

ПСИХОЛОГИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Л. А. Цветкова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКЦИЙ

В статье представлен обзор зарубежных социально-психологических теорий формирования наркотизма: теория социального научения или социально-когнитивная теория (Bandura), теория социальных сетей (Needle et al.) и теория социального влияния (Ling et al.), теория стадий изменения поведения (Prochaska, DiClemente), теоретическая модель убеждений в отношении здоровья (Rosenstock), социально-экологическая теория (Hansen), теория социального контроля (Elliot), модель социального развития (Hawkins, Weis), теория семейного взаимодействия (Brook et al.), теория проблемного поведения (Jessor). Большая часть исследователей в рамках социально-психологического подхода изучения факторов наркотизма в молодежной среде делает акцент на параметрах социального окружения.

Ключевые слова: личностные факторы, социальное окружение, референтная группа, сверстники, нормативные представления, риски, наркотизм, наркопотребление, психоактивные вещества.

The article presents review of foreign socio-psychological theories of the drug addiction development: social learning theory or social cognitive theory (Bandura), social networks theory (Needle et al.) and social influence theory (Ling et al.), stages of behavior change theory (Prochaska, DiClemente), health belief model (Rosenstock), socio-ecological theory (Hansen), social control theory (Elliot), the social development model (Hawkins, Weis), family interaction theory (Brook et al.), problem behavior theory (Jessor). Most researchers in the socio-psychological approach to address the factors of drug addiction among young people focus on the characteristic of the social environment.

Key words: personality factors, social environment, referent group, peers, guideline exposure, risk, addiction, drug use, psychoactive substances.

Сегодня нет единого социально-психологического подхода, который бы мог претендовать на всеобъемлющее объяснение формирования аддиктивного поведения, в том числе наркотизма. В то же время и ученые, и специалисты-практики, работающие в области профилактики

Цветкова Лариса Александровна — канд. психол. наук, доцент, декан ф-та психологии СПбГУ. E-mail: Larissa@psy.ru

различных форм аддиктивного поведения, большое внимание уделяют изучению социально-психологических факторов формирования наркотизма. Успех различных профилактических и реабилитационных программ в отношении наркопотребления во многом опирается на социально-психологические детерминанты поведения человека.

Среди зарубежных социально-психологических моделей, которые внесли значительный вклад в понимание проблемы формирования наркотизма, следует выделить наиболее разработанные как в теоретическом, так и в практическом плане.

Теория социального научения, или социально-когнитивная теория

Теория социального научения основывается на допущении, что поведение, влияние окружающей среды, установки и убеждения взаимозависимы и взаимообусловлены. Таким образом, следует говорить о тройственной функциональной зависимости между поведением, внутриличностными характеристиками и внешним окружением. Центральное место в социально-когнитивной теории занимает концепция саморезультативности, или самоэффективности. Согласно последней, изменение и поддержание поведения являются функцией от ожиданий о результатах поведения определенного человека и способности этого человека реализовать тот или иной вариант поведения, «...способность индивида организовать и исполнить последовательность действий, требуемых для достижения определенного результата» (Bandura, 1994, р. 29). А. Бандура пишет, что ожидания эффективности берутся из чужого опыта, вербального убеждения, физиологического возбуждения и достижений, т.е. им учатся на основе опыта. Предлагая создать общую стратегию для развития самоэффективности по отношению к здоровому образу жизни, некоторые ученые призывают к внимательному рассмотрению целевого поведения и определению его особых элементов, требующих развития навыков (Strecher et al., 1986).

Теория социального научения говорит о том, что опосредованный опыт составляет важную часть ожиданий эффективности, и это положение прогнозирует устойчивый положительный эффект привлечения сверстников для образовательных целей по профилактике злоупотребления алкоголем и наркотиками. Опосредованный опыт позволяет получить знания посредством наблюдения за событиями и людьми. Когда люди или события демонстрируют различные варианты поведения, иллюстрирующие принципы, правила или реакции, их можно назвать моделями. Согласно А. Бандуре, тем не менее для того чтобы модель могла положительно повлиять на самоэффективность или поведение наблюдателя, должны быть выполнены определенные условия: модель должна быть похожа на наблюдателя по возрасту, полу и другим физическим характеристикам (Bandura, 1986). В образовательной про-

филактиве злоупотребления наркотиками, в частности эти сходства являются составляющими эффекта вербального убеждения (Smart, Fejer, 1972; Sheppard, 1980). Предостережения лидеров групп сверстников более убедительны для учащихся школ и колледжей, чем увещевания учителей или людей старшего возраста.

Теория социальных сетей и теория социального влияния

Большую роль в объяснении формирования наркотизма сыграли теории, подчеркивающие значимость межличностных взаимоотношений в распространении той или иной формы поведения. Эти же теоретические предпосылки лежат в основе широко известных и эффективных программ профилактики наркомании в молодежной среде, построенных по принципу обучения «равный — равному», «ровесник — ровеснику» (*peer education*). Среди данных теоретических моделей следует отметить *теорию социальных сетей* (Needle et al., 1995) и *теорию социального влияния* (Ling et al., 1992). В названных теоретических моделях большое внимание уделяется естественным процессам взаимодействия между людьми и их социальным окружением, в первую очередь внутри референтных групп и среди сверстников. Однозначно создается впечатление, что на употребление наркотиков в подростковом возрасте прежде всего влияют сверстники, что подтверждают обзоры научных исследований, предпринятые, например, Д.Б. Кенделом (Kandel, 1980) и другими авторами. Хотя сравнительное влияние сверстников и родителей на подростков существенно варьируется в других сферах, влияние сверстников заметно сильнее в отношении незаконного употребления наркотиков. Даже в раннем подростковом возрасте установки и поведение родителей имеют меньшее влияние, чем установки и поведение сверстников и старших братьев или сестер (Needle et al., 1986). Кроме того, доминирующее влияние сверстников на данном этапе наблюдается и у повзрослевших подростков, оказывая воздействие на индивидуальные особенности употребления по всему спектру «легких» и «тяжелых» наркотиков. Основная предпосылка этой модели социализации — склонность индивида мыслить и вести себя, подражая своим сверстникам, особенно когда контакты с ними плотные и частые. В подобных ситуациях сверстники устанавливают нормы приемлемого и одобряемого поведения. Таким образом, даже если «большое общество» рассматривает употребление наркотиков как отклонение от нормы, подростки могут усваивать и сохранять такое поведение, если группа сверстников предлагает модель для него, одобряет его и рассматривает как желаемое. То, о чем думают и чем занимаются сверстники, в какой-то степени совпадает с впечатлением от этих самых сверстников, однако это совпадение может быть лишь частичным. Если люди воспринимают ситуации как реальные, эти ситуации имеют реальные последствия. В рамках этой модели злоупотребление наступает при посредстве двух

механизмов: 1) нормативных представлений и 2) подверженности воздействию алкоголя и наркотиков в обществе.

1. Нормативные представления. Человек, который считает, что окружение одобрительно относится к употреблению алкоголя и наркотиков, как правило, мотивирован употреблять их для того, чтобы заручиться социальным одобрением представителей окружения (Downs, 1987). Люди, относящиеся к группам, не одобряющим употребление алкоголя и наркотиков, скорее всего, воздержатся от их употребления из-за предполагаемых и реальных предписаний, запрещающих употребление этих веществ (Hirschi, 1969; Johnson, 1986).

Исследования подтверждают, что *нормативные представления* (НП) провоцируют злоупотребление. Так, например, И. Айзен и М. Фишбайн утверждают, что НП помогают прогнозировать намерения и поведение индивидов (Ajzen, Fishbein, 1973; Fishbein, Ajzen, 1975). Их теория гласит, что намерение вести себя так или иначе является линейной комбинацией индивидуальной предрасположенности и социальных НП, причем удельное значение каждого из этих факторов представляет собой полученное эмпирическим путем отношение, определяемое коэффициентами уравнений регрессии.

Эта теория была применена для предсказания употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) (Chassin, 1984; Chassin et al., 1986; Grube et al., 1986). НП (по сравнению с индивидуальной предрасположенностью), как правило, доминируют в качестве предиктора в отношении употребления ПАВ среди молодежи. По мере того как индивиды становятся старше, роль нормативного влияния в качестве предиктора возрастает примерно до 16-летнего возраста, после чего относительное значение НП по сравнению с личной предрасположенностью постепенно ослабевает. Однако даже в позднем подростковом и раннем взрослом возрасте, НП остаются сильными предикторами употребления алкоголя и наркотиков. НП в отношении друзей являются более сильными факторами в употреблении ПАВ, нежели представления в отношении сверстников в целом (Downs, 1987).

Индивиды зачастую неправильно оценивают степень потребления алкоголя и других наркотиков сверстниками и то, насколько те одобряют подобное поведение. Их оценка потребления сильно завышена по сравнению с известными данными (Hansen et al., 1988; Perkins, Berkowitz, 1986). Эта переоценка имеет место, когда действительный уровень потребления относительно высок, например когда распространение равняется или превышает 50% субпопуляции.

2. Второй механизм, способствующий злоупотреблению ПАВ, — это подверженность воздействию алкоголя и наркотиков в обществе, а именно то, насколько часто индивиды: а) получают предложения употребить алкогольные напитки либо наркотики со стороны сверстников и б) оказываются в ситуации, когда их сверстники употребляют алкоголь и

наркотики. Индивиды, которые получают больше предложений и чаще оказываются в социальном окружении, где имеется доступ к алкоголю и наркотикам, подвергаются большему риску начать злоупотреблять алкоголем и наркотиками.

Теория социальной мотивации К. Левина легла в основу нескольких теорий, объясняющих наркопотребление как один из видов поведения в сфере здоровья, в частности в основу **теории стадий изменения поведения** Дж. О. Прочаски и С.С. ДиКлементе (Prochaska, DiClemente, 1983, 1984). Эта теория была разработана в 1980-х гг. для описания тех стадий, которые проходят люди в изменении своего поведения в сторону более полезного для их здоровья. Она применялась на практике и при изменении поведения наркопотребителей.

В теории выделяются шесть основных стадий, через которые проходят индивиды в процессе изменения своего поведения: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; стадия подготовки к изменениям; стадия действия; стадия поддержания изменений; завершающая стадия. Модель сформировала понимание того, что все население можно разделить на несколько групп, каждая из которых находится на одной из стадий изменения, и при работе с каждой группой должны использоваться разные методы воздействия. При этом социальные акции не должны заканчиваться на стадии изменения; необходимо предпринимать специальные действия, направленные на закрепление новой модели поведения. Важным достижением авторов модели стало признание того, что процесс изменения поведения не обязательно должен быть кратковременным: он может длиться годы (Maibach, Cotton, 1995; Alcalay, Bell, 2000).

Теория стадий изменения поведения применялась российскими специалистами, в частности при организации работы по профилактике наркозависимости у студентов колледжа (Дерюшева, 2003).

Теоретическая модель убеждений в отношении здоровья

Модель убеждений в отношении здоровья — это теоретический конструкт, который ранее использовался для объяснения поведения в отношении здоровья в целом (Rosenstock, 1974a) и профилактики принятия неправильных решений в частности (Rosenstock, 1974b). Модель связывает социально-психологические теории принятия решений со способностью человека делать выбор между альтернативными вариантами поведения в отношении здоровья. Данная теория основывается также на идее К. Левина о постановке цели в ситуации с определенным уровнем ожидания. К. Левин полагал, как отмечают Л. Майман и М. Беккер (Maiman, Becker, 1974), что поведение зависит от двух переменных: ценности, устанавливаемой человеком для определенного результата, и прогноза, который человек делает относительно возможности того, что определенное действие приведет к этому результату.

В модели убеждений в отношении здоровья эта мотивация анализируется как функция ожидания достижения цели. Таким образом, модель дает нам теоретический конструкт, на основе которого можно предсказать и изменить поведение в отношении здоровья. Когда эту модель предложил И. Розенсток (Rosenstock, 1974a), феноменологически он основывал ее на предположении о том, что действия человека определяются миром в том виде, как он воспринимается, а не физическим окружением. Соответственно для того чтобы люди вели себя таким образом, чтобы у них не возникало проблем со здоровьем, они должны верить в то, что у них такие проблемы могут возникнуть. Более того, только осознание тяжести состояния при возникновении проблем сможет заставить людей действовать. К тому же их действия будут определяться их же восприятием благ или препятствий для альтернативного варианта поведения. Наконец, человек должен получить «сигнал к действию», внутренний стимул (например, восприятие физического состояния) или внешний стимул (например, межличностное взаимодействие, воздействие СМИ или знание о чьем-либо опыте), для того чтобы соответствующее поведение по отношению к здоровью начало проявляться. Модель убеждений в отношении здоровья предполагает обязательность такого условия, как мотивации, для реализации действия, а также то, что некоторые мотивы определяют восприятие человеком своего окружения (Maiman, Becker, 1974).

Подчеркивая значение мотиваций, модель убеждений в отношении здоровья встает в один ряд с исследованиями, показывающими, что среди молодежи в целом наблюдение за тем, как их сверстники употребляют алкоголь и наркотики, более значимо, чем поведение тех же сверстников в обычных ситуациях (Jessor et al., 1972; Jessor, Jessor 1977; Kandel 1980; Kandel, Logan, 1984), и что такая же картина наблюдается, в частности, и среди студентов колледжей (Baer et al., 1991; Perkins, Berkowitz, 1986). Прогнозирующая функция модели убеждений в отношении здоровья также тесно связана с теориями «ценностных ожиданий» как основа для понимания употребления алкоголя и наркотиков (Haays, 1985).

Понятие осознаваемого риска, связанного с вредными для здоровья привычками, тесно переплетено с понятием осознаваемой восприимчивости (Gonzalez, Haney, 1990; Lorig, Laurin, 1985). Эпидемиологические исследования наркопотребления показали, что, согласно результатам опросов учащихся средних школ, снижение уровня употребления наркотиков связано с повышением уровня осознания рисков (Johnston, 1985). Исследования, проведенные в выпускных классах, показали, что повышение уровня осознания рисков, связанных с употреблением марихуаны, является основной причиной уменьшения числа случаев ее употребления (Vachman et al., 1988). Более того, эти исследования говорят о том, что смена взглядов на риски может повлиять на распространение неодобрительного отношения студентов к употреблению

наркотиков, передаваемого ими друг другу и передающегося им. Бросив вызов общественному мнению о том, что информация не может повлиять на поведение, исследователи сделали вывод, что информация о рисках и последствиях употребления наркотиков, исходящая из достоверного источника, может быть убедительной и играть важную роль в снижении потребности их употребления, что, наверное, является самым эффективным способом снижения уровня их употребления в целом. Эмпирические исследования также говорят о прогнозирующей силе осознаваемой восприимчивости (Janz, Becker, 1984). В ходе экспериментального исследования по оценке эффективности модели убеждений в отношении здоровья, применительно к прогнозированию успеха среди лиц, пытающихся прекратить курение, было установлено, что озабоченность здоровьем и осознание уязвимости оказались наилучшими прогнозирующими параметрами (Kaufert et al., 1986).

Социально-экологическая теория

Цель социально-экологической теории (автор У. Хансен) — установление связей между существующими социальными институтами и проблемами, связанными с употреблением алкоголя и наркотиков среди студентов высших учебных заведений (Hansen et al., 1988). Эта теория утверждает, что мы должны сосредоточиться на самой социальной системе и на том, как она влияет на индивидов. Очевидно, что некоторые причины злоупотребления ПАВ находятся в самом индивиде, и не стоит их игнорировать. Однако социально-экологическая теория ищет причины прежде всего в социальном окружении. Следовательно, усилия по контролю над употреблением должны быть сосредоточены на изменении окружения человека, а не на изменении самого человека. Поскольку главный принцип социальной экологии заключается в том, что индивидуальное поведение — это по большей части продукт социализации, то для изменения поведения человека мы должны изменить социальные институты, которые его формируют.

В 1960-е и 1970-е гг. три общественных движения оказали огромное влияние на социальную экологию США: женское движение, движение за мир (против войны во Вьетнаме) и движение за гражданские права.

В применении к злоупотреблению наркотиками и алкоголем теория социальной экологии переключает внимание на такие факторы, как культура, традиции, ритуалы, межличностные отношения, групповые ценности, а также социальные нормы. Основные предикторы злоупотребления алкоголем и наркотиками среди молодежи имеют социальный характер. Так, среди подростков и студентов вузов друзья являются основным фактором употребления ПАВ (после имевшего место в прошлом употребления). Те, кто употребляет наркотики, обычно делают это в том или ином социальном контексте. Эти данные позволяют сделать вывод, что индивиды принимают наркотики вследствие взаимодействия

с определенной социальной группой. Этот принцип напрямую применим к случайному и экспериментальному употреблению и косвенно — к употреблению наркотиков, имеющему характер привычки. Конечно, на каком-то этапе в жизни наркомана или алкоголика физиологические и психологические факторы начинают стимулировать потребление. Однако даже в отношении этих людей можно утверждать, что социальная экология продолжает играть существенную роль.

Таким образом, именно внутри социальной группы можно найти причины употребления алкоголя и наркотиков. В отношении этих групп, например студенческих сообществ, многочисленные примеры свидетельствуют о том, что традиции, ритуалы и нормы способствуют употреблению алкоголя и наркотиков. Учитывая глубокое влияние различных социальных групп на жизнь студентов вузов, имеет смысл применить основные принципы социально-экологической теории к разработке программ по профилактике злоупотребления ПАВ.

Теория социального контроля была разработана Д.С. Эллиотом (Elliot et al., 1985, 1989). В ней выделяются три основные причины слабой привязанности к социальным институтам и значимым людям, пропагандирующим нормативное поведение: напряжение, дезорганизация социальных институтов и недостаточно эффективная социализация подростков. Под напряжением понимается несоответствие жизненных планов подростков и молодых людей имеющимся возможностям для их реализации. Так, предполагается, что в случае когда у подростков и молодых людей недостаточно возможностей для реализации своих карьерных планов, они будут слабо привязаны к учебному заведению, у них сформируется привязанность к сверстникам, употребляющим наркотики и склоняющим их самих к такому употреблению. Одним из проявлений напряженных отношений в семье могут быть холодные отношения с родителями. Это ослабляет привязанность подростков и молодых людей к родителям и, следовательно, снижает значимость мнения родителей о недопустимости употребления наркотиков, а также способствует формированию отношений со сверстниками, которые одобряют наркопотребление. Дезорганизация социальных институтов определяется как их слабость или распад, а также неспособность контролировать поведение своих подопечных. Предполагается, что конвенциональные связи будут выражены слабо у подростков и молодых людей, которые выросли в общности, где недостаточно эффективно работают школы и другие социальные институты для подростков и молодежи, высок уровень преступности и безработицы, а также у подростков и молодых людей из неполных семей. Считается, что конвенциональные связи у подростков и молодых людей будут слабыми и в том случае, если родители не смогли эффективно социализировать их и сформировать у них социально приемлемое поведение, не допускающее употребление наркотиков.

Авторы **модели социального развития** Дж. Хоукинс и Дж. Вейс считают, что на поведение ребенка оказывают влияние семья, учебное

заведение и референтная группа сверстников, но сила этого влияния различается в зависимости от возраста. Так, в дошкольные годы наиболее сильно влияние семьи, во время обучения в школе до наступления подросткового возраста наиболее сильное влияние оказывает школа, а в подростковом возрасте — группа сверстников. Авторы полагают, что причины формирования в подростковом возрасте привязанности к сверстникам, употребляющим наркотики, нужно искать в детстве, и выделяют три основные причины такой привязанности: 1) у ребенка было недостаточно возможностей получить поощрение дома и в школе; 2) у ребенка не были сформированы навыки построения отношений с другими людьми и навыки обучения, необходимые для того, чтобы заслужить поощрение дома и в школе; 3) родители и учителя редко поощряли и одобряли ребенка (Hawkins, Weis, 1985).

Дж. С. Брук с коллегами в 1990 г. предложили **теорию семейного взаимодействия** (Brook, Brook, 1990). В этой теории в качестве основных факторов, влияющих на наркопотребление у подростков и молодежи, выделяются отношения привязанности, или наличие эмоциональной связи между ребенком и родителями, а также личностные черты подростков и молодых людей. Выделяются четыре причины формирования отношений привязанности между ребенком и родителями: 1) приверженность родителей нормативному поведению; 2) эмоциональный или поддерживающий стиль воспитания в семье; 3) психологическая совместимость матери и ребенка; 4) контроль поведения ребенка со стороны матери. Последствия сильных эмоциональных отношений с родителями проявляются у подростков и молодых людей в следующих видах: 1) формирование нормативного поведения и успешная социализация; 2) редкое общение со сверстниками, которые употребляют психоактивные вещества; 3) низкая распространенность употребления наркотиков. Авторы теории полагают, что в группу риска попадают дети, родители которых демонстрируют девиантное поведение, мало заботятся о детях и неэффективно контролируют их поведение. В подростковом и юношеском возрасте у таких детей может возникнуть целый ряд проблем, в частности они могут начать употреблять наркотики. В теории выделяются и личностные черты, которые могут способствовать вовлечению подростков и молодых людей в наркопотребление: слабо выраженная ориентация на достижения, депрессия, агрессивность, склонность к бунтарству, заниженная самооценка, ориентация на поиск ощущений, неумение контролировать свои эмоции.

Теория проблемного поведения

В теории проблемного поведения (Jessor, Jessor, 1977) злоупотребление наркотиками считается одним из проявлений синдрома, сопровождаемого другими проблемами, такими как раннее начало половой жизни и подростковая преступность, т.е. вариантами поведения, либо не

соответствующими возрастной группе, либо осуждаемыми обществом (Murphy, Perry, 1985). Согласно теории, причинами проблемного поведения являются как факторы окружающей среды, так и индивидуальные факторы. Для его прогнозирования используются различные системы: личность, наблюдаемое социальное окружение и само поведение. Система личности состоит из мотивационно-побуждающей структуры, структуры личного убеждения и структуры личного контроля. Система наблюдаемого окружения разделяется на центральные и периферийные структуры. Поведенческая система разделяется на структуры проблемного и конвенционального поведения. При этом демографические переменные и характеристики социализации воздействуют на системы поведения, личности и наблюдаемого окружения (Hays, 1985), а системы личности и наблюдаемого окружения имеют непосредственное влияние на поведение. Определяя структуры и отношения между системами, исследователи сейчас уделяют большее внимание социальному окружению по сравнению с предыдущими десятилетиями, когда их взгляды были сосредоточены только на дисфункциональной личности. Таким образом, теория проблемного поведения дает нам полезную схему для дальнейших этиологических исследований и для профилактики злоупотребления наркотиками (Glynn et al., 1983).

Теория проблемного поведения дала начало всестороннему подходу к профилактике злоупотребления наркотиками и алкоголем, популяризирующему здоровый образ жизни (Perry, Jessor, 1983). **Теория здорового образа жизни** соединяет четыре взаимосвязанные области жизнедеятельности человека: физическую, психологическую, социальную и личную. В этих областях здоровье зависит от контроля и устранения вредных для здоровья привычек и от приобретения или закрепления привычек, полезных для здоровья. Эти две стратегии применяются к внутриличностным характеристикам, влиянию окружающей среды и поведению. Каково бы ни было их применение, вмешательство ослабляет или даже устраняет внутриличностные характеристики, влияние окружающей среды или привычки, вредные для здоровья, одновременно прививая полезные для здоровья привычки. Развивая понимание ковариаций различных типов поведения, данная теория обращает внимание исследователей злоупотребления алкоголем и наркотиками на следующие области психологии: *внутриличностную*, включающую отношения, верования и мотивацию, стоящую за полезными для здоровья привычками, которые определяют закрепление такого поведения, и психологию *окружающей среды*, воздействующей на поведение людей, связанное со здоровьем. Предлагается два подхода к взаимодействию с окружающей средой: 1) сопротивление вредным привычкам или их избегание посредством уменьшения доступности наркотиков и осуждения их употребления в кампаниях СМИ, а также и посредством наказания тех, кто употребляет наркотики, и 2) поддержка здоровых отношений со сверстниками,

мероприятий без употребления наркотиков и алкоголя, а также оздоровительных и спортивных программ. В идеале компоненты теории должны показать восприимчивость людей к потенциально опасным для жизни наркотикам, одновременно поощряя проведение досуга без употребления алкоголя и наркотиков.

Больше внимания должно уделяться среде, окружающей индивида, в том числе социальным нормам и механизмам управления поведением и изменяющимся атрибутам личности, которые более всего влияют на определенное поведение и важны для общей уверенности в себе. И, наконец, ковариация нескольких вредных для здоровья привычек требует вмешательства, нацеленного на несколько поведенческих механизмов и оценивающего результаты проявления множества различных привычек.

Итак, представленные теоретические подходы и модели описывают влияние личностных характеристик и параметров социального окружения на поведение индивида, при этом отдельно выделяются: установки и убеждения, нормативные представления, осознание рисков, межличностные взаимоотношения, влияние референтной группы и группы сверстников, институтов социализации (школы, семьи и др.), систем социального контроля и др. Большинство исследователей, работающих в рамках социально-психологического подхода к изучению факторов наркотизма в молодежной среде, делают акцент на параметрах социального окружения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Дерюшева М.А. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сб. тезисов Всерос. конф. / Под ред. Н.В. Вострокнутова и др. М., 2003. С. 171—172.

Ajzen I., Fishbein M. Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors // *J. of Personality and Social Psychology*. 1973. Vol. 27. P. 41—45.

Alcalay R., Bell R.A. Promoting nutrition and physical activity through social marketing: current practices and recommendations. Univ. of California, 2000.

Bachman J.G., Johnston L.D., O'Malley P.M., Humphrey R.H. Explaining the recent decline in marijuana use // *J. of Health and Social Behavior*. 1988. Vol. 29. P. 92—112.

Baer J.S., Stacey A., Larimer M. Biases in the perception of drinking norms among students // *J. of Studies on Alcohol*. 1991. Vol. 52. P. 580—586.

Bandura A. Social foundations of thought and actions. Saddle River, NJ, 1986.

Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection // Preventing AIDS: Theories, methods and Behavioral interventions / Ed. by R. DiClemente, J. Peterson. N.Y., 1994.

Brook J.S., Brook D.W. The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach // *Genetic, Social and General Psychology Monographs*. 1990. Vol. 116. Is. 2. P. 111—264.

Chassin L. Adolescent substance use and abuse // *Adolescent behavior disorders: Foundation and contemporary concerns* / Ed. by P. Karoly, J.J. Sterhan. Lexington, MA, 1984.

Chassin L., Presson C.C., Sherman S.J. et al. Changes in peer and parent influence during adolescence // Longitudinal versus crosssectional perspectives on smoking initiation // *Developmental Psychology*. 1986. Vol. 22. P. 327—334.

Downs W.R. A panel study of normative structure, adolescent alcohol use and peer alcohol use // *J. of Studies on Alcohol*. 1987. Vol. 48. P. 167—175.

Elliot D.S., Huizinga D., Ageton S.S. Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, CA, 1985.

Elliot D.S., Huizinga D., Menard S. Multiple problem youth: Delinquency, substance use and mental health problems. N.Y., 1989.

Fishbein M., Ajzen I. Belief attitude, intention, and behavior. Reading, MA, 1975.

Glynn T.J., Leukefeld C.G., Ludford J.P. Preventing adolescent drug abuse // *Intervention strategies (Research Monograph N 47)*. Rockville, MD, 1983.

Gonzalez G.M., Haney M.L. Perceptions of risk as predictors of alcohol, marijuana, and cocaine use among college students // *J. of College Student Development*. 1990. Vol. 31. P. 313—318.

Grube J.W., Morgan M., McGree S.T. Attitudes and normative beliefs as predictors of smoking intentions and behaviors: A test of three models // *Brit. J. of Social Psychology*. 1986. 25. P. 81—93.

Hansen W.B., Graham J.W., Wolkenstein B.H. et al. Differential impact of three alcohol prevention curricula on hypothesized mediating variables // *J. of Drug Education*. 1988. Vol. 18. N 2. P. 143—153.

Hawkins J.D., Weis J.G. The social development model // *J. of Primary Prevention*. 1985. N 6. P. 73—97.

Hays R. An integrated value-expectancy theory of alcohol and other drug use // *Brit. J. of Addiction*. 1985. Vol. 80. P. 379—384.

Hirschi T. Causes of delinquency. Berkeley, CA, 1969.

Janz N.K., Becker M.H. The Health Belief Model // *Health Education Quarterly*. 1984. Vol. 11. P. 1—47.

Jessor R., Collins M.J., Jessor S.L. On becoming a drinker. Ann, NY, 1972.

Jessor R., Jessor S.L. Problem behavior and psychosocial development. N.Y., 1977.

Johnson K.A. Informal control networks and adolescent orientation toward alcohol use // *Adolescence*. 1986. Vol. 84. P. 767—784.

Johnston L.D. The etiology and prevention of substance use // What can we learn from recent historical changes? / Ed. by C. Jones, R. Battjes. Etiology of drug abuse: Implications for research. (Research Monograph N 56). Rockville, MD, 1985.

Kandel D.B. Drug and drinking behavior among youth // *Annual Review of Sociology*. 1980. Vol. 6. P. 235—285.

Kandel D.B., Logan J.A. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood / *Amer. J. of Public Health*. 1984. Vol. 74. P. 660—666.

Kaufert J.M., Rabkin S.W., Syrotauk J. et al. Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation // *J. of Behavioral Medicine*. 1986. Vol. 9. P. 475—489.

Ling J.C., Franklin B., Lindsteadt J., Gearon S. Social marketing: Its place in public health // *Annual Review of Public Health*. 1992. N 13. P. 341—362.

Lorig K., Laurin J. Some notions about assumptions underlying health education // *Health Education Quarterly*. 1985. Vol. 12. P. 231—243.

Maibach E.W., Cotton D. Moving people to behavior change: a staged social cognitive approach to message design // *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice* / Ed. by E. Maibach, R.L. Parrott. Newburg Park, CA, 1995. P. 41—64.

Maiman L.A., Becker M.H. The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory // *Health Education Monographs*. 1974. 2. P. 336—353.

Murray D.M., Perry C.L. The prevention of adolescent drug abuse: Implications of etiological, developmental, behavioral, and environmental models // *Etiology of drug abuse:*

Implications for prevention / Ed. by C.L. Jones, R.J. Battjes. (Research Monograph N 56) Rockville, MD, 1985.

Needle R., McCubbin H., Wilson M. et al. Interpersonal influences in adolescent drug use // *Int. J. of the Addictions*. 1986. N 21. P. 739—766.

Needle R.N., Coyle S., Genser S., Trotter R.T. Social networks, drug abuse and HIV transmission // *NIDA Research Monographs*. 1995. N 151.

Perkins H.W., Berkowitz A.D. Perceiving the community norms of alcohol use among students // *Int. J. of the Addictions*. 1986. N 21. P. 961—976.

Perry C.L., Jessor R. Doing the cube // *Preventing drug abuse through adolescent health promotion // Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies* / Ed. by T.J. Glynn, C.G. Leukefeld, J.P. Ludford. (Research Monograph N 47). Rockville, MD, 1983.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and process of self-change of smoking // *Toward an integrative model of change* // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. N 51. P. 390—395.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill., 1984.

Rosenstock I.M. Historical origins of the Health Belief Model // *Health Education Monograph*. 1974a. 2. P. 328—335.

Rosenstock I.M. The Health Belief Model and preventative health behavior // *Health Education Monograph*. 1974b. 2. P. 336—353.

Sheppard M.A. Sources of information about “drugs” // *J. of Drug Education*. 1980. Vol. 10. P. 257—262.

Smart R.G., Fejer D. Drugs and drinking behavior among youth // *Annual Review of Sociology*. 1972. 6. P. 235—285.

Strecher V.J., DeVellis B.M., Becker M.H., Rosenstock I.M. The role of self-efficacy in achieving health behavior change // *Health Education Quarterly*. 1986. Vol. 13. P. 73—91.

Поступила в редакцию
12.07.10