

УДК: 616.89-008.441.33-057.87-084

А.В. Погосов, Т.А. Филатова

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Курский государственный медицинский университет, Россия

**Ключевые слова:** первичная профилактика, психоактивные вещества, факторы риска

Приобщение учащихся к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) является одной из актуальных и до сих пор нерешенных проблем современной наркологии [4;5;9;10]. Наиболее эффективным методом ее решения является первичная профилактика – комплекс мероприятий, направленный на предотвращение вовлечения, прежде всего, несовершеннолетних в потребление ПАВ. Профилактические мероприятия должны проводиться с учетом совокупности факторов, приводящих к потреблению ПАВ. По данным литературы [1;2;6;14; 16;19], к числу значимых факторов риска относятся наследственная отягощенность злоупотреблением ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе, преморбидные личностные девиации, нарушение состава родительской семьи, дефекты семейного воспитания, влияние асоциальной среды, раннее начало употребления ПАВ.

Для построения эффективных программ профилактики необходим тщательный анализ клинико-биологических, социально-психологических и индивидуально-психологических факторов риска возникновения зависимости от ПАВ, вариантов их сочетанного взаимодействия, что и явилось **целью** нашего исследования.

**Материал и методы исследования.** Для анализа факторов, способствующих приобщению к употреблению ПАВ, было проведено комплексное клинико-психопатологическое и катamnестическое исследование 129 больных алкоголизмом и опийной наркоманией, находящихся на лечении в Курской областной наркологической больнице и наркологическом отделении Курской психиатрической больницы (средний возраст больных составил  $36,57 \pm 11,03$  лет), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 90 здоровых лиц со средним возрастом  $36,01 \pm 12,97$  лет и сходными с основной группой половыми и социально-демографическими характеристиками. При исследовании всех испытуемых заполнялась специально разработанная формализованная индивидуальная карта больного и здорового человека.

Для изучения сочетанного воздействия факторов риска развития зависимости от ПАВ у учащихся общеобразовательных учреждений и разработки дифференцированных программ первичной профилактики было проведено клинико-психопатологическое (с заполнением индивидуальной карты школьника) и психодиагностическое исследование 82 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений №27, №40, №52, №55 и ОГОШИ «Лицея-Интерната №1» г. Курска в воз-

расте  $15,4 \pm 0,31$  лет (38 девушек и 44 юноши). Психодиагностический метод был представлен патохарактерологическим диагностическим опросником (ПДО) А.Е. Личко, тестом «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел), шкалой тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и тестом «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевич.

Статистическая обработка результатов включала в себя t-критерий Стьюдента для определения достоверности разности средних и относительных величин и полихорический показатель связи ( $\chi^2$ ) для измерения сопряженного разнообразия признаков двух категорий.

**Результаты исследования.** В результате статистической обработки полученных данных было выявлено значимые различия в частоте встречаемости в анамнезе больных, страдающих зависимостью и здоровых людей ряда клинико-биологических, социально-психологических и индивидуально-психологических факторов [20;21]. К клинико-биологическим факторам риска отнесены наследственная отягощенность зависимостью от ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, перенесенные черепно-мозговые травмы, соматическая и психическая патология. Социально-психологические факторы риска представлены нарушением состава родительской семьи (неполные и «деформированные» семьи), дефектами семейного воспитания (гипер- и гипопека), влиянием асоциальной среды, ранним началом употребления ПАВ. Индивидуально-психологические факторы включают склонность к аддиктивному и делинквентному поведению. К этой группе факторов риска также отнесены акцентуации характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов [11;19], пониженную стрессоустойчивость, повышенную тревожность и сниженную способность к социальной адаптации [15], выделенные на основе данных специальной литературы из-за сложностей диагностики преморбидных качеств личности у больных с изменениями личности в результате зависимости от ПАВ.

В результате исследования школьников было установлено, что наиболее распространенными на данный момент времени являются клинико-биологические факторы [20]. Проанализировав имеющиеся корреляционные взаимосвязи, мы выделили три наиболее часто встречающихся типа сочетания факторов: 1-й – сочетание клинико-биологических и социально-психологических факторов; 2-й – клинико-биологических и индивидуально-психологических; 3-й – клинико-биологических, социально-психологических и индивиду-

ально-психологических факторов. Присутствие клинико-биологических факторов риска зависимости от ПАВ во всех рассмотренных случаях иллюстрирует их значительную распространенность и значимость в современной подростковой среде.

### Заклучение

На основе полученных данных разработаны дифференцированные программы профилактики зависимости от ПАВ для учащихся общеобразовательных учреждений [14].

В структуре факторов риска у подростков большой удельный вес занимают клинико-биологические факторы. Это обстоятельство обуславливает необходимость их коррекции в первоочередном порядке. Наличие в анамнезе у подростков перинатальной патологии и черепно-мозговых травм достаточно часто приводит к развитию церебральной резидуально-органической недостаточности. Последняя является наиболее распространённой патологией среди непсихотических психических расстройств у подростков. Она играет важную роль в механизме формирования зависимости от ПАВ [16;21]. Таким подросткам рекомендуются курсы противоорганической терапии. Их длительность определяется скоростью наступления терапевтического эффекта и его стойкостью (продолжительность до 2-х месяцев, частота 2-3 раза в год) [17]. Основой противоорганической терапии являются ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы), стимулирующие интегративную деятельность головного мозга, активирующие мнестические и мыслительные процессы, повышающие устойчивость ЦНС к психическим нагрузкам. При применении ноотропных препаратов необходимо ориентироваться на особенности клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности. В результате обследования учащихся общеобразовательных учреждений подросткового возраста нами выделены следующие клинические разновидности данной патологии:

1. Когнитивные нарушения – снижение памяти (процессов запоминания и сохранения информации), сложности концентрации внимания, расстройства скорости и продуктивности мыслительных операций;

2. Гипердинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гипердинамический синдром) – снижение психической работоспособности, повышенная утомляемость, гиперестезии, вегетативная симптоматика, сочетающаяся с расторможенностью, недостаточностью активного внимания, повышенной аффективной возбудимостью, неустойчивостью поведения и настроения;

3. Гиподинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гиподинамический синдром) – стойкие астенические симптомы в виде вялости, низкой активности, повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со склонностью к сниженному настро-

ению вплоть до дисфорических эпизодов.

Обозначенные варианты клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности наблюдались у учащихся общеобразовательных учреждений либо в изолированном виде, либо в сочетании когнитивных нарушений в одних случаях с гиподинамическим, в других – с гипердинамическим типом церебрастенического синдрома.

В зависимости от особенностей клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности рекомендуется дифференцированное применение медикаментозных препаратов [3;8;18] (табл. 1).

При выявлении индивидуально-психологических факторов риска в виде акцентуации характера и склонности к девиантному поведению назначение медикаментозного лечения осуществляют только в случаях декомпенсации психического состояния подростка с выраженными поведенческими нарушениями. Для коррекции нарушений поведения, проявляющихся агрессивностью, повышенной импульсивностью, асоциальными поступками (не поддающихся психотерапевтическому воздействию), целесообразно назначение нейролептиков: *сонапакса* (до 15 лет – по 20-30 мг в сутки, старше 15 лет – 30-50 мг в сутки 3 раза в день), *неулеттила* (до 15 лет – от 2 до 20 мг в сутки, после 15 лет – от 5 до 40 мг в сутки в 2-3 приема после еды; утром 1/4—1/3 суточной дозы, оставшееся количество – в вечерние часы), *хлопротиксена (труксала)* (до 15 лет – от 7,5 до 45 мг в сутки, после 15 лет – от 15 до 100 мг в сутки, из расчета 0,5-2 мг на 1 кг веса, 3-4 раза в сутки, большую часть суточной дозы следует назначать вечером). Начинать курс лечения нейролептиками необходимо с низкой дозы препаратов, постепенно увеличивая её в дальнейшем до получения оптимального терапевтического эффекта. При отмене нейролептиков проводят постепенное снижение дозы.

При наличии расстройств адаптации с тревожными симптомами (в случаях неэффективности психотерапевтического воздействия) рекомендуется применение *сонапакса*, обладающего противотревожным эффектом (способ применения см. выше), *хлопротиксена (труксала)* в дозировке 15-50 мг в сутки, *фенибуты* (способ применения см. выше). Наличие расстройств адаптации с депрессивными проявлениями обуславливает необходимость назначения *азафена* (в начальной дозе 25-50 мг, с постепенным увеличением до 0,15-0,2 г в сутки в течение 1-1,5 месяца) или *коаксила* (по 12,5 мг 3 раза в сутки перед едой). Отмена препарата производится после исчезновения симптоматики с постепенным уменьшением его дозировки.

Наиболее распространенным фактором риска развития зависимости от ПАВ среди подростков является наследственная отягощенность алкогольной зависимостью. В этих случаях развитие заболевания во многом обусловлено сопутствующими социально-психологическими и индивидуально-психологическими факторами риска. При наличии неблагоприятных

Таблица 1

**Дифференцированная медикаментозная коррекция церебральной резидуально-органической недостаточности**

Ведущие клинические синдромы	Перечень препаратов, их разовая и суточная доза	Длительность курса лечения
Когнитивные нарушения	<i>Кортексин:</i> внутримышечно 1 раз в день 10 мг в 1-2 мл 0,5% раствора новокаина, физиологического раствора или воды для инъекций	30 дней
	<i>Церебролизин:</i> Внутримышечно 1 раз в день по 1 мл на 10 кг массы тела	10-20 дней
	<i>Пирацетам (луцетам, мемотропил, ноотропил):</i> внутривенно, внутримышечно и внутрь, средняя терапевтическая доза – 1200-1600 мг, максимальная – 2400 мг; 2-3 раза в день преимущественно в первую половину дня.	30-60 дней
	<i>Пиридитол (пиритинол, энербол, энцефабол):</i> внутри в суточной дозе 200-300 мг (10-15 мл). В первые 10 дней прием препарата только утром и днем (в меньших дозах). Затем утреннюю и дневную дозу увеличивают и добавляют третий прием. При нарушениях сна последнюю дозу следует назначать не позднее 18 часов	30-60 дней
	<i>Пикамилон:</i> внутри, до 15 лет – по 0,05 г 2 раза в день; старше 15 лет – по 0,05 г 3 раза в день.	30 дней
	<i>Семакс 0,1%:</i> по 2-4 капли в каждый носовой проход (в одной капле стандартного раствора содержится 50 мкг активного вещества). Разовая доза составляет от 200 до 2000 мкг (из расчета 3-30 мкг/кг). Суточная доза – 500-5000 мкг (из расчета 7-70 мкг/кг).	7-14 дней
	<i>Когитум:</i> внутри 2 ампулы утром (20 мл) в неразведенном виде или с небольшим количеством воды.	21-30 дней
<i>Мемоплант (танакан):</i> по 1 таблетке (40 мг) или 1 мл раствора для приема внутри 2-3 раза в сутки во время еды (80-120 мг в сутки).	60 дней	
Астено-гиподинамический синдром	<i>Пирацетам:</i> способ применения см. выше	30-60 дней
	<i>Пиридитол:</i> способ применения см. выше	30-60 дней
	<i>Когитум:</i> способ применения см. выше	21-30 дней
Астено-гипердинамический синдром	<i>Пантогам (пантокальцин):</i> внутри через 15-30 минут после еды 3 раза в день, разовая доза – 2,5-3 г/сут. Дозу наращивают в течение 7-12 дней. Прием максимальной дозы продолжается 15-40 дней. Затем доза постепенно уменьшается до отмены в течение 7-8 дней.	30-40 дней
	<i>Фенибут:</i> внутри до еды по 250 мг 3 раза в день.	60 дней
	<i>Глицин:</i> внутри по 1 таблетке (0,1 г) 2-3 раза в день	30-60 дней

социально-психологических факторов (дефекты семейного воспитания, нарушение состава родительской семьи, влияние асоциальной микросреды) оптимальным методом коррекции является системная семейная психотерапия (СП). Подросток в этом случае рассматривается как носитель симптома неблагополучия семьи. Семья, в свою очередь, – как целостная система, представляющая собой нечто большее, чем сумму ее частей. При этом что-либо, затрагивающее семью в целом, влияет на каждого ее члена, а изменение в состоянии одного члена семьи находит отражение в изменении состояния всех его близких. При этом семья, как любая система, стремится к сохранению равновесия, поэтому у нее очень большой потенциал для самосохранения и развития. Она является не только первопричиной проблем подростка, но и необходимым условием и мощным резервом его развития и становления как личности. Ни врач, ни рекомендации психолога, ни советы друзей не могут дать семье больше, чем члены семьи способны сделать друг для друга. От специалистов требуется помощь в виде активации положительных изменений семейной динамики, указания верного направления движения.

СП включает в себя 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В.В., 1989):

1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Длительность СП обуславливается выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале СП проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее – 1 раз в 3 недели.

К задачам СП в рамках профилактической работы относятся следующие:

- информирование родителей о роли и месте семьи в развитии зависимости у подростка, о возможных семейных причинах наркотизации;
- информирование родителей о признаках употребления подростком ПАВ;
- оптимизация системы внутрисемейного воспитания;
- нормализация родительско-детских отношений и снижение их конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростком на семейную ситуацию;
- повышение ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

Поставленные задачи невозможно решить с помощью только одного психотерапевтического подхода. В данном случае необходима гибкость тактики лечебного воздействия, индивидуальный подбор методов диагностики и коррекции. К наиболее эффективным и апробированным техникам диагностического этапа относятся: социометрические методики, построенные на том, что все члены семьи выбирают (или отвергают)

партнеров для совместной работы, совместного проведения свободного времени и т.п.; метод циркулярного опроса, заключающийся в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними; невербальные методы, основанные на анализе взаиморасположения членов семьи в пространстве (как спонтанного, так и заданного специальными упражнениями: «Построение семейной скульптуры», «Организация семейного пространства»); наблюдение за совместной деятельностью членов семьи, например, при строительстве соломенной башни. На последующих этапах – ликвидации конфликтов и реконструкции отношений – эффективно использование метода групповой дискуссии, совместного анализа и интерпретации взаимоотношений, анализа аудио- и видеозаписей сеансов, разыгрывания семейных ролей (особенно с их попеременной сменой между членами семьи), создания «живых скульптур». Реконструкция отношений должна сопровождаться обучением правилам конструктивного спора, навыкам эмпатического общения. Также целесообразно предоставление заданий по модификацию поведения. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Молчаливому члену семьи можно предложить высказаться, в то время как лидер должен молчать в течение 5 минут. Сыну, который чаще общается с матерью, можно предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр. Детям на несколько дней поменяться ролями со своими родителями и т.п. При этом стимулируется любая совместная деятельность. Эффективно использование кинотерапии, заключающейся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующим совместным обсуждением. На поддерживающем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения нового ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, наблюдается динамика внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Семейная психотерапия является наиболее эффективным, но, в то же время – наиболее трудоемким методом психокоррекционного воздействия на неблагоприятные микросоциальные факторы. Если ее проведение является невозможным в силу технических причин (несовпадение свободного времени у членов семьи и т.п.) или подросток отказывается от участия в СП, то более доступным, но не менее эффективным методом в данном случае может служить *тренинг родительской компетенции*. Родители составляют значительную часть микросоциального окружения подростка, способны влиять на приобретение им социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении проблем. Изменения в их поведении и образе жизни оказывают значи-

тельное влияние на опыт и поведение ребенка. Следует заранее (за две-три недели) пригласить родителей для участия в тренинге, доступно изложить его цель, план и методику, выяснить наличие препятствий для совместной работы. Подбирая группу, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходиться оба партнера, что помогает следить за особенностями семейной динамики. Оптимальным вариантом проведения тренинга являются занятия в группе численностью от 6 до 8 человек с частотой 1 раз в неделю продолжительностью 2 часа (6 занятий). Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение, спланирует родителей. Вначале проводится анализ стереотипов поведенческих взаимодействий, определяется круг проблем во взаимоотношениях с подростком. Продумываются и совместно прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные подходы. При этом можно использовать такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры и видеонаблюдение. Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации. На занятиях необходимо производить обучение родителей навыку выявления своей позиции и позиции подростка методом транзактного анализа, способам передачи подростку ответственности за свои поступки и разрешения конфликтов.

В результате проведения тренингов родители должны научиться формировать равноправные взаимоотношения с подростком, адекватную самооценку в роли родителя. Информационный компонент включает знакомство с внешними признаками употребления различных ПАВ, проявлениями зависимости от них. Важной является правовая информация об ответственности родителей за воспитание детей и их правонарушения.

Следует учитывать, что изменение воспитательных подходов ведет в переходной фазе к неуверенности воспитателя. Это может привести к временному усилению симптоматики у подростка после родительского тренинга. Поэтому в некоторых случаях улучшение проявляется после определенной латентной фазы. Важно, чтобы родители были осведомлены о возможных критических периодах и чтобы в эти периоды с родителями и подростком проводились поддерживающие беседы.

При наличии *индивидуально-психологических факторов риска* развития зависимости от ПАВ (склонности к девиантному поведению, акцентуаций характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов, повышенной тревожности и др.) психотерапевтические мероприятия должны включать *тренинговую работу с подростками* с целью развития способности к сознательной психологической саморегуляции, фор-

мирования позитивных жизненных целей, мотивации к сохранению здоровья, функциональных стратегий поведения, препятствующих употреблению ПАВ [12]. Информационный компонент работы, реализуемый в процессе тренинга, включает, наряду с традиционной информацией о вреде ПАВ для физического здоровья, обсуждение причин и последствий их употребления, форм заболеваний, связанных с ними, анализ этических и духовных аспектов проблемы, связь употребления ПАВ и другими формами саморазрушающего поведения, с особенностями личности, общения, стрессом и путями его преодоления. Информация о ПАВ не дается в лекционной форме, а включается в дискуссию на этапе, когда реализованы три важнейших направления работы: 1-осознание собственных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения; 2-развитие этих ресурсов; 3-развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровому образу жизни и препятствующего злоупотреблению ПАВ. Важнейшим компонентом работы является выполнение домашних заданий, предназначенных для включения в профилактическую работу членов семьи и друзей; для самостоятельного осмысления, полученного на занятиях и в жизни опыта.

Для подростков, испытывающих сложности социальной адаптации, целесообразно проведение *тренинга коммуникативных навыков* (5 занятий по 40 минут в группе численностью 12-15 человек с частотой 1 раз в неделю), со сниженной способностью справляться со стрессовыми ситуациями – *тренинга стрессоустойчивости* (10 занятий 1 раз в неделю по 80 минут в группе из 6-12 человек с использованием релаксационных, медитационных упражнений, ролевых и психологических игр) [7]. При наличии повышенного уровня личностной тревожности показана комбинация индивидуальной поведенческой и семейной психотерапии.

Обучение умению отказаться от предложения принять ПАВ, формирование навыков регулирования эмоций, разрешения конфликтов, эффективного общения, принятия решений также возможно осуществлять в процессе *групповой психотерапии*. Занятия проводятся в группе численностью от 7 до 15 человек с частотой 1 раз в неделю. Их продолжительность 1 академический час (рекомендуется 15-20 занятий).

В случае возможности индивидуальной работы с подростком наиболее оптимальным методом психокоррекционного воздействия является *когнитивная поведенческая психотерапия*. Она основана на положении, что чувства и поведение человека определяются не ситуацией, в которой он оказался, а восприятием этой ситуации. Целью когнитивной поведенческой психотерапии является формирование более адаптивных паттернов поведения через изменение привычных стереотипов мышления, освоение новых способов видения сложившейся ситуации. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосроч-

ный курс, состоящий из 10 – 20 сеансов с частота 1 – 2 раза в неделю.

#### Литература:

1. Альтицуллер В.Б. Наркомания – дорога в бездну. / В.Б. Альтицуллер, А.В. Надежин. – Москва, 2000. – 29 с.
2. Благина И.А. Динамика аддиктивного поведения у детей с резидуально-органическим психосиндромом / И.А. Благина, Н.Е. Буторина, Е.Н. Кривулин. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 36-40.
3. Бурчинский С.Г. Пирацетам: новые открытия, новые возможности [Электронный ресурс] / С.Г. Бурчинский // Газета «Еженедельник аптека» от 27.09.2004 г. – № 37 (458). <http://www.apteka.ua/archives/458/21115.html>
4. Бохан Н.А. Современные тенденции наркологической ситуации среди подросткового населения / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Л. Трефилова. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 40-42.
5. Егоров А.Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1. – С. 22-34.
6. Измайлова И.Г. Хроническая посттравматическая головная боль после легкой черепно-мозговой травмы в детском возрасте / И.Г. Измайлова, О.А. Колосова, В.В. Белопасов. // Российская научно-практическая конференция с международным участием «Хронические болевые синдромы»: тезисы докладов (23-25 мая 2007 г., г. Новосибирск). – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2007. – С. 156-161.
7. Каменюкин А.Г. Антистресс-тренинг, 2-е изд. / А.Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак. – СПб: Питер – 2008. – 224 с.
8. Карпов А.М. Результаты изучения применения мексикара и ноотропных препаратов с целью повышения эффективности трудовой реабилитации инвалидов - психически больных / А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макаричиков. // Неврологический вестник. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3-4. – С.38-41.
9. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических расстройств среди подростков в России в 2007 г. / Е.А. Кошкина. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным уча-

стием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 72-73.

10. Кошкина Е.А. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Е.А. Кошкина, К.В. Вышинский, Н.И. Павловская, И.А. Збарская, О. И. Антонова // Наркология. – 2010. – № 4 – С. 27-36.
11. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. / А.Е. Личко. – М.: Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.
12. Макарычева Г.И. Тренинг для подростков: профилактика асоциального поведения. / Г.И. Макарычева. – СПб: Речь, 2007. – 192 с.
13. Надеждин А.В. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией подросткового возраста / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова. // Наркология, 2002. – №7. – С. 35-40.
14. Погосов А.В. Мероприятия профилактики зависимости от психоактивных веществ для учащихся общеобразовательных учреждений (медикаментозная и психотерапевтическая коррекция в группе риска): Методические рекомендации. / А.В. Погосов, Т.А. Филатова. – Курск: КГМУ, 2009. – 15 с.
15. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002. – 206 с.
16. Психопатологические расстройства резидуально-органического круга при юношеском алкоголизме / Д.В. Детков, К.Ю. Ретюнский, Д.Я. Ойкер и др. [Электронный ресурс] // Информационно-поисковый портал «Медгородок.ру». – Уральский медицинский журнал. Психиатрия. – 2007. – № 4 (32) <http://www.urmj.ru/arhpsih07.htm>
17. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 2004. – 896 с.
18. Сухотина Н.К. Пантогам как средство лечения пограничных нервно-психических расстройств / Н.К. Сухотина. // Медлайн экспресс. – 2006. – №4(187). – С. 44-45.
19. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией / Ю.Б. Тузикова. // Вопросы наркологии, 2001. – №5 – С.26-34.
20. Филатова Т.А. Профилактика употребления психоактивных средств в подростковой среде / Т.А.Филатова, А.В. Погосов, Н.С. Степанов. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – №3 – С. 79-87.
21. Филатова Т.А. Предикторы развития зависимости от психоактивных средств / Т.А. Филатова // Материалы II Архангельской международной медицинской конференции молодых ученых и студентов «Бюллетень Северного государственного медицинского университета (выпуск XXII)» – №1 – 2009. – Изд-во Северного государственного медицинского университета – С.23.

### ПРОФІЛАКТИКА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ

О.В. Погосов, Т.О. Філатов

У результаті дослідження хворих на алкоголізм і опійну наркоманію в порівнянні зі здоровими людьми позначені найбільш значущі клініко-біологічні, соціально-психологічні і індивідуально-психологічні фактори ризику, які сприяють формуванню залежності від психоактивних речовин. На основі аналізу факторів ризику вживання психоактивних речовин серед учнів загальноосвітніх закладів, варіантів їх сполученої дії, розроблені комплексні диференційовані програми первинної профілактики вживання психоактивних речовин у підлітковому середовищі.

**Ключові слова:** первинна профілактика, психоактивні речовини, фактори ризику

### THE PROPHYLAXIS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADDICTION AMONG PRIMARY SCHOOL PUPILS

A.V. Pogosov, T.A. Philatova

According to the results of investigation of the persons suffering from alcohol addiction and drug addiction to opium in comparison with healthy ones the most important clinical-biological, social-psychological and individual risky factors, which contribute to the formation of psychoactive addiction, are determined. Taking into consideration the analysis of risky factors of taking psychoactive substances, which are consumed by pupils, the variants of its influence determination complex differentiated programs of prophylaxis of taking psychoactive substances among students were worked out.

**Keywords:** primary prophylaxis, psychoactive substances, risky factors