, 2000. С. 202–221.
30. *Позднякова М. Е.* Некоторые тенденции и особенности эволюции наркотической ситуации в современной России // Наркотизация населения в современной России: специфика, субъекты, динамика / Под ред. М. Е. Поздняковой. М.: Реглант, 2003. С. 3–17.
31. *Пятницкая И. Н.* Клиническая наркотология. Л.: Медицина, 1975.
32. *Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994.
33. *Русякова М. М.* От древнейших времен до конца XIX в., XX в. // Девиантность и социальный контроль в России (XIX–XX вв.): Тенденции и социологическое осмысление / Под ред. Я. И. Гилинского. СПб.: Алетейя, 2000. Гл. 4, § 1, 2. С. 216–247.
34. *Свенцицкий А. Л.* Методы опроса // Методы социальной психологии / Под ред. Е. С. Кузьмина, В. Е. Семенова. Л.: Изд-во ЛГУ, 1977. Гл. IV. С. 61–89.
35. *Сыдоренко Е. В.* Методы магнетической обработки в психологии. СПб.: Социально-психологический центр, 1996.
36. Социологический энциклопедический словарь / Под ред. Г. В. Осипова. М.: ИНФРА — М — НОРМА, 1998.
37. Социология преступности. (Современные буржуазные теории): Сборник статей / Под ред. Б. С. Никифорова. М.: Прогресс, 1966.
38. Статистический словарь / Под ред. М. А. Королева и др. 2-е изд. М.: Финансы и статистика, 1989.
39. *Тышомиров С. М.* Раннее выявление потребителей наркотиков и токсикантов. (Пособие для врачей общей сети.) СПб., 2000.
40. *Фалковски К.* Опасные наркотики. М.: Ин-т Общегуманитарных Исследований, 2002.
41. *Ashchengrau A., Seage G. R.* Essentials of epidemiology in public health. Boston: Jones a. Bartlett publ., 2003.
42. *Fishbein D.* Biobehavioral Perspectives in Criminology. Australia; Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2001.
43. *Gartner R.* Deviance and Crime. London: Concrete Publ., 2001.
44. Global illicit drug trends: 2003. United Nations publication. New York, 2003.
45. *Greenland S.* Ecologic inference problems in the analysis of surveillance data // Brookmeyer R., Stroup D. F., ed. Monitoring the health of populations: Statistical principles and methods for public health surveillance. New York: Oxford University Press, 2004. P. 315–340.

46. *Hook E. B., Regal R. R.* Completeness of reporting: Capture-recapture methods in public health surveillance // Brookmeyer R., Stroup D. F., ed. Monitoring the health of populations: Statistical principles and methods for public health surveillance. New York: Oxford University Press, 2004. P. 341–359.

47. *Kalsbeek W. D.* The use of surveys in public health surveillance: monitoring high-risk populations // Brookmeyer R., Stroup D. F., ed. Monitoring the health of populations: Statistical principles and methods for public health surveillance. New York: Oxford University Press, 2004. P. 37–70.

48. *Kelly A., Carvalho M., Teljeur C.* A 3-source capture recapture study of the prevalence of opiate use in Ireland: 2000 to 2001. Dublin, 2003.

49. Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975–2003. National Institutes of health U.S. department of health a. human services, 2003. Vol. I, II.

50. *Seitz J. L.* Global Issues: an Introduction. 2-nd ed. Oxford: Blackwell Pub., 2002.

РЕФЕРАТ

Работа представляет собой обобщающее изложение проблем разработки и проведения мониторинговых исследований наркопотребления в административно-территориальных образованиях. Пособие состоит из четырех глав и освещает следующие основные темы: ситуация употребления психоактивных веществ в России в международном и социально-историческом контексте; социально-медицинский подход к наркопотреблению; классификация наркотиков и токсических веществ, используемых с целью достижения опьянения; подходы к разработке методического обеспечения мониторинга; современные теоретические подходы к проблеме наркопотребления; выбор антинаркотической стратегии.

Во введении показаны основные проблемы проведения антинаркотической работы в России. В настоящее время эта работа представляет собой несистематические и нескоординированные усилия, эффективность которых крайне незначительна. Причины такого положения заключаются в следующем. С одной стороны, российская наркологическая служба традиционно ориентируется на биомедицинскую модель болезни. Функция контроля над наркотизмом сегодня возложена на специализированную силовую структуру. Одновременно контроль осуществляется ряд добровольных организаций. Следовательно, специфика профессиональной подготовки и деятельности лиц, занятых в сфере контроля наркотизма, определяет достаточно узкую сферу их компетентности. С другой стороны, приоритет теоретического знания над прикладным в российском высшем образовании приводит к отсутствию специалистов по разработке и реализации конкретных антинаркотических программ. Следствие всего этого существующий значительный пробел в научно-методическом обеспечении антинаркотической работы.

В первой главе авторы раскрывают понятие мониторинга социальных процессов. Отмечается его значение как центральной, «сердцевинной» части любой системы контроля. Приведена схема задач мониторинга с точки зрения возможности использования полученных данных для профилактики. Охарактеризованы особенности исследовательского пла-

употребления наркотиков с вредными последствиями. Продемонстрирован рост этих показателей в 1999–2002 годах. Отмечена вариация распространности расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в зависимости от пола и проживания в городской или сельской местности.

Приведены данные двух опросных исследований подростковой наркотизации, проведенных в Санкт-Петербурге Социологическим институтом РАН и факультетом психологии СПбГУ. Данные исследований демонстрируют картину употребления ПАВ, значительно отличающуюся от той, которую дают данные учтенной заболеваемости. Рассматривается структура употребления ПАВ.

Охарактеризованы основные особенности наркопреступности за период 1999–2002 годы: снижение преступлений, связанных с изготовлением, приобретением, хранением и пересылкой наркотических веществ и преступлений; а также связанных с организацией или содержанием притонов для потребления наркотиков; рост преступлений в виде незаконных посевов мака, конопли или иных растений. Отмечается, что большинство преступлений совершается потребителями наркотиков без цели сбыта. Показана выраженная территориальная вариация наркопреступности, состав действующих в этой сфере преступных группировок.

Во второй главе авторы дают определения понятиям «наркотики» и «психоактивные вещества». Приведены медицинский, социальный и юридический критерии определения наркотического вещества. Описаны факторы, определяющие качество ощущений от приема наркотических средств. Показаны социальные функции употребления наркотика. Раскрывается сходство и различие понятий наркотизма, злоупотребления наркотиками и наркомании (токсикомании). Приведены наиболее важные классификации психоактивных веществ.

Охарактеризованы наркотика группы опиатов, распространенные в незаконном обороте. Показаны особенности метадона как лекарственно-го вещества и как наркотического средства на черном рынке. Описана клиническая картина и течение опиатной зависимости, кокаинизма, амфетаминовой зависимости, барбитуровой зависимости. Описаны клинические особенности действия используемых в качестве опьяняющих веществ препаратов конопли, психотомиметических препаратов, летучих органических соединений, агропсихотропных препаратов. Приведены препараты, относящиеся к основным группам наркотических веществ и их сленговые наименования. Описаны причины формирования и особенности лечения полинаркоманий и политоксикоманий.

В третьей главе мониторинг рассматривается как вид социально-статистического исследования. В первом параграфе раскрывается содержание понятий «статистика», «статистическое исследование», «статистическая методология». Дается подробное описание этапов статистического

на мониторинга как одного из типов социально-экологического исследования. Отмечены преимущества и недостатки исследований такого типа. На данных конкретных исследований проиллюстрированы ограничения использования результатов экологического исследования, вызванные «экологической ошибкой» или «экологическим смещением». Отмечено методическое отличие мониторинга от текущей статистической оценки наркоситуации.

В качестве примера одного из наиболее методически совершенных мониторинговых исследований наркопотребления авторы приводят методические характеристики и основные результаты американского национального исследования «Мониторинг будущего». Подробно описан исследовательский план, причины выбора объекта мониторинга, процедура формирования выборки и проведение опроса. Охарактеризовано содержание вопроса, статистическая надежность и валидность полученных оценок. Показаны возможности мониторинга для выявления тенденций наркопотребления населения в целом и в его отдельных социально-демографических группах.

Описано мировое распространение наркотиков по индикаторам производства, трэффика (незаконной транспортировки) и потребления по состоянию на 2003 год. Охарактеризованы изменения в уровне употребления запрещенных наркотических препаратов за последние годы, как по регионам, так и по отдельным странам.

Рассмотрены исторические особенности формирования наркопотребления в России. Отмечены такие исторические факторы наркопотребления, как обширная сырьевая база для производства наркотиков и модные западные и восточные идейные течения в крупных российских городах. Показана широкая распространенность употребления наркотических средств в дореволюционной и послереволюционной России в XX веке. Приведена оценка распространенности наркопотребления в стране во время первой и второй мировых войн. Показаны исторические тенденции в наркотизации населения в послевоенный период. Среди них: влияние модных течений и неформальных молодежных движений в 60–70-х годах; усиление законодательной борьбы с наркоманией в 70-х годах; восприятие наркомана как преступника и отрицание наличия проблемы наркотизма в 80-х годах; превращение наркотиков в часть молодежной и криминальной субкультуры в 80–90-х годах; резкое повышение уровня наркотизма в период кризиса 90-х годов. Описано развитие законодательства по борьбе с незаконным изготовлением и распространением наркотических веществ после революции 1917 года до настоящего времени.

Охарактеризована актуальная наркоситуация в Российской Федерации. Используются показатели учтенной заболеваемости наркоманией и

исследования: составление плана и программы исследования (подготовительная работа); статистическое наблюдение (регистрация); сводка и группировка первичных данных; математико-статистическая обработка и анализ. Авторы отмечают, что перечисленные этапы не обязательно присущи лишь научному исследованию. Они присутствуют и в повседневной статистической работе различных организаций и служб.

Даны рекомендации по составлению плана и программы исследования. Ключевые моменты составления плана: определение цели и задач исследования, определение объекта наблюдения, оценка предполагаемого объема статистической работы, установление единицы наблюдения, определение статистических признаков, программа наблюдения в виде перечня учетных признаков каждой единицы наблюдения. Приведены правила, в соответствии с которыми должна быть составлена программа наблюдения. Показана необходимость составления программы математико-статистической обработки данных до начала сбора первичной информации. Описана структура организационного плана исследований.

Указаны операции, составляющие процедуру статистического наблюдения, его виды и способы. Показаны преимущества и недостатки сплошного и несплошного наблюдения. Приведена классификация видов статистического наблюдения.

Описаны операции, которые включает в себя статистическая сводка и группировка данных наблюдения. Дано определение количественного и атрибутивного, факториального и результативного признаков. Описаны виды статистических группировок: простая, типологическая, структурная, аналитическая. Изложено использование счетных и логических проверок для выявления недочетов, допущенных в статистических документах. Описано обобщение собранного материала на основе его сводки.

Второй параграф третьей главы посвящен использованию опросного метода для сбора статистической информации. Указаны достоинства и недостатки метода. Рассмотрены основные виды интервью: стандартизированное и нестандартизированное, виды вопросов, используемые в анкетах и интервью. Даны правила формулировки вопросов, отвечающих цели и предмету исследования, методу опроса и социально-демографическим характеристикам опрашиваемых. Приведены определения открытых и закрытых вопросов. Описаны ситуации предпочтительного применения открытых и закрытых вопросов или их сочетания, вопросы с множественным выбором и косвенные приемы получения информации. Отмечается важность последовательности вопросов в интервью, приведены требования к этой последовательности вопросов. Показан принцип использования буферных вопросов. Изложены цель и процедура предварительной проверки опросника.

Раскрывается содержание основных фаз проведения опроса — установления контакта, основной и завершающей. Описаны трудности, с которыми может столкнуться в своей работе интервьюер. Изложены правила построения и оформления и анкеты, варианты проведения анкетного опроса.

Следующий раздел посвящен специфике проведения экспертного опроса. Раскрывается понятие метода экспертных оценок. Описаны техники отбора экспертов, факторы, способные повлиять на результаты экспертизы и способы стимуляции экспертов к работе.

Третий параграф третьей главы посвящен использованию выборочного метода. Даны определения видов выборок. Раскрывается понятие многоступенчатого отбора. Дано определение квотного отбора, рассмотрены его недостатки. Описана методология проведения панельного исследования.

Изложены методы оценки достоверности выборочных статистических величин. Авторы демонстрируют, как можно оценить достоверность выборочной средней величины, выборочного статистического коэффициента и как определить необходимый объем выборки. Приводятся описания и формулы для расчета этих показателей.

Четвертый параграф третьей главы содержит описание методов первичной математико-статистической обработки данных. Дана характеристика четырех типов измерительных шкал: номинальной, порядковой, интервальной и шкалы равных отношений. Рассмотрены проблемы измерения количественных признаков. Даны определения и рассмотрены ограничения использования в социально-статистических исследованиях средних величин, медианы и моды. Для всех этих показателей приведены формулы расчета.

Описано применение статистических коэффициентов для характеристики распределения качественных признаков. Приводятся описания коэффициентов, чаще всего используемых в социально-статистических исследованиях: интенсивных, экстенсивных, коэффициентов соотношения, наглядности, относительной интенсивности.

Описана система показателей, используемых для анализа динамических рядов: уровень, прирост или убыль, темп роста или снижения, темп прироста или убыли, абсолютное значение одного процента прироста или убыли. Приведена формула средней хронологического ряда, используемая для целей сравнения динамических рядов между собой.

Пятый параграф третьей главы посвящен статистическим методам оценки связей между изучаемыми явлениями. Авторы дают определения функциональной и корреляционной связи. Приводятся описания и формулы для расчета следующих методов оценки статистических связей: коэффициента ранговой корреляции Спирмена, коэффициента корреля-

ции Пирсона, коэффициента регрессии, коэффициентов множественной корреляции и детерминации, критерия согласия хи-квадрат Пирсона, коэффициента сопряженности Пирсона.

Шестой параграф третьей главы описывает конкретные методы оценки наркопотребления на территории. Это: использование данных государственной и ведомственной социальной статистики, медицинской (санитарной) статистики. Раскрываются такие понятия медицинской статистики, как заболеваемость и болезненность. Описаны учетные и отчетные формы, отражающие данные о наркологической заболеваемости и болезненности, и используемые в российской системе наркологической помощи. Указаны и другие источники первичной идентификации лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами: данные экстренной медицинской помощи, отчеты специализированных центров (отделений) острых отравлений, данные массовых медицинских осмотров. Статистическое изучение наркологической заболеваемости может быть осуществлено также по данным о причинах смерти. Авторы дают сравнительную оценку достоверности разных источников данных о наркопотреблении, отмечают низкую достоверность данных государственной и ведомственной социальной статистики.

Следующий раздел посвящен использованию данных правовой статистики. Указана статистическая документация, отражающая связанную с наркотиками преступность. Подробно описано содержание статистических сведений, предоставляемых правоохранительными органами. Определены основные понятия правовой статистики — объем, уровень и структура преступности. Приведены и другие используемые на практике количественные характеристики преступности, отдельных видов преступлений и лиц, их совершивших.

Далее показаны возможности мониторинга наркоситуации на территории с использованием опросных методов. Даны определения индикаторов наркопотребления и его видов: «жизненного», годового, месячного и дневного преваленса. Показано клиническое содержание каждого из этих видов преваленса. На примере исследования подростковой сексуальной девиантности и исследования «Знания, установки, практики и поведение работниц коммерческого секса Санкт-Петербурга», проведенных Общественной организацией социальных проектов «Стеллит», показано использование некоторых других индикаторов наркопотребления. Среди них: возраст первой пробы, частота годового употребления, полугодовой и недельный преваленс, частота недельного употребления.

Описаны два подхода к установлению факторов наркотизации, возможные в опросном исследовании. Первый подход заключается во включении факториальных признаков в программу исследования и оценка их влияния на уровень наркопотребления. В качестве примера авторы

приводят исследование наркотизации студентов, проведенное факультетом психологии Санкт-Петербургского государственного университета в 2002 г. Вторым подходом состоит в использовании экспертных оценок. Дана сравнительная оценка преимуществ и недостатков названных подходов.

В следующем разделе рассматривается оценка наркоситуации на основе объединения данных из различных источников. Дано описание метода «повторного захвата». В качестве примера использования метода приведено исследование уровня употребления опиатов в Дублине и на остальной территории Ирландии в 2000 г. и в 2001 г.

Четвертая глава посвящена интерпретации данных мониторинга с позиций социологической теории. Социологический подход рассматривается как наиболее релевантный интерпретации результатов мониторинга. Изложены социологические теории наркотизма макро- и микросоциального уровня, а также альтернативные теории.

Рассматриваются основные стратегии («политики»), существующие сегодня в антинаркотической деятельности: прогибационистская (запретительная) политика и легализация. Приводятся аргументы сторонников и противников легализации. Описана модель общественного здоровья как определенный компромисс между этими стратегиями. В качестве примера использования модели общественного здоровья приведен подход «снижения вреда». Излагаются основные направления антинаркотической деятельности с позиции общественного здоровья: репрессивные и оперативные меры борьбы с нелегальным распространением наркотических средств, работа с лицами, страдающими наркоманиями, профилактическая работа среди населения.

В заключении авторы отмечают, что реализация территориального мониторинга является предпосылкой создания эффективной системы контроля над наркоситуацией, поскольку мониторинг позволяет систематизировать антинаркотическую работу. Отмечается экономическое значение внедрения системы территориального мониторинга наркоситуации для территории.

the current statistical assessment of drug abuse expansion and the monitoring concept appears in this chapter.

The authors cite methodological characteristics and basic results of the American national research titled "Monitoring in the Future" as being an example of one of the most methodologically elaborate monitoring studies in drug abuse expansion. In this paper the research background as well as reasons of selecting a certain monitoring object, sampling formation procedure and survey itself are thoroughly described. The contents of the questionnaire, statistical failsafes and obtained assessments' validity have been shown together with the opportunity of revealing the tendencies of drug abuse among the population both as a whole and according to different socio-demographical parameters.

Worldwide drug expansion is outlined on the basis of production, trafficking (illegal transporting) and abuse characteristics as they have existed by 2003. Changes in the level of banned intoxicant abuse over the last years are provided both regionally and with regard to different countries.

The historical background of drug abuse in Russia is followed by such factors as plentiful resources for making drugs, and Eastern and Western ideological movements that became fashionable in big Russian cities. The authors discuss the high incidence of drug abuse in pre-revolutionary and post-revolutionary Russia in the 20th century as well as the drugs during the First and Second World Wars. There are historical tendencies of drug abuse among populations at post war periods, namely, the impact of fashionable trends and informal youth movements in the 60's and 70's; enhancing legislative measures against drug addiction in the 70's; considering drug addicts as criminals and failing to recognize the problem of narcotism in the 80's; drugs becoming a part of youth and criminal subculture in the 80's and the 90s; increasing drug abuse rates during the crisis period of the 90's. All things considered, the legislative framework developed against illegal production and distribution of drugs is shown since post-revolutionary period of 1917 till the present time.

There is a description of current drug abuse rates in the Russian Federation given with regard to officially recorded sickness rates and data describing the further harmful implications of drug abuse. These growth rates were observed between 1999–2002. Disorders caused by psychoactive drug abuse are differentiated in terms of drug users' gender and their place of residence.

Here are the data of two surveys in adolescent drug addiction carried out at the St. Petersburg Sociological Institution of the Russian Academy of Sciences and the Psychology Department of the St. Petersburg State University. The presented picture of psychoactive drug abuse considerably differs from the officially recorded sickness rate. The essence of psychoactive drug abuse is studied in the survey.

SYNOPSIS

This manual presents generalized problems concerning the development and execution of monitoring studies in drug abuse growth rates in regard to territory. The manual consists of four chapters and covers the following key areas: psychoactive substance abuse expansion in Russia within an international and socio-historical context; social and medical approach to drug abuse; classification of drugs and toxic substances used as narcotics; techniques of developing a methodological provision for monitoring; modern theoretical approaches to the problem of drug abuse; choice of anti-drug strategy.

Introduction reveals the primary problem of carrying out anti-drug activities in Russia. At present these activities seem to be non-systematic and uncoordinated efforts with meager results. On one hand, Russian narcological service has been traditionally guided by a biomedical model of illness. The watchdog function over narcotism (drug addiction) is nowadays given to specialized security agencies. At the same time some volunteering organizations are known to do the same. Hence, the professionals and specialists involved in the sphere of drug prevention possess a quite narrow area of proficiency/expert knowledge. On the other hand, a predominance of theoretical knowledge over applicable skills found in the Russian higher education sector results in the lack of specialists who would develop and implement particular drug prevention programs. As a consequence one can observe a considerable gap in the scientific and methodological provision for anti-drug activities.

In the first chapter the authors outline the concept of monitoring social processes. The significance of monitoring as a core part of every controlling system is mentioned in particular. Also, the authors present a scheme of monitoring tasks with view of applying obtained data for further prevention activities. The specific research background of monitoring as one of the types of social and ecological studies is described together with the advantages and disadvantages of ecology-related research works. Restrictions in using the results of ecological studies caused by ecological mistake or ecological shift are illustrated by the case study approach. The marked difference between

The primary attributes of drug-related crime between 1999–2002 have been covered in the research, such as the decreasing rate of crimes connected with producing, obtaining, storing and transporting drugs as well as or the ganization and maintenance of haunts for drug users; however, the figures of crimes connected with planting poppy or hemp seeds (or others) have surged. Most crimes are known to have been committed by drug users without marketing intentions. Moreover, diverse drug-related crimes are territorially determined as the participants of criminal groups are operating in this sphere described in relevant terms.

In the second chapter the authors define such notions as ‘drugs’ and ‘psychoactive substances’. They provide medical, social and legal criteria of the defined drugs as well as factors determining particular sensations after using drugs and social functions of such behavioral patterns. The authors distinguish between concepts of narcotism, drug abuse and narcomania (toxicomania), and present the most significant classifications of psychoactive substances.

Further, drugs from the opiate group circulating illegally are featured prominently. Thus peculiar properties of metadine as a medicine and a drug are analyzed assuming that it is in high demand on the black market. There are clinical pictures and course of opiate, cocaine, amphetamine and barbitol addictions shown in the survey together with clinical peculiarities of intoxicants such as cannabis derivatives, psychotomimetic agents, volatile organic substances, and atropinelike drugs as well. Drugs are sub-classified and given in conjunction with their slang versions/doubles added by reasons of emergence and specific course of polinarcomania and politoxicomania.

In the third chapter monitoring is described as one of the types of social and statistical research. The first paragraph contains definitions for such concepts as ‘statistics’, ‘statistical research’, ‘statistical methodology’, and the specification of statistical research stages, namely: developing a draft and program of research (preparatory stage); statistical inquiry (registration); collecting and grouping primary data; mathematical and statistical processing and analysis. The authors stress the fact that these stages are not necessarily inherent to the scientific research only but are to be found in routine statistical activities of different organizations and services.

Besides this, there are recommendations for elaborating a program of research where the key tasks are: outlining goals and tasks of the research, determining the object of observation, estimation of the supposed scope of statistical work, discriminating the unit of observation, identifying statistical attributes, developing the program of observation in a list of accounting attributes for each observation unit. The chapter also contains rules in accordance to which the program of observation should be elaborated. The mathematical and statistical data processing program is drawn up before the

beginning of primary data collection, and the scheme of research has been outlined.

All steps making up the procedure of statistical observation as well as its types and methods have been presented together with the advantages and disadvantages of continuous and non-continuous observation. Lastly, the classification of statistical observation is attached.

All steps involved in statistical summary and grouping observation data have also been outlined. The concepts of qualitative, attributive, factorial and resulting features have been defined, and types of statistical groupings, such as plain, typological, structural and analytical, have been described as well. Apart from that, the authors stated the use of counting and logical tests so that errors in statistical documents could be exposed. The collected data has been integrated with its summary.

The second paragraph of the third chapter is devoted to the questioning method to be used for statistical data collection. Along with the advantages and disadvantages of this method, the main types of interview have been regarded, namely standardized and non-standardized interviews, types of questions common for surveys. The authors explain the rules of formulating such questions that are relevant to the goal and the object of the research, questioning method and socio-demographic characteristics of the questionees. There are the examples of open and closed questions, and which is better in certain situations, as well as multiple-answer questions or indirect ways of obtaining required information. The importance of sequence during the interview is particularly stressed, therefore this description is followed by the requirements to be met while making the questionnaire consistent on the whole, and by the principle of “buffer questions” to be applied in the course of the interview. The goal and procedure of the preliminary testing of the questionnaire are also shown in this paragraph.

The contents of the key stages of the interview — building up a contact, main stage and final one, have been carefully explored, as well as some obstacles encountered by interviewers while working. In addition to this, the rules are given showing how to develop and formalize the questionnaire together with the ways of carrying out the questionnaire-based interview.

The next section is devoted to the specifics of carrying out an expert interview and covers the technique of selecting experts, factors that are likely to influence the results of expert appraisal, and ways of stimulating experts to get involved.

The third paragraph of the third chapter is dedicated to sampling techniques. The authors define different types of sampling, multistage sampling in particular, quoting sampling and panel research as well.

Additionally, there are the methods of reliability assessment for sample statistical values. The authors give answers on how to assess sample average

value, sample statistical coefficient and how to find the required amount of sampling. They also offer formulas for mentioned figures to be calculated.

The fourth paragraph of the third chapter covers methods of primary mathematical and statistical data processing with the four types of measuring scales presented: nominal, ordinal, interval and the scale of equal ratio. The problems of measuring quantitative features have been regarded as well. The authors defined and gave restrictions to the employment of average values, medians and modes within the socio-statistical research with relevant calculating formulas.

Apart from what has been already mentioned the authors review the employment of statistical coefficients in order to classify the distribution of qualitative features. They describe some of the most demanded in socio-statistical research coefficients, such as intensive, extensive, ration coefficient, coefficient of visualization, and relative intensity.

Such system of indices employed for dynamic row analysis as rate, increment or loss, growth or decrease rate, increment or loss rate, absolute value of 1% increment or loss, have been described together with the formula of average quantity of chronological row employed for further comparing dynamic rows internally.

The fifth paragraph of the third chapter covers statistical methods of estimating relations between studied phenomena. The authors define the concepts of functional and correlative relations, and present formulas to calculate the following methods of estimating statistical relations: the coefficient of rank correlation by Spearman, the coefficient of correlation by Pearson, the coefficient of regression, the coefficient of multiple correlation and determination, chi-square fitting criterion by Pearson, and the coefficient of contingency by Pearson.

The sixth paragraph of the third chapter presents particular methods of assessing the extent of drug abuse somewhere in the particular territory, such as employing data of official state and departmental social and medical (sanitary) statistics. Here are attached such notions as 'sickness' and 'morbidity/sickness rate'. Furthermore, the authors describe accounting forms covering data on narcological morbidity rate recognized in the system of Russian narcological help service, and bring out some other sources of primary identification of psychoactive substance users, namely, data of emergent medical care, reports of specialized centers (departments) of acute poisoning, data of mass medical examinations. Besides, statistical study of narcological morbidity rate could be helped by analyzing recorded causes of deaths. Incidentally, the authors compare the reliability of different data sources concerning drug abuse figures mentioning poor reliability of official state and departmental social statistics.

Legal statistical data appears to be the focus point of the next section. Here statistical data displaying drug-related crime can be obtained with detailed description of information given by the law-enforcement bodies. Basic concepts of legal statistics presented in the paper are as follows – incidence, rate and structure of delinquency, added by quantitative characteristics of delinquency, some types of crime and criminals.

Apart from this, the authors demonstrate the probability of carrying out territorial monitoring using questioning methods. They tend to define indicators of drug abuse incidence and its types, namely, 'lifetime', annual, monthly and daily 'prevalence'. Clinical fundamentals of each type of prevalence is pictured. For example, the research project titled "Knowledge, attitudes, practices and behavior of commercial sex workers in St. Petersburg" accomplished by the non-governmental organization of social projects "Stel-lit", and research papers in adolescent sexual deviancy reveal some other indicators of drug abuse incidence, such as, age when first trial occurred, frequency of yearly use, half year or weekly prevalence, frequency of weekly use.

The approaches to identification of narcotization factors likely to take place at polling survey have been demonstrated. The first one tends to enclose factorial features into the program of research and assesses their impact on the level of drug abuse rates. As an example, research into the level of narcotization among students is shown, which was carried out at St. Petersburg State University in 2002. As for the second approach, it employs expert appraisals. The authors conclude by weighing advantages and disadvantages of mentioned approaches.

The next section is dedicated to the assessment of drug expansion on the basis of consolidated data from different sources. The authors describe 'method of recapture' and give as an example of the research into opiate abuse rates in Dublin and other parts of Ireland in 2000-2001.

The fourth chapter is devoted to interpretation of monitoring data in terms of sociological theory. The sociological approach is considered to be the most relevant for inferring required interpretations. Thus, here is observed sociological theories of macro- and micro-social level narcotism as well as alternative ones.

The main strategies (policies) available nowadays for anti-drug activities, namely, prohibitive policy and legalization, which are short-listed and analyzed. All arguments of followers and opponents of legalization are specified in the survey. Incidentally, the public health model is regarded as a certain compromise between these two extreme strategies, where the 'harm reduction' approach is given as an example of the mentioned model. Major directions of anti-drug activities are pointed out from the angle of public health phenomenon: repressive and operative methods of illegal drug circula-

tion prevention; dealing with people suffering from narcomania; and finally, prophylactic activities for population on the whole.

In conclusion the authors emphasize that implementation of territorial monitoring appears to be the necessary prerequisite for establishing efficient controlling system over drug abuse expansion so long as monitoring tends to systematize anti-drug activities overall, not to mention its economic significance with respect to particular regions and areas

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Введение.....	3
1. Территориальный мониторинг наркоситуации в социально-историческом контексте.....	7
1.1. Понятие о мониторинге социальных процессов.....	—
1.1.1. Цели, задачи и конкретно-методологические принципы проведения мониторинга.....	—
1.1.2. Американское национальное исследование «Мониторинг будущего».....	11
Вопросы для самоконтроля.....	15
1.2. Социально-исторический контекст мониторингового исследования наркопотребления.....	16
1.2.1. Распространение наркотиков как глобальная проблема.....	—
1.2.2. История наркопотребления на территории России.....	21
1.2.3. Актуальная наркоситуация в Российской Федерации.....	29
Вопросы для самоконтроля.....	34
2. Наркотики и наркопотребление.....	35
2.1. Социально-медицинский подход к наркопотреблению.....	—
2.1.1. Основные понятия.....	—
2.1.1.2. Классификация наркотиков и токсических веществ, используемых с целью достижения опьянения.....	39
Вопросы для самоконтроля.....	41
2.2. Седативные вещества.....	—
2.2.1. Морфин и вещества с морфиноподобным действием (опиаты).....	—
2.2.1.1. Героин.....	43
2.2.1.2. Метадон.....	44
2.2.2. Снотворные средства (гипнотики).....	—
2.2.2.1. Барбитураты.....	45
Вопросы для самоконтроля.....	47
2.3. Стимулирующие препараты.....	—
2.3.1. Кокаин.....	49
2.3.2. Амфетамины.....	51
2.3.2.1. Эфедрин (Эфедрон).....	52
Вопросы для самоконтроля.....	—

2.4. Психоделические препараты	56	3.5.3. Коэффициент корреляции Пирсона, равный произведению моментов (r)	102
2.4.1. Вещества, добываемые из индийской конопли (каннабиноиды)	56	3.5.4. Коэффициент регрессии (R)	103
2.4.2. Психотомиметические средства (ЛСД и родственные препараты)	55	3.5.5. Коэффициенты множественной корреляции и детерминанты	—
2.4.2.1. ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты)	56	3.5.6. Оценка связей между качественными признаками на основе критерия	104
2.4.2.2. Фенциклдин	57	Вопросы для самоконтроля	106
2.4.2.3. Кетамин (калписол)	59	3.6. Изучение наркотребления на территории	—
2.4.2.4. Псилоцибинсодержащие грибы	60	3.6.1. Оценка уровня наркотребления на основе социально-статистической информации	—
2.4.3. Органические растворители, средства бытовой химии (летучие органические соединения — ЛОС, ингаленты)	62	3.6.1.2. Использование данных медицинской (санитарной) статистики	108
2.4.4. Атропинсодержащие препараты	62	3.6.1.3. Использование данных правовой статистики	113
2.4.4.1. Димедрол и пипольфен	—	3.6.2. Использование опросных данных	118
2.4.4.2. Циклодол	63	3.6.3. Оценка наркоситуации на основе объединения данных из различных источников	124
2.4.5. Полинаркомания (политоксикомания)	64	Вопросы для самоконтроля	125
Вопросы для самоконтроля	65	4. Интерпретация данных мониторинга с позиций социологической теории и выбор антинаркотической стратегии	126
3. Мониторинг как вид социально-статистического исследования	—	4.1. Нарколизм как социальное явление	—
3.1. Статистическая наука и статистический метод	67	4.1.1. Социологическое понимание наркотизма	127
3.1.1. Основные понятия	69	4.1.2. Социологические теории наркотизма	—
3.1.2. Этапы статистического исследования	72	4.1.2.1. Макроуровневые теории	131
3.1.2.1. План и программа статистического исследования	74	4.1.2.2. Микроуровневые теории	134
3.1.2.2. Статистическое наблюдение	—	4.1.2.3. Альтернативные теории	136
3.1.2.3. Статистическая сводка и группировка данных	77	Вопросы для самоконтроля	140
Вопросы для самоконтроля	81	4.2. Антинаркотические стратегии	141
3.2. Опрос как метод сбора первичной статистической информации	83	Вопросы для самоконтроля	143
3.2.1. Общая характеристика опросного метода	84	Заклочение	147
3.2.2. Разработка первичного документа опросного исследования	85	Использованная литература	154
3.2.3. Проведение опроса	86	Реферат	—
3.2.4. Особенности заочного опроса (анкетирования)	—	Synopsis	—
3.2.5. Особенности экспертного опроса	88	—	—
Вопросы для самоконтроля	91	—	—
3.3. Выборочный метод	92	—	—
3.3.1. Виды выборки	—	—	—
3.3.2. Оценка достоверности выборочных статистических величин	88	—	—
3.3.3. Определение необходимого объема выборки	91	—	—
Вопросы для самоконтроля	92	—	—
3.4. Методы первичной математико-статистической обработки данных	—	—	—
3.4.1. Измерение в социально-статистическом исследовании	93	—	—
3.4.2. Средние величины	96	—	—
3.4.3. Относительные величины (статистические коэффициенты)	98	—	—
3.4.4. Динамические ряды	100	—	—
Вопросы для самоконтроля	—	—	—
3.5. Измерение связей	—	—	—
3.5.1. Понятие статистической связи	101	—	—
3.5.2. Ранговая корреляция	—	—	—

**Санкт-Петербургская общественная организация
социальных проектов «Стеллит»**

Россия, 190020, г. Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 9, офис 617

Тел./факс (812) 445-28-93, 445-28-94

info@ngostellit.ru

www.ngostellit.ru

**Научно-методические основы
территориального мониторинга наркоситуации**

Методическое пособие

Художественный редактор *Е. И. Егорова*

Верстка *И. М. Беловой*

Лицензия ИД № 05679 от 24.08.2001

Подписано в печать 14.06.2006. Формат 60×84¹/₁₆.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 10,23.

Тираж 500 экз. Заказ № 286

Издательство СПбГУ. 199004, С.-Петербург, В.О., 6-линия, 11/21

Тел. (812) 328-96-17; факс (812) 328-44-22

E-mail: editor@unipress.ru

www.unipress.ru

По вопросам реализации обращаться по адресу:

С.-Петербург, 6-я линия В.О., д. 11/21, к. 21

Телефоны: 328-77-63, 325-31-76

E-mail: post@unipress.ru

Типография Издательства СПбГУ.

199061, С.-Петербург, Средний пр., 41.

Общественная организация социальных проектов «Стеллит» учреждена в 2002 году профессиональными социологами и психологами, с конца 1990-х годов проводивших социальные исследования на базе Социологического Института РАН.

Внедрение практических и методических рекомендаций, разработка превентивных программ требовали дальнейшего профессионального сопровождения. Эта работа выходила за рамки задач академического научно-исследовательского института, и было принято решение о создании некоммерческой организации, непосредственно участвующей в решении важнейших социальных проблем населения России.

Для работы в социальной сфере необходимы твердость убеждений и вера в свою звезду. Именно поэтому для организации было выбрано название «Стеллит» (от лат. *stella* — звезда) — особо твердый сплав металлов, не подверженный разрушению.

Сегодня «Стеллит» — это профессиональная организация, работающая в четырех основных направлениях: *Социальные исследования, Превентивные программы, Социальная работа, Организационное консультирование*. Кроме этого, реализуются два дополнительных направления: *Научная деятельность и Общественная деятельность*.

Социальные исследования

«Стеллит» проводит уникальные и методически сложные популяционные исследования в Санкт-Петербурге и других регионах

России по следующим тематическим разделам: аддиктивное поведение (наркопотребления, алкоголизации и табакокурения), поведенческие аспекты ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекционных заболеваний (в т.ч. среди труднодоступных групп «риска» и с параллельным определением ангител к ВИЧ, сифилису, гепатитам), сексуального поведения «риска» и коммерческая сексуальная эксплуатация (включая трэффик, проституцию и порнографию с вовлечением несовершеннолетних).

Превентивные программы

В основе создаваемых «Стеллитом» превентивных программ — стремление содействовать укреплению психического, физического, сексуального здоровья и социального благополучия населения. Работа включает в себя обучение специалистов в области здоровья образа жизни и последствий поведения «риска», методическое обеспечение проведения обучающих мероприятий, а также деятельность по предупреждению заболеваемости и социальной исключенности подростков и молодежи («советы здоровья», тематические рабочие группы и пр.).

Социальная работа

Основными клиентами Социального направления «Стеллита» являются женщины, дети и мужчины, вовлеченные в различные формы коммерческой сексуальной эксплуатации — проституцию, порнографию и трэффик. Реализуется аутрич-программа на улицах, в гостиницах и секс-салонах, осуществляется социальное сопровождение в медико-социальные структуры города (кайс-менеджмент), действует контактная телефонная линия и консультирование посредством Интернета, постоянно развивается сеть «доверенных специалистов». Основная цель Социальной работы — профилактика ВИЧ/СПИДа и других социальных заболеваний среди секс-работников и их клиентов, а также формирование мотивации к сохраняющему здоровью поведению.

Организационное консультирование

Оценка эффективности и оптимизация функционирования организаций, проектов, программ — необходимые составляющие реше-

ния любых социальных задач. Деятельность по данному направлению включает оценку эффективности функционирования организаций, проектов, программ; исследование различных аспектов жизнедеятельности организаций; планирование и реализацию программ организационных изменений; обучение и консультативная поддержка руководителей организаций социальной сферы; стресс-менеджмент и программы снижения уровня рабочего стресса сотрудников и профилактики их профессионального выгорания.

Научная деятельность

Ведущие сотрудники «Стеллита» являются преподавателями международной магистерской программы «Общественное зло», осуществляемой Санкт-Петербургским Государственным Университетом. По результатам исследований и практической работы «Стеллита» опубликовано 8 монографий и более 60 статей, подготовлены методические пособия для проведения тренингов, программ обучения и социальной работы, подготовлено и защищено 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата социальных наук. «Стеллит» и его сотрудники являются членами ряда международных организаций и профессиональных ассоциаций, организует и принимает участие в проведении круглых столов, семинаров, конференций и конгрессов различных профессиональных сообществ.

Общественная деятельность

«Стеллит» участвует в работе Координационного совета по предотвращению насилия во всех сферах жизнедеятельности Санкт-Петербурга при Комитете по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга, в Почетительском совете Колпинской колонии для несовершеннолетних, Общественном совете по развитию гражданского общества при Комитете по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями. Представители законодательной и исполнительной власти участвуют в проектах и программах «Стеллита» в качестве экспертов и партнеров. В 2005 году «Стеллит» стал инициатором создания Альянса противодействия коммерческой сексуальной эксплуатации детей (КСЭД) в России.

Мы благодарны нашим партнерам, оказывающим нам разностороннюю поддержку в наших начинаниях. Успех и развитие Организации Социальных Проектов «Стеллит» были бы невозможны без сотрудничества с российскими и зарубежными некоммерческими организациями, технической, информационной и финансовой поддержкой государства организаций и представителей властных структур, участия частных фирм, моральной и финансовой поддержки международных, частных и правительственных фондов.

Мы уверены: только совместными усилиями возможно эффективно решать социальные проблемы и помогать тем, кто в этом нуждается.



St. Petersburg Non-Governmental Organization of social projects «Stellit»

Russia, 190020, St. Petersburg, Bumazhnaya str., 9, office 617
Tel./Fax (812) 445-28-93, 445-28-94
info@ngostellit.ru
www.ngostellit.ru

NGO of social projects “Stellit” was established in year 2002 by professional sociologists and psychologists who since late 1990th conducted research work in the Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences.

The development practical and methodological recommendations and prevention programs was needed to be supported by professional organizational structure. This was beyond the functions of the academic research institute, which resulted the decision to start a non-commercial organization with a mission to help solve most important social problems such as improving health of the Russian population.

Working in the society requires holding on to one’s beliefs and trusting in one’s fortune. This idea guided the selection of a name for organization. «Stellit» (from the Latin word “stella” meaning “a star”), which is a harm-resistant alloy of metals.

At present NGO “Stellit” is a professional organization working in 4 key areas: *Social researches, Prevention programs, Social work and Organizational consulting*. Moreover there are 2 complementary activities: *Scientific activity and Public activity*.

Social researches

Stellit conducts unique and challenging population research in St.Petersburg and other regions of Russia in the following areas: addictive behaviors (drug and alcohol abuse, tobacco smoking); behavioral

aspects of HIV and related diseases (included studies among hard-to-reach high risk groups and with parallel testing for antibodies to HIV, syphilis, hepatitis as well); sexual risk behaviors and commercial sexual exploitation (included child sex trafficking, prostitution and pornography).

Preventive programs

Stellit's prevention programs are developed on the basis of out tendency to strengthen physical, sexual and social welfare of the population. Key directions of our prevention work are: providing education about healthy life style and consequences of risk behaviors among, methodological support of training and study programs, and prevention of diseases and social exclusion of children and youth («health councils», task working groups etc.).

Social work

The clients of Stellit's Social work are men, women and children involving in different forms of commercial sexual exploitation — prostitution, pornography and trafficking. NGO "Stellit" is conducting the outreach program at streets, hotels and sex-brothels; supporting the clients to the medical and social services (case-management); holding 24-hour hotline and Internet consultations; developing the network of "trust doctors". The main goals are HIV/AIDS prevention as well as other social diseases among sex workers and their clients and motivation to healthy behavior.

Organizational consulting

Efficiency assessment and optimization operations for organizations assist in their effort to solve many social problems. The activity in this direction include performance evaluation and assessment of efficiency and effectiveness of projects, programs and companies; studying different aspects of operation of an organization; training and consulting management of social organizations, techniques of search for business partners and development of partner relationships; stress management and programs of reducing working stress for employees and prevention of cases of professional burnout.

Scientific activity

Senior members of Stellit work as teachers at international Master's program «Public Health» provided by the St. Petersburg State University. With Stellit's research results we published 8 monographs and over 60 articles, developed methodological manuals for trainings, training programs and social work; 4 Ph.D. theses in sociology were prepared and read. Stellit is a member of a number of international organizations and associations; organize and participate in round tables, workshops, conferences and congresses of different professional communities.

Public activity

"Stellit" take part in the operation of Coordination Council on prevention of violence in all spheres of St. Petersburg life under the St. Petersburg Committee on Labour and social protection of population, in Guardianship board at the Colpino colony for minors, and at Social Council on development of civil society under the Committee on youth policy and interaction with public organizations. Legislative and executive authorities also take part in Stellit's programs and projects as partners and experts. In 2005, Stellit initiated an Alliance for prevention of commercial sexual exploitation of children in Russia by becoming the member of the worldwide network of ECPAT International.

We are grateful to our partners that support us in many ways in our initiatives. Successful development of social projects accomplished by St. Petersburg NGO Stellit became impossible without cooperation with many Russian and foreign non-commercial organizations, financial and informational support of governmental bodies and authorities, participation of private companies and moral and financial assistance of international private and governmental foundations.

We are sure only joining efforts will result in the effective solution of social problems and provision of necessary help to those in the greatest need.

Факультет осуществляет обеспечение практической деятельности государственных структур Санкт-Петербурга, Северо-Западного региона и страны в целом.

Факультет является одним из подразделений университета, на основе которых осуществляется междисциплинарная специализированная магистерская программа «Общественное здоровье».

Факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета

Адрес: СПб, 199034, наб. Макарова, дом 6,

СПбГУ, факультет психологии

Телефон/факс: (812) 327-46-14

E-mail: training@psy.ru.ru

Факультет психологии был открыт в Санкт-Петербургском государственном университете в 1966 г. У истоков его создания стоял выдающийся отечественный психолог Б.Г. Ананьев. Сегодня факультет психологии включает в себя ряд кафедр, непосредственно работающих в сфере проблематики психического здоровья населения России.

Это:

- кафедра медицинской психологии и психофизиологии;
- кафедра социальной психологии;
- кафедра психологического обеспечения профессиональной деятельности;
- кафедра психологии поведения и превенции поведенческих аномалий;
- кафедра психологии и педагогики личностного и профессионального развития;
- кафедра социальной адаптации и психологической коррекции личности;
- кафедра специальной психологии;
- кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций.

Факультет ведет обширную исследовательскую работу по самым различным направлениям психического и социального здоровья.

В своей работе факультет тесно сотрудничает с профильными подразделениями ведущих научно-исследовательских учебных заведений США и Западной Европы.

Факультет осуществляет обеспечение практической деятельности государственных структур Санкт-Петербурга, Северо-Западного региона и страны в целом.

Факультет является одним из подразделений университета, на основе которых осуществляется междисциплинарная специализированная магистерская программа «Общественное здоровье».

Факультет ведет работу по повышению квалификации специалистов в форме семинаров и тренингов по краткосрочным программам в самых различных областях, в том числе:

- психологическое сопровождение детей от рождения до трех лет и их родителей;
- нарративные техники в работе с кризисными переживаниями;
- работа с детьми «группы риска»;
- консультирование и терапевтическое сопровождение пары «магь — младенец»;
- методы психологической диагностики предболезненных состояний и их психокоррекция;
- психологическая коррекция свойств личности;
- психодрама;
- профилактика профессионального выгорания;
- тренинг личностного роста;
- технология работы с людьми, пережившими стресс;
- интерактивные методы профилактики наркозависимости подростков и молодежи.

The Department has courses of advanced professional education for specialists held as workshops and trainings within short-term programs in such areas as:

- psychological maintenance for parents and children from birth to 3 y.o.;
- narrative techniques for dealing with crisis emotional experience;
- methods of work with "risk group" children;
- consulting and therapeutic maintenance of a "mother-child" couple;
- methods of psychological diagnostics of pre-disease conditions and their psycho-correction;
- psychological correction of personal traits;
- psychodrama;
- prophylaxis of professional "burning out" syndrome;
- training of personal development;
- techniques of work with people under stress;
- interactive methods of drug abuse prophylaxis among adolescents and young people.

**Psychology Department of the
St. Petersburg State University**

Address: St. Petersburg, 199034, embankment Makarova, 6,
SPSU, Psychology Department
Telephone/fax: (812) 327-46-14
E-mail: training@psy.pu.ru

The Department of Psychology was opened in the St. Petersburg State University in 1966. One of its founders was an outstanding Russian psychologist B.G. Ananyev. Nowadays Psychology Department has many sectors working with the problems of mental health of Russian population, such as:

- sector of medical psychology and psychophysiology;
- sector of social psychology;
- sector of psychological provision of professional activity;
- sector of psychology of behavior and behavioral anomaly prevention;
- sector of psychology and pedagogic of personal and professional development;
- sector of social adaptation and psychological personal correction;
- sector of special psychology;
- sector of psychology of crisis and urgent situations.

The Department involves intensive research work in different areas of social and mental health.

It cooperates with many profile subsectors of leading scientific and research institutes in the USA and Western Europe.

The Department provides practical activity of governmental structures of St. Petersburg, North- Western region and country overall.

Psychology Department is one of the university substructures that is involved in the international Master's program "Public Health".