

ТЕОРЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ

Галина Стоянова

Резюме

Статията представя систематичен преглед на основните теоретични въпроси на политиките на превенция, в частност – на политиките и програмите за превенция на зависимостите от психоактивни вещества (ПАВ). Разгледан е опитът от прилагането на политики за превенция в различни обществени области. Изясняват се конкретните теоретични и емпирично-изследователски предпоставки за усъвършенстване на ефективността и ефикасността на политиките за превенция на зависимостите. Особено внимание е отделено на обществените нагласи към интервенциите - важен фактор, който винаги трябва да се отчита, особено ако става дума за по-директни мерки за модифициране на поведението с оглед постигане на желаните здравни и социални резултати.

Ключови думи: политиките на превенция, политики и програми за превенция на зависимостите от психоактивни вещества

THEORETICAL PROBLEMS OF RESEARCH ON PREVENTION POLICIES

Galina Stoyanova

Abstract

The article presents a systematic review of the main theoretical problems concerning prevention policies. The focus is on policies aiming at preventing drug abuse. Some important conceptual preconditions are outlined regarding effective policymaking in the field. The importance of public attitudes is stressed having in mind its importance, especially in programs, targeting direct behavioral changes.

Keywords: prevention policies, policies aiming at preventing drug abuse

Производството, разпространението и (зло)употребата с наркотици и други психоактивни вещества (ПАВ) са се превърнали в един от най-тежките проблеми на съвременната човешка цивилизация, за решаването на който са необходими комплексни и задълбочени научни изследвания, целенасочена и ефективна държавна политика при партньорство с обществото и в рамките на активно международно сътрудничество.

Тематиката не е нова, но непрекъснато се обогатява и усложнява с нови и нови „горещи проблемни точки“. Достатъчно е да се посочат най-актуалните обществени дебати по такива спорни въпроси, като легализирането на меките наркотици, разрешаване употребата на марихуана за медицински цели, различни предложения за промени в наказателната политика, трудностите при достъп до програмите за лечение и рехабилитация и много други съществени проблеми, свързани с употребата и зависимостите от ПАВ.

В този широк контекст несъмнено трябва да се отбележи засиленото внимание към значението на превенцията като възможност чрез системни изпреварващи въздействия да

се намалят рисковете и да се ограничат щетите от употребата на ПАВ и зависимостите от тях. Това на свой ред поставя необходимостта да се изяснят редица теоретични предпоставки на изучаването и практическото прилагане на политиките за превенция.

1. Макросоциалната обусловеност на превенцията

Според автора на едни от най-цялостните обзори на теоретичните концепции за превенцията, Ричард Фриймън, „този клас политики са продукт на модерността, възникват след утвърждаването на социалната държава и са вдъхновени от нарастващото доверие към професионалната и научната експертиза; в същото време, обаче, теоретичните разработки в тази област са учудващо оскъдни” (Freeman, 1999, p. 233). Наложително е да се допълни, че теоретичните концепции за политиките на превенция се основават на две предпоставки, които сами по себе си са предмет на съществени спорове.

Първо, това е предпоставката, че *с научни средства могат ясно да се идентифицират причините и следствията на дадено явление и да се предвиди неговата динамика*. Независимо от разнообразните релятивистки и постмодернистски критики към възможността социалните науки да определят причинно-следствени зависимости и да изработват надеждни прогнози, има достатъчно доказателства, че съвременният научен инструментариум е в състояние да окаже съществена подкрепа на практиката в това отношение.

Втората спорна предпоставка засяга *възможността за контролирана (с предвидими резултати) намеса в живота на обществото от страна на държавата и другите субекти на политиките*. Въпреки че в това отношение трудно могат да се намерят аргументи в полза на „беспомощността” на съвременните общности на политиките, много по-сложен е отговорът на въпроса защо в даден контекст правителствата и другите субекти на политиките избират едни, а не други политики на превенция. Именно в това отношение най-ясно се чувства дефицитът от теоретични разработки по проблемите на превенцията. Все пак, могат да бъдат очертани няколко основни теоретични кръга, хвърлящи светлина върху изработването и прилагането на политиките за превенция.

Ценности и идеи. Всеки подход към дефинирането на политиките за превенция и получените на негова основа определения се основават на някакви *ценностни предпоставки* – най-вече, съгласие относно възможността на социалните науки да установяват причините и следствията, а също и относно границите на ефективността на интервенциите на съвременното публично управление. Тук разногласия се пораждат не само заради различните познавателни подходи, а и в следствие на емпиричните предизвикателства при установяването на причините, ефектите и връзките между тях на индивидуално и общностно равнище. Например, методите за набиране на данни при епидемиологията и криминологията боравят изключително с цели популации и с вероятности, което поставя сериозни въпроси относно проектирането и оценката на превантивните интервенции на индивидуално равнище (ibid., p. 36).

Всеки анализ на конкретната конфигурация от политики за превенции в дадено общество трябва да отчита ролята на системите от възгледи за света, обществените отношения и в частност – желаната и допустима роля на държавата за решаването на социалните проблеми. Тези ценностни предпоставки изграждат неизбежната и определяща рамка на целите, обхвата и съдържанието на превенцията. Не бива наивно да се допуска, че всяка политика за превенция може автоматично да бъде определена като „прогресивна” или хуманистична – превенцията на младежката престъпност, например, може да разчита предимно на мерки като по-строг физически и технически контрол над достъпа в училищата, а не толкова на цялостни програми за развитие на местните общности или за позитивна семейна среда за целите на отглеждането и възпитанието на подрастващите.

Институции. Насочеността и съдържанието на политиките за превенция, както и на всички публични политики, носят отпечатъка на институционната система на даденото общество – партийно-политическа структура, форми на политическо представителство, строеж и функции на публичната администрация, степен и начин на интегриране на различните интереси в процеса на политиките. Ето два примера, които различна степен са валидни за всички общества и всички политики, но особено ясно характеризират проблемите, произтичащи за превантивните политики в България.

Първо, каноните на представителната демокрация неизбежно „вкарват” процеса на политиките в логиката на електоралния цикъл, т.е. формират предпочитания към политиките с бърз ефект (близък „хоризонт”) за сметка на тези с по-дългосрочно действие и отложени резултати, каквито по правило са почти всички превантивни политики. Второ, секторната обособеност и стремежът на отделните държавни органи и административни структури (министерства, агенции) да бранят своите „територии” (а това означава и предназначенията за тяхното управление ресурси) поражда големи трудности при проектирането и реализирането на добре координирани превантивни политики. (Поради характера на превенцията тя почти винаги има съществени хоризонтални измерения, т.е. изисква съчетаване на усилия в редица взаимосвързани сектори.)

Интереси. Както чрез ценностите и идеите, така и в дейността на институциите постоянно се изявяват различни организирани интереси, които изграждат сложна мрежа в съвременното общество. Техни субекти са различни икономически субекти, социални и професионални групи, неправителствени организации, местни общности. Тук особено значение придобиват нарастващата власт и влияние на корпоративните и финансовите интереси, които често имат определящ глас при формулиране на приоритетите в политиките на държавата.

Ако конкретизираме този проблем към предметната област на политиките за превенция, ясно се откроява значението на две групи интереси и на съответните субекти:

- първо, организации от бизнеса и неправителствения сектор, които са основни доставчици на продукти и услуги за целите на осъществяването от държавата политики (като се започне от фармацевтичната промишленост и се стигне до поддържането на различни социални дейности и заведения);
- второ, структурите, чиито продукти и услуги причиняват (или потенциално биха могли да причинят) вреда - здравна, социална, морална и др. - на определени групи потребители и които съвсем естествено се явяват преки „опоненти” на съответните превантивни политики.

Тези интереси закономерно са свързани с интересите на масови и влиятелни професионални общности (нека припомним често коментираните съмнителни практики във веригата от отношения производители на лекарства – лекари – пациенти). Най-мощно тези противоречия на интересите се проявяват при опитите да се минимизират рисковите фактори, предизвикващи негативните климатични промени.

Общото усложняване и ускоряване на социалната динамика. Функционирането на идеите, институциите и мрежите от интереси и проблемите, които то поражда пред разработването и прилагането на ефективни превантивни политики, се развива в една постоянно усложняваща се социална среда, отличаваща се с нарастваща динамика (скорост на промените). Едновременно протичат непредвидени и неподлежащи на планиране мащабни процеси на социално-икономическа и технологична иновация, възникване на нови неравенства, регионални и местни трансформации, демографски промени, миграционни потоци, нови форми и норми на действие в основни човешки общности като например семейството и религиозните култове, и много други. Тази динамика поражда нови и нови

социални проблеми и усложнява решаването (още повече превенцията) на относително „старите” и познати предизвикателства (вж. анализа на т.нар. „заплетени“ проблеми в Маринов, 2016).

В своята взаимовръзка тези четири групи фактори слагат съществен отпечатък и върху характера и изводите от теоретичните дискусии относно политиките на превенция в различните области на обществения живот.

2. Основни дискусийни въпроси на теоретичното обосноваване на превенцията

Две основни теоретични „оси” характеризират дискусиите относно политиките на превенция през последните две десетилетия. Първата характеризира противопоставянето между идеологията на проактивната държавна намеса (предполагаша някакъв тип „социално инженерство”) и алтернативната идея за водещата роля на индивидуалната свобода и на правата (и съответните отговорности) на отделния потребител. Втората „ос” (която логично се преплита с първата) отразява споровете за приоритетното ниво на интервенция – отделните индивиди или социалните структури.

След стремителния възход на неолиберализма в САЩ и Великобритания в края на 70-те години на миналия век, на идеята за активна роля на държавата при предпазването от болести и социални отклонения започва да се гледа на демодирана и обуславяща неефективни политики. От този период датира известното идеологическо клише за „държавата-бавачка”, чрез което в масовото съзнание се налага виждането за освобождаване на държавата от редица публични отговорности. В крайна сметка обаче налагането на тази нова идеология не отхвърля изцяло идеята за необходимостта от превантивни политики, а по-скоро я префокусира към задачите за промяна на индивидуалното поведение и по-отговорен избор на стил на живот.

Така втората ос на теоретични дискусии – дали интервенциите трябва да бъдат насочени към индивидите или към социалните структури – придобива водеща роля. През последните две-три десетилетия се наблюдава изобилие от изследвания, които концептуализират тези две алтернативи; например, известната пространствена метафора на Далгрен и Уайтхед, представяща пластове на факторите на въздействие върху общественото здраве като „люспи в луковица”. В средата на „луковицата” са индивидуалните фактори, а външните пластове обхващат семейството, местната общност, по-широката социална среда и др., за да се стигне до макросоциалните икономически и културни условия. Този подход донякъде кореспондира с логиката на разграничението между първична, вторична и третична превенция (вж. Gough and Therborn, 2010, p.p. 708-709).

Ще илюстрираме противоборството на различни теоретични аргументи по очертаните две оси с примери от няколко области на публичните политики, където превенцията има най-сериозни традиции и постижения.

Превенцията в сферата на публичното здраве

С течение на времето се наблюдава възстановяване на позициите на тези автори и концепции, които настояват за необходимостта от изграждане на превантивните политики на базата на структурни интервенции на първично ниво (вж. напр. известния „Доклад Мармот”, посветен на неравенствата при достъпа до здравеопазване във Великобритания, озаглавен „Справедливо общество, здравословен живот”, 2010 г., или докладът на Комисията за устойчиво развитие, също от 2010 г., посветен на взаимовръзката между устойчивото социално развитие и общественото здраве). Както отбелязват някои автори, „нараства убедителността на представените социологически аргументи и на съответните

алтернативни стратегии, които обръщат особено внимание на патогенната природа на съвременните социални структури” (France, Freiberg and Homel, 2010, p. 3).

Така например, цитираният „Доклад Мармот” обосновава необходимостта от „радикална превантивна стратегия, основана на трайни възможности за заетост и пълноценен труд, здравословен стандарт на живот за всички, здравословни и устойчиви местни пространства и общности” (Marmot, 2010, p. 12). Комисията за устойчиво развитие в своя доклад подчертава ролята на „създаваща условия за наднормено тегло социална среда”, в която изпъкват фактори като висококалорийни храни, моторизиран транспорт и обездвижен стил на живот. Обосновава се необходимостта от „създаване на полета на синергия на факторите на здравна и екологична устойчивост, обединяващи въздействието върху храненето, движението, „зелената” среда и здравословните жилища” (Sustainable Development Commission, 2010, p. 21). Отбелязва се, че преобладаващото приоритизиране на икономическия растеж също играе ролята на бариера пред радикалната превенция на заболяванията, тъй като възпира въвеждането на алтернативни измерители на благосъстоянието.

Въпреки нарастващата убеденост за необходимост от цялостна социологическа, структурна превантивна здравна стратегия, напредъкът не е особен съществен, а основните приоритети на превенцията в сферата на публичното здраве остават биомедицинските (като препарати, ограничаващи нивата на холестерол), интервенциите в ранна детска възраст (като хранене по време на бременността и имунизации) и здравно образование с цел позитивна промяна на стила на живот (например, за отказ от тютюнопушене). Изводът на Олсоп и Фрийман, че фокусът е поставен главно върху вторичната превенция, т.е. върху идентифицирането и третирането на рисковите групи, остава в сила и днес (вж. Allsop and Freeman, 1993, p. 64). Как може да бъде обяснена тази продължаваща тенденция, ако изхождаме от очертаната по-горе рамка на макросоциалната обусловеност на превенцията?

От гледна точка на *ценностните и познавателните параметри* е ясно, че е трудно да се представят убедителни доказателства за ефективността на първичните превантивни мерки в сферата на здравеопазването, в частност, като се има предвид, че те по правило се реализират в средносрочен или дългосрочен хоризонт. В допълнение, както биомедицинската наука, така и икономиката предпочитат да се занимават с индивидите (здравните показатели на отделния организъм или поведението на отделния човек). Обикновено акцентът пада върху установяването на индивидуално действащите патогенни фактори, а не върху социалния контекст на заболяването. Ролята на медицинската социология, особено когато тя предлага насочени към социалната среда методи за оценка на прилаганите мерки, е по-скоро периферна (вж. Asthana and Halliday, 2006; Mays, Pope and Popay, 2005).

От гледна точка на параметрите, свързани с институционалната система, може да се приеме, че съществуващите структури на здравеопазването по-скоро играят неблагоприятна роля по отношение на цялостните структурни превантивни програми в сферата на публичното здраве. Както се посочва в един анализ на британската практика, „влиянието на организирания медицински професии върху Националната здравна служба по същество представлява мощна политическа съпротива срещу превенцията и в подкрепа на разширяване на програми на последващо лечение на заболяванията. Реформите в системата на управлението на публичното здраве, съчетани с приватизацията на редица функции несъмнено доведоха до по-нататъшно отслабване на превантивните здравни мерки” (Kings Fund, 2004, p. 22). Освен това, като се има предвид, че редица министерства и агенции имат контрол върху фактори, влияещи непряко върху публичното здраве (като заетост, данъчно облагане, условия за бизнес, производство на храни, транспорт и други), мрежата от ведомствени противоречия става много сложна. Или, както е отбелязано в един доклад на Комисията по публичните разходи на британския парламент от края на 70-те години,

„когато се очаква всички да носят отговорност за превенцията, в крайна сметка никой не носи такава отговорност” (House of Commons Expenditure Committee, 1977, p. 33).

От гледна точка на влиянието на различните *организираните интереси*, в почти всички западни страни се наблюдава мощно присъствие на две силни бизнес лобита. Първото лоби – това на производителите и търговците на лекарства и медицински материали – се стреми да наложи такива превантивни програми, които са насочени към печеливши търговски ниши (вж. напр. анализа на проблемите в тази насока в САЩ, представен в работата на Foote and Blewett, 2003). Тук трябва да бъдат включени фирмите, които се занимават с медицинско застраховане и профилактика и по обясними причини се застъпват за мащабни скрийнинг програми и по-строго диференциране на различните групи от потенциални пациенти. Второто лоби включва широк спектър от производствени и търговски дейности, свързани с потенциално вредни за здравето продукти, които упорито се противопоставят на съответни програми за ефективна превенция, предлагайки фокусът да бъде поставен върху „саморегулацията на потребителското поведение” (кампания, усилено рекламирана от асоциации на производители на храни и напитки през 90-те години в редица страни, вж. Allsop and Freeman, 1993).

В допълнение, трябва да се отбележи силното влияние на медиите върху представите и подкрепата на политиките за превенция. Поради редица причини, повечето от които са напълно валидни и в българското медийно пространство, предпочитана за отразяване проблематика са различни инциденти, последвани от впечатляващи животоспасителни интервенции, както и различни „здравни кризи” (отравяния, епидемии и др.) Като „неатраaktivни” от гледна точка на интереса на аудиторията се възприемат превантивните мерки по отношение на публичното здраве (Kings Fund, 2004, p. 37).

Поради въздействието на описаните фактори не е изненадващо, че независимо от икономическите, социалните и етическите аргументи в полза на системните, структурни политики за първична превенция, съществена позитивна промяна през последните две десетилетия не се наблюдава. Дори в случаите, когато отделни правителства успяват да увеличат разходите за превенция на публичното здраве в рамките на един или два мандата (както постъпи правителството на Тони Блеър във Великобритания между 1997 и 2005 г.), институционалната инерция остава силна (в дадения пример усилията в подкрепа на превантивните разходи успяват да ги повишат едва до 3,6 на сто от бюджета на Националната здравна служба).

Накрая, независимо от положителните страни на въведените системи на оценка на изпълнението, трябва да се отчита и едно тяхно негативно отражение – практиката на „заплащането според резултатите” установи предпочитание към тези резултати от дейността на системата за публично здраве, които по-лесно измерими и подлежат на идентифициране в краткосрочен план.

Превенцията в сферата на престъпността.

Борбата с престъпността несъмнено е област на политиките, където реториката на превенцията е отдавна и силно застъпена. В допълнение, тук се наблюдават едни от „най-изчистените” взаимовръзки между ценности, теоретични концепции и практически съвети по политиките – типичен пример е ясното диференциране на трите вида превенция на престъпността (първична, вторична, третична).

В сферата на *идеите и научните теории* се наблюдава многократна смяна на водещите парадигми. До средата на XX век видимо доминират теориите за престъпността като заплаха за обществото, която трябва да бъде ликвидирана с помощта на строги и неотвратими наказания (приоритет на третичната превенция). В края на 60-те години все по-силно влияние завоюват социалнопсихологически концепции, според които вниманието трябва да се насочи към отговора на въпроса защо определени групи от населението

извършват по-голямата част от престъпленията и какви изследователски методи могат да спомогнат за възможно най-точното идентифициране на рисковите групи; това е периодът на видимо нарастване на популярността на идеите за вторичната превенция. В средата на 70-те години, под въздействието на аналогичните тенденции в психологията и социологията, се консолидира парадигмата на т.нар. критична криминология, която интерпретира престъпността в контекста на социалните неравенства и недъзите на правораздавателната система, подложена на натиск на противоречиви интереси. Тези тенденции неизбежно водят до съживяване на интереса към по-стари социологически теории за престъпността и отклоняващото се поведение (като тази на Емил Дюркем).

През 80-те години се наблюдава ново чувствително преместване на центъра на тежестта – този път към концепциите на нео-класическата криминология; вниманието се фокусира върху „рационалността“ на някои видове престъпления (най-вече кражби и грабежи) сред определени социални групи (вж. Kautt and Pease, 2012). Популярна става идеята за „ситуативната превенция на престъпността“, разбираана в най-общ смисъл като „обезопасяване“ на типичните социални пространства, където се извършват престъпления (укрепване на жилища и публични сгради, видеонаблюдение на публични места, въвеждане на метални детектори в училища и други публични институции, и др.) Това активизиране на първичната превенция в един доста ограничен вид (като модифициране на физическата среда без съпътстващи въздействия върху социалната среда) е допълнено в редица страни (най-вече в САЩ) с драматичен ръст на третичната превенция, изразяваща се най-вече в нарастването на броя на лишениите от свобода извършители на престъпления.

През последните години се наблюдават нови практики на третична превенция на престъпността. Например, коалиционното правителство на Камерън във Великобритания въведе мерки, които да стимулират по-доброто „управление на нарушителите“ (финансови бонуси за редица доставчици на публични услуги, поощряващи ги да правят нововъведения и да инвестират средства за по-ефективна ресоциализация на извършители на престъпления). Въпреки добрите намерения, установени са редица недостатъци на тези политики (необходимост от значителен прилагаш административен апарат, сложна система от индикатори на ефектите, инструменти за проследяване на индивидите при преход от една програма към друга, отчитане на непредвидени и странични последици), които обуславят измами в отчетите, особено от страна на частните договорни партньори.

Превенцията в сферата на грижите в ранна детска възраст.

Един от основните елементи на европейската традиция в социалната политика е вниманието към подобряване на житейските шансове, започвайки от ранна детска възраст; струва да се припомнят формулираните още от Беверидж „пет стълба“ – осигуряване на жилища, заетост, сигурни доходи, здравни грижи и образование. Именно в тази посока в края на 60-те години е формулирано понятието за „обща превенция“ (Докладът „Сийбом“) – „цялостна политика в частните общности, насочена към създаване на среда, благоприятстваща социалното благополучие“; наред с това обаче в цитирания доклад се формулира и идеята за „специфична превенция“, насочена към индивиди и семейства в риск. Именно втората разновидност на превенцията доминира в съвременните грижи в ранна детска възраст след 90-те години на XX в.

Един от европейските примери за засилване на вниманието към превенцията в сферата на грижите в ранна детска възраст обхваща инициативите на лейбъристкото правителство във Великобритания след 1997 г.: Зелената книга „Всяко дете има значение“ и Законът за детето от 2004 г., Програмата „Сигурен старт“, учредяването на Детския фонд и т.н. Замислени като стъпки, прилагани в координация с усилията за засилване на превантивните мерки в здравеопазването, тези инициативи имат за цел поне да възпрат изострянето на редица социални проблеми, като отпадането от училище, младежката

престъпност, слабите академични постижения, ниските шансове за намиране на работа, зависимостта от социални помощи и др. Те имат и ясен ценностен и идеен подтекст – желанието на правителството на Блѐър да коригира наложилият се в предходния период силен уклон към репресивни мерки, въпреки, аргументрано допълнително с икономически доводи относно необходимостта да се ограничат нарастващите разходи за прилагането на хипертрофираната наказателна политика.

Новият акцент върху вторичната превенция в ранна детска възраст е съпътстван от прилагане на редица количествени методи (като заимствания от американската практика „Анализ на рисковите фактори“). Това обаче предизвиква подценяване на значението на социалния контекст и на редица други теоретични гледни точки, като социологическия подход на жизнените цикли, теорията на стигмата, процесите в първичните социални групи и др.; редица автори отбелязват, че през последните години се наблюдава завръщане към разширена намеса на правоохранителните органи в живота на семействата (France et al, 2010).

В известният доклад на Фондацията за нова икономика „Подкрепа за бъдещето“ (2009 г.) се препоръчва алтернативен подход – „универсална и цялостна система за превенция в ранната детска възраст ... съчетаване на преимуществата на универсалния и целевия подход“ (The new economics foundation, 2009). Отбелязват се постиженията на социалните и семейните политики в скандинавските страни, довели до съществено ограничаване на редица сериозни социални проблеми (ранна бременност и раждане, младежка престъпност, влошено психично здраве). В този доклад и редица други разработки се предлага въвеждане на специални „социални ваучери“ за финансиране на услугите за семействата при отглеждане на децата, чиято стойност да бъде възстановявана в период от десет години. Въпреки тези идеи, към настоящия момент в дадената област продължава видимото доминиране на мерките от арсенала на вторичната превенция, а редица от програмите, въведени от правителството на Блѐър, са впоследствие преустановени с цел бюджетни икономии.

Краткият преглед на подходите и резултатите от превенцията в разглежданите няколко области на политиките показва няколко *тенденции*:

- значението на превенцията е все по-ясно осъзнато и се превръща в предмет на все по-задълбочени теоретични и практически дискусии;
- освен конкретните теоретични и емпирични аргументи в полза на превенцията е необходимо да се отчитат параметрите на по-широка социална рамка, обхващаща комбинираното действие на различни ценности, идеологии, познавателни подходи, институционални структури и организирани интереси;
- предизвиканата от глобалната финансова криза политика на ограничения на публичните разходи се отразява особено тежко на политиките за превенция, най-вече поради техния дългосрочен характер и трудностите при установяване на бързи и еднозначни ефекти;
- въпреки редица научни доказателства, през последните две десетилетия се наблюдава видимо преимущество на програмите, включващи вторична и третична превенция, за сметка на първичната превенция, особено тази, отчитаща цялостния социален контекст на явленията;
- дори в области, където първичната превенция остава значимо застъпена (като противодействието на престъпността), акцентът е поставен главно върху техническите за сметка на социалните параметри.
-

3. Теоретични аспекти на политиките за превенция на зависимостите от психоактивни вещества

3.1 Дефиниране на превенцията на употребата на психоактивни вещества

Не съществува общоприето определение за „политика за превенция на употребата на наркотици (ПАВ)”, нито изчерпателно изброяване какви дейности би трябвало да включва такава политика. Например, една обща дефиниция гласи, че превенцията на употребата на наркотици може да включва *„всяка политика, програма или дейност, която (поне частично) пряко или не пряко има за цел предотвратяване, отлагане или намаляване на употребата на наркотици и/или негативните последици от нея, като здравословни и социални вреди или преминаване към проблемна употреба”* (Brotherhood and Sumnall, 2011, p. 26). Тъй като има общи характеристики на превантивните реакции по отношение на разрешените упойващи вещества, алкохола и тютюна, често горното определение се разширява по отношение на тях. Към това разбиране понякога се прибавят и дейности, предназначени да намалят (облекчат) настъпили вредни последици, но в това отношение няма съгласие.

От строго научна гледна точка, а и в редица практически ситуации, превенцията на употребата на ПАВ се разграничава от образованието в тази област, тъй като второто има за цел предоставяне на информация и съвети относно ПАВ, на основата на които индивидите могат да вземат решения. За разлика от превенцията, образованието не си поставя като пряка цел промяна на поведението, въпреки че превантивните дейности често включват съществени образователно-информационни компоненти.

Общоприето е разбирането, че политиките за превенция на употребата на ПАВ имат най-голямо значение по отношение на младите хора, поради което повечето изследвания и практически дейности са съсредоточени върху тази възрастова категория. В същото време, има превантивни дейности, които запазват значението си през целия живот на индивидите, като програмите за ограничаване на злоупотребата с медикаменти или с алкохол при хора в по-горни възрасти.

Институтът по медицина на САЩ предлага модел на превенцията на различни нежелани здравословни състояния, основан на *континуум от форми на превенция* (Institute of Medicine, 1994). Приложен към политиките за превенция на употребата на ПАВ, той може да бъде структуриран като *система от дейности по предпазване, лечение, възстановяване и ограничаване на вредните последици*; така той може да бъде полезен при очертаване на концептуализирани и основани на научни доказателства взаимовръзки между различни програми (услуги). Друго важно предимство е, че е налице общовалидна терминология за описание на превенцията и за подготовка на планирането, прилагането и оценката на превантивните действия.

3.2 Подходи към превенцията на употребата на наркотици

Могат да бъдат идентифицирани следните *основни групи подходи към превенцията на употребата на ПАВ*.

Универсалните подходи обхващат цяла популация и се прилагат независимо от нивото на риск или вероятността от употреба на ПАВ в отделните сегменти на популацията. Типични примери представляват кампаниите в масмедияте и включването на специални предмети в училищната програма.

Селективните подходи на превенция се прилагат към отделни индивиди или групи (често, но не винаги групи в уязвимо положение), при които рискът от употреба на ПАВ и настъпване на определени вреди се оценява като значимо по-висок от средния за популацията поради биопсихологически, поведенчески или социални рискови фактори (които имат по-силно влияние върху избраните индивиди или групи). Селективна превенция може

да бъде прилагана и към индивиди или групи, които вече употребяват ПАВ, за да бъдат предотвратени дадени вреди или за да се намали вероятността от преминаване към повредни модели на употреба. Разпространени примери за такава превенция са програмите за семейства, засегнати от употреба на ПАВ.

Индикираната превенция на употребата на ПАВ се прилага към индивиди, идентифицирани като по-уязвими спрямо опасни модели на употреба на базата на индивидуално оценяване. Типични примери са индивидуалните консултации за подрастващи с проблеми при контрола на импулсивното поведение или по-интензивни форми на подкрепа за индивиди, потърсили медицинска помощ в резултат на употреба на упойващи вещества.

Програмите за популяризиране на здравословния начин на живот (Health promotion или Positive Development Strategies) обикновено не се класифицират като типични методи на активна превенция, но не могат да бъдат изключени от кръга на възможните реакции към употребата на ПАВ. Те приличат на универсалните подходи на превенция по това, че са насочени към цели популации, но имат за цел да засилят способностите на индивидите да контролират риска от бъдеща проблемна употреба или да увеличат шансовете за позитивно личностно развитие. Друга разлика спрямо универсалните подходи на превенция е, че докато универсалната превенция обикновено се фокусира върху влиянието на рискови фактори, за да се предотврати конкретен нежелан резултат, програмите за подкрепа на здравословния начин на живот са насочени към дейности, благоприятстващи общото здравословно състояние и социално благополучие във всекидневния живот, без да се таргетират изрично конкретни резултати.

Друга група подходи, които обикновено не се включват в традиционните класификации на дейностите за превенция на употребата на ПАВ, са известни като „*екологична превенция (превенция на средата)*” (вж. Foxcroft, 2013, p.p. 11-15). Става дума за интервенции, които имат за цел да ограничат възможностите за достъп до ПАВ чрез общосоциални политики, ограничения и действия; по този начин те са предназначени да променят непосредствената културна, социална, физическа и икономическа среда, в която хората правят избор да употребяват или не наркотици.

Твърди се, че тъй като тези подходи към превенцията влияят съществено върху възможностите за действие, те имат по-добри изгледи да предизвикат желаната промяна в поведението на индивидите (ibid., p. 16). Типичен пример за „екологична интервенция” са механизмите за контрол на разпространението и потреблението на значителна част от лекарствените средства (в САЩ въведени още през 1971 г.), както и на алкохола и тютюнените изделия, действащи в почти всички страни. Друг пример са разпоредбите, забраняващи да се управлява автомобил под въздействието на ПАВ, вкл. на такива, чието приемане по принцип не е забранено.

Фокс Крофт (Foxcroft, 2013, p.p. 16-18) предлага допълнена версия на модела на Института по медицина, в която превантивните подходи (интервенции) се класифицират в три категории – „екологични” или насочени към средата (които вече бяха описани), насочени към развитие и информационни. Насочените към развитие превантивни подходи имат за цел формиране на индивидуално и групово ниво на умения, които са ключови за социализацията и за усвояването на социално приемливи поведения. Информационните превантивни интервенции целят обогатяване на знанието и подкрепа на осмислянето на редица конкретни рискови поведения.

Изследванията през последните години са натрупали множество доказателства, че обусловеността на първата употреба, изпадането в зависимост и евентуалното преустановяване на употребата на ПАВ е сложна и включва редица взаимосвързани биопсихологически, макро- и микросоциални фактори (вж. напр. Birckmayer *et al.*, 2004). Идентифицирани са множество рискови фактори, които позволяват да се предвиди по-

висока вероятност от възникване на поведенски проблеми, както и „защитни“ фактори, които изолират или смекчават въздействието на рискове и снижават (пряко или косвено) вероятността от проблеми. Още по-важен е друг изследователски извод – много от тези фактори са едновременно значими детерминанти на различни рискови поведения и се отразяват на степента на здравословно индивидуално развитие като цяло. Данните показват, че е необходим цялостен подход към дисфункционалните или рискови поведения при младите хора, тъй като първоначалната и проблемната употреба на психоактивни вещества е разположена в общ континуум с редица други предходни отклоняващи се поведения; установяват се общи базисни черти, като неспособност за самооценка и самоконтрол.

Иначе казано, употребата на ПАВ е само едно от проявленията на трайни поведенски характеристики, а различията в степента на предразположеност към това или други рискови поведения е (поне в известна степен) обусловена от различията в индивидуалната устойчивост на въздействието на разнообразни рискови и „защитни“ фактори (вж. Vanuykova *et al.*, 2012). Това подкрепя идеите на редица автори, че политиките за превенция биха имали по-висока ефективност и ефикасност, ако имат за цел да въздействат върху цели клъстър на рискови поведения при младите хора, отколкото ако са насочени към едно-единствено рисково поведение като употребата на наркотици (вж. напр. Hale and Viner, 2012).

Въпреки очертаните научни аргументи, прилагането на цялостни превантивни стратегии и политики, въздействащи върху общите детерминанти на употребата на всички видове ПАВ, е затруднено поради обстоятелството, че обществото приема и оценява тези поведения по различен начин, в резултат на което те попадат в обхвата на различни политики и институции. Например, независимо от доказаните общи биопсихологически фактори на употребата, най-често се наблюдава разминаване в третирането на факторите от макро- и микросоциалната среда. От една страна, приемането на разрешени лекарства, употребата на алкохол и (доскоро) тютюнопушенето се възприема (в определени граници) като нормално поведение, а данъчните приходи от тези изделия представляват съществено перо във всеки държавен бюджет. На другия полюс са забранените упойващи вещества, чието производство, разпространение и (в редица страни) употреба е криминализирано (относно процесите на социална „нормализация“ на редица рискови поведения, вж. Measham and Shiner, 2009). На практика това означава, че в обществото има различно отношение към превантивните интервенции: тези, насочени към биопсихологическите детерминанти на различните рискови поведения (личностни черти, когнитивни процеси, социализация, умения и др.), се приемат като полезни, докато други типове превантивни инициативи, насочени към средата (напр., данъчни и други ограничения на предлагането) могат да не получат обществена подкрепа.

Ограничаването до въздействия единствено или главно върху биопсихологически фактори силно снижава ефективността на превенцията, тъй като е установено, че редица рискови и защитни фактори са ситуирани на макро- и микросоциално равнище: употребата на ПАВ се влияе съществено от връзките с другите хора и на първо място в семейството, отношенията и качеството на живота в непосредствената общност, неравенствата и изключването, културните нагласи и вярвания, откритата и скрита реклама на стоки и услуги, предполагащи пристрастяване, степента на интернализиране на социалните ценности и норми и доверието към институциите, общите материално-икономически условия на съществуването и др. Повечето от тези фактори са извън контрола на индивида и слабо се влияят от традиционните превантивни интервенции на личностно равнище. Това налага на превенцията да се гледа като на системно явление (дейност), която трябва да отчита по-широките аспекти на социалната действителност.

3.3 Превенцията на употребата на ПАВ като системна дейност

Един от най-съществените проблеми пред превенцията е трудността да се установи по надежден начин как дейностите в един аспект (сектор) на превенция влияят върху резултатите в другите аспекти (сектори). Това предполага добър дизайн и координация на структурните елементи на макросоциалните (националните) превантивни системи.

Предложеният от Световната здравна организация (СЗО) Инструмент за анализ на услугите, свързани със злоупотреба с ПАВ, е един от подходите за преглед и оценка на структурата и функционирането на националните системи за превенция, който отделя специално внимание на взаимодействието с редица фактори на макро- и микроравнище с оглед оптимизиране на публичното здраве. Факторите от макроравнище, като наличие на обща политика към ПАВ, обуславят наличието на структурни способности и ресурси, вкл. ръководство на превантивните дейности. Анализът на набор от релевантни индикатори на публичното здраве (разпространение на употребата на наркотици, свързана с употребата на наркотици смъртност и заболяемост) дава възможност да се оцени въздействието на превантивните дейности. Друг, сравнително по-слабо изучен обект на анализ са т.нар. „инфраструктурни интервенции”, т.е. действията, които дават възможност да се изградят необходимите способности (структури, координация, човешки ресурси, професионална култура).

Общата тенденция в света е като се отчита напредъкът в различните сродни области на здравната и социалната политика, да се прилага т.нар. подход на сложните системи – системи, които се адаптират към промените в своята среда (като човешкия организъм) и чиито поведения са нелинейни (промяната на изхода на системата не е строго симетрична на въздействието на входа. Примери за сложни системи, имащи пряко отношение към употребата на ПАВ, са първичните здравни грижи, училищата и социалните услуги в общността.

Един от интересните примери за прилагане на подхода на сложните системи към политиките на превенция е изследването на Съсман и неговите колеги, посветено на общностно базирани програми за превенция на тютюнопушенето (Sussman et al., 2013). Те се опитват да обяснят защо, въпреки солидните теоретични аргументи, наблюдаваните от тях превантивни програми, включващи две и повече насоки на въздействие (например, чрез медиите и чрез интервенции в училищата), не показват по-висока ефективност от програмите с една-единствена насока на интервенция. Изводът, до който достигат е, че ниската ефективност се дължи на дефекти в комбинирането на различни инструменти, които могат да бъдат преодоляни именно чрез третиране на превенцията на тютюнопушенето като сложна система. Ето един пример: установено е, че при определени условия медийните кампании могат да доведат до увеличаване на броя на пушачите, които започват да обмислят отказ от тютюнопушенето; друг доказан резултат е по-точното идентифициране на целевите групи, към които би могла да се приложи една последваща интервенция чрез медикаментозно лечение за постигане на траен отказ. Но, ако в дадената общност не са осигурени подкрепящите отказа от тютюнопушене услуги, медийните кампании имат по-малки шансове да мотивират пушачите да се откажат.

Данните показват, че доброто комплектуване на елементите на превантивните програми в съответствие с подхода на сложните системи може да носи ползи и за членове на общността, които не попадат в целевите групи и по този начин да допринася за подобряването на качеството на живот в общността като цяло. В цитираното изследване е установено, че непушачите също са облагодетелствани от превантивните дейности, тъй като по-рядко попадат в положението на пасивни пушачи, а цялостните позитивни резултати за общността се изразяват в намаляване на свързаните с тютюнопушенето заболявания и смъртни случаи. Като добавим ползата за бизнеса от намаляване на отсъствията по болест,

общата оценка цена-полза показва, че ефектите от превенцията надхвърлят финансовите ползи от данъчното облагане на продажбите на тютюневи изделия.

Сравнително ограничен е опитът при прилагане на подхода на сложните системи в сферата на превенцията на употреба на забранени ПАВ, въпреки че оценката на ефекта от приложението на някои американски програми идентифицира съществената роля на взаимозависимостите между отделните елементи и дейности в политиките за превенция. Типичен пример е Националната младежка медийна кампания срещу употребата на наркотици (US National Youth Anti-Drug Media Campaign), която е много добре финансирана (над 1 млрд. щ.д.) и използва цялостна стратегия на социален маркетинг за разпространение на послания към деца и подрастващи на възраст от 9 до 18 г. Кампанията протича между 1999 и 2004 г. Проведената подробна последваща оценка на въздействието показва, че програмата не само не е била ефективна с оглед постигане на формулираните цели, а дори е предизвикала някои негативни странични ефекти при част от участвалите в нея млади хора. Проучването сред контролни групи, при които медийните въздействия са комбинирани със занятия в клас (специално въведени учебни дисциплини по съпътстващия проект ALERT), обаче установява положителен синергичен ефект по отношение на употребата на канабис.

При прилагането на подобни модели особено значение има отчитането на влиянието на различните национални политики относно употребата на ПАВ върху цялостния ефект от превенцията. Широко приета в научните среди е ретроспективната констатация, че по-голямата част от програмите за превенция на употребата на алкохол са имали нисък или нулев ефект, тъй като не са били осигурени съответните рамкови условия от страна на държавата, най-вече действителен контрол върху пазара на алкохол (например, чрез данъчни мерки и ограничения на рекламата). Много по-различно е положението при контрола върху тютюневите изделия, където върху производството и търговията са наложени строги регулации. Въпреки липсата на системни проучвания, може да се допусне, че освен нормативната уредба, класифицираща ПАВ, превенцията на тяхната употреба се влияе значимо от редица други социални норми и политики, например регламентиращи отношението към употребяващите и механизмите за тяхното лечение и ресоциализация.

4. Резултати от превенцията на употребата на психоактивни вещества и тяхната оценка

По правило генералната цел на една политика за превенция на употребата на ПАВ е „да намали негативните здравни и социални последици от тази употреба и по този начин да допринесе за подобряване качеството на живота на дадена общност” (Strang et al., 2012, p. 72). На практика обаче повечето превантивни интервенции се оценяват на основата на потенциалното въздействие върху много по-елементарни параметри, като например възраст на първа употреба, прекратяване или намаляване на употребата, проблемна употреба, зависимост и излизане от нея. Това, разбира се, са важни цели, тъй като несъмнено употребата (или определени модели на употреба) на ПАВ са статистически свързани с по-голяма вероятност от настъпване на вредни здравни и социални последици. Например, има редица данни, че ранният старт на употреба на канабис корелира с редица негативни последици, вкл. по-висока вероятност от изпадане в зависимост от ПАВ в по-зряла възраст, нарастване на общата предразположеност на индивида към рискови поведения, по-лоши образователни постижения (което пък увеличава риска от по-нисък материален стандарт в по-късна възраст), влошени когнитивни показатели, психопатология и др. (Hall and Degenhardt, 2009, p.p. 1385-1388).

Тъй като е трудно и скъпо да се изучава степента на реализация на подобни цели чрез голям брой контролирани експериментални групи, повечето оценки на превантивните програми разчитат на заместващи индикатори, като наличие (интензитет) на употреба в

определен период (например, през предходния месец) или диагностични данни (напр., за опасни модели на употреба”). Според редица автори, обаче, прогностичната стойност на подобни индикатори е спорна (вж. напр. Fernandez-Hermida et al., 2012, p. 1572-1576), т.е. трудно е да се докаже значима и устойчива връзка между показател, например, като употреба на ПАВ през предходния месец и ясно дефинирани здравни или социални последици, като смъртност, заболяемост, увреждания, качество на живота и др.

Освен това, дори оценени като успешни превантивни програми по правило се отличават със статистически значим, но слаб по интензитет ефект (вж. напр. Faggiano et al., 2005). За илюстрация може да се даде Програмата за формиране на житейски умения (Life Skills Training programme), популярна и добре изследвана по отношение на ефективността инициатива за превенция на употреба на ПАВ, при която са установени слаби, макар и статистически значими различия между целевата и контролната група (по деветобална скала за честота на употребата на алкохол контролната група дава резултат 2,0, а групата, върху която са извършени интервенции – 1,73). Въпреки че този проект е оценен като успешен, прогностичната стойност на данните и приложимостта на подхода в различен контекст се поставят под съмнение.

Друга важна насока на оценката на въздействието на политиките за превенция намира отражение в усилията на редица изследователи да установят диференциалните ефекти спрямо дадени подгрупи на третираните общности. В това отношение получените данни са нееднозначни – някои автори не установяват значими различия в ефективността на програмите за отделни подгрупи, но други съобщават за по-ясно изразени ефекти при „рискови” групи и участници (такива, при които е налице по-високо ниво на рисковите фактори или по-изявени поведенчески симптоми). За някои програми за превенция е установено, че имат доказана ефективност само при високорискови групи, докато при други е точно обратното – те „работят” само при групи с ниски нива на риск. Изследването и обяснението на диференциалните ефекти на превенцията са важни, тъй като позволяват не само да се дефинират по-точно целевите групи и подходящите спрямо тях инструменти на въздействие, но и спомагат да се намали риска от нежелани странични ефекти (като подсилване на здраните и социални неравенства).

Обосновавайки се с натрупаните значителни данни и теоретични изводи от оценки на различни превантивни политики и програми, редица автори твърдят, че е налице достатъчно надеждна основа да се определи какво „работи” в сферата на превенцията на социални и здравни проблеми (вж. Salz et al., 2012) и че са налице качествени стандарти за вътрешна съвместимост, ефикасност, ефективност и приложимост на основните типове превантивни дейности.

Не всички обаче споделят този изследователски оптимизъм относно надеждността на оценките на програмите за превенция на употреба на ПАВ. Въпреки че няма доказателства, че неподложените на оценка превантивни интервенции са непременно по-неефективни от точно оценените, отбелязва се, че все още преобладаващата част от тези инициативи в областта на превенцията на ПАВ не са преминали строга научна оценка (Salz et al., 2012, op. cit., p.p. 22-24). В същото време, оценките на някои от най-популярните (масово прилагани) програми показват, че те са неефективни или дори контрапродуктивни, тъй като водят до нарастване на употребата на ПАВ или до пруги рискови поведения. Има и други негативни последици от неефективните политики за превенция – те не само изразходват публични средства, които биха могли да бъдат употребени по-целесъобразно, но и разколебават общественото доверие в способността на публичното управление да допринесе реално за подобряването на здравето и благополучието на хората.

Тези критични разсъждения са валидни дори за страни с богат опит в оценката на публичните политики, но са критично важни за България, тъй като у нас почти няма случаи политики и програми за превенция на употребата на ПАВ да се прилагат на основата на

доказателства от научни изследвания, проведени с ясна и убедително аргументирана методология и методика. Същото важи и за изясняването на механизмите, чрез които прилаганите инструменти на политиките предизвикват промени на индивидуално и групово равнище, или по отношение на различните подгрупи в рамките на дадена популация; много малко се знае и за отражението на социалния контекст и ефектите на задействаните сложни системи върху крайните резултати от превантивните интервенции.

Заклучение

Една от важните предпоставки практиците да са наясно какво „работи“ и какво не в сферата на превенцията на ПАВ е създаването и поддържането на надеждни бази данни относно резултатите от оценките на вече приложени програми. Има достатъчно положителни примери в това отношение, като базата данни на Службата на ООН по проблемите на наркотиците и престъпленията (UNODC), информационната база на създадения към Министерството на образованието на Великобритания център за анализ на преходите в младежка възраст, Службата за образование и превенция на употребата на алкохол и наркотици (ADEPIS) и националния регистър на САЩ за основи на научни доказателства програми и практики (NREPP). „Групата Кохран“ (изследователска общност, работеща по въпросите на злоупотребата с алкохол и наркотици) също публикува качествени периодични прегледи на превантивните интервенции, ефективни при третиране на употреба на различни видове ПАВ.

Като обобщение на този анализ на теоретичните въпроси относно същността, прилагането и оценката на политиките за превенция на употребата и зависимостите от ПАВ, могат да бъдат изброени някои предпоставки, относно които има достатъчно висока степен на теоретично и практическо съгласие:

- адекватно обозначаване, дефиниране и класифициране на превантивните дейности;
- диференциране на различните инструменти на превенцията – дали са специфични за зависимостите от ПАВ или са насочени към общото състояние и развитие, индивидуално или групово са ориентирани и т.н.;
- ясно указване на данните от оценка на програмите и методологията, с помощта на която са получени;
- приемлива степен на предвидимост на резултатите от интервенциите, както и оценка на трайността и продължителността на ефектите;
- степен на генерализиране, т.е. наличие на данни за повторно прилагане на програмите в други популации (вж. по-подробно Brotherhood and Sumnall, 2011).

В този аспект специално внимание заслужава едно финансирано от Европейската комисия проучване, което обобщава доказателствата за ефективността на широк кръг политики и програми (вкл. превантивни), насочени към различни видове пристрастяване и зависимост на младите хора в страните от ЕС (Brotherhood et al., 2013). В проекта са обхванати всички изследвания (оценки) на ефективността на интервенции, приложени спрямо млади хора на възраст до 25 г. в сферата на зависимостите от алкохол, тютюневи изделия, забранени ПАВ, хазарт и други рискови поведения, предизвикващи социални и здравнословни вреди. Специално внимание е отделено на постигнати резултати по отношение на промените в поведението. Резултатите също така са систематизирани според следната структура на въздействията:

- контрол и регулиране на предлагането;
- създаване на зони, защитени от психоактивни вещества и хазарт;
- възрастовите ограничения на потреблението;
- данъчно облагане и ценообразуване;

- контрол и регулиране на рекламата, маркетинга и спонсорството;
- предупредителни послания на опаковките;
- наличие на превантивни мерки;
- мерки за ограничаване на вредните последици;
- лечение и социална реинтеграция;
- структури, прилагащи програмите.

Важно е да се има предвид, че наличието на доказателства относно ефективността на определена политика в конкретен контекст не гарантира постигането на високи превантивни резултати при прилагането ѝ спрямо друга популация. Важен фактор, който винаги трябва да се отчита, са обществените нагласи към интервенциите, особено ако става дума за по-директни мерки за модифициране на поведението с оглед постигане на желаните здравни и социални резултати. Редица проучвания показват, че широката публика намира за по-приемливи „по-меките” форми на намеса, които най-често са по-ниско ефективни, а също така, че хората подкрепят в по-висока степен интервенциите спрямо други индивиди, отколкото спрямо самите тях.

Накрая, една от най-деликатните насоки на оценка на превантивните политики и програми е финансово-икономическият им анализ. Независимо от известната сентенция на Бенджамин Франклин, че „грам превенция е по-ценен от килограм лечение”, често се установяват превантивни политики, които са ефективни, но неефекасни, или просто отнемат от средствата, които са необходими и за други целеви групи. С цялата условност на остойносттаването на социалните и здравните ефекти, пример за ефективна и ефикасна програма е прилаганата в началните класове на американските училища „Игра на добро поведение”, за която е изчислено, че струва 156 щ.д. на включен ученик, докато съвкупната полза (с оглед на избегнатите разходи) е над 13 хиляди щ.д. на участник. Все пак, примерите за такова категорично съотношение ползи-разходи са твърде редки, а обикновено решението „за” или „против” прилагането на програмата следва да се вземе в контекста на скромни разлики. Освен това, както вече бе посочено, социалните и здравните ползи (вкл. техните икономически измерения) се проявяват в дългосрочен план, които има неизбежни политически и бюджетни негативни аспекти.

БИБЛИОГРАФИЯ

Маринов, Ал. (2016) Между еволюцията и политическото инженерство: теория и практика на административните реформи. С., Изд. Иврай

Allsop J and Freeman R (1993) 'Prevention in health policy in the United Kingdom and the NHS'. In Mills M (ed) *Prevention, Health and British Politics* (Aldershot: Avebury).

Birckmayer J.D., Holder H.D., Yacoubian G.S., Friend K.B. (2004) A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: Assessing the research evidence. *Journal of Drug Education* 34: 121-153

Brotherhood A., and H.R. Sumnall (2011) *European drug prevention quality standards*. Lisbon: EMCDDA.

Fernandez-Hermida, JR, Calafat A., Becona E., Tsertsvadze A., Foxcroft D. (2012). Assessment of generalizability, applicability and predictability (GAP) for evaluating external validity in studies of universal family-based prevention of alcohol misuse in young people: systematic methodological review of randomized controlled trials. *Addiction* 107: 1570–1579

Foote S., and L Blewett (2003). Politics of prevention: expanding prevention benefits in the Medicare program. *Journal of Public Health Policy*, 24(1): p. 26-40.

Foxcroft, D. (2013) Can Prevention Classification be Improved by Considering the Function of Prevention? *Prevention Science* DOI 10.1007/s11121-013-0435-1

France, A., K. Freiberg and R. Homel (2010). Beyond Risk Factors: Towards a Holistic Prevention Paradigm for Children and Young People, *British Journal of Social Work*, 1–19

Freeman, R. (1999) Recursive politics: prevention, modernity and social systems. *Children & Society*, Vol. 13, Issue 4, September 1999, p. 232-241

Gough, I. and G. Therborn (2010) *The Global Future of Welfare States*, Oxford University Press

Hale D., and R. Viner (2012) Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *Journal of Public Health* 34 (S1): 11-19

Hall W., and L. Degenhardt (2009) Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet* 374: 1383-1391

House of Commons Expenditure Committee, 1977 Report

Institute of Medicine (1994) Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, (editors). Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press

Kautt. P. and K. Pease (2012). The Division of Labour in Crime Prevention: Crime Science, Criminology and Criminal Justice, The Howard Journal of Crime and Justice.

Kings Fund (2004). Prevention Rather Than Cure. Kings Fund Publications.

Marmot, M. (2010) "Fair society, healthy lives: the Marmot Review" (Strategic review of health inequalities in England post-2010), London

Measham F., and M. Shiner (2009). The legacy of 'normalisation': the role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people's drug use. International Journal of Drug Policy. 2009 Nov; 20(6): p. 502-508.

New economics foundation (2009) The Challenge of Co-production.

Salz R, Biglan A, Brotman L, Castro F, Gorman-Smith D (2012) Advocacy for prevention Science. Fairfax, Virginia, Society for Prevention Research

Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K (2012) Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. The Lancet 7: 71-83

Sussman S, D. Levy, L. Hassmiller, W. Cené, M. Kim, L. Rohrbach, and F. Chaloupka (2013). Comparing effects of tobacco use prevention modalities: need for complex system models. Tobacco Induced Diseases, 11:2

Sustainable Development Commission, 2010 Report.

Vanyukova M.M., Tartera RE, Kirillovaa GP, Kiriscia L, Reynolds MD, Kreekd MJ, Conway KP, Maherf BS, Iaconog WG, Bieruth L, Nealei MC, Clark DB, Ridenoura T (2012) Common liability to addiction and "gateway hypothesis": Theoretical, empirical and evolutionary perspective. Drug and Alcohol Dependence. 123: S3-S17
