

Организационная модель профилактики аддиктивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера

- БОХАН Н.А.** д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, зам. директора по научной работе НИИ психического здоровья СО РАМН, руководитель отделения аддиктивных состояний, 634014, г.Томск, ул. Алеутская, 4. Тел. (3822)724379)
- ТИТОВ С.С.** главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер» (БУЗОО «НД»), главный внештатный нарколог Министерства здравоохранения Омской области, 644046, г.Омск, ул. Учебная, 189
- УСОВ Г.М.** д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия ФАЭ и СР», 644099, г.Омск, ул. Ленина, 12
- ЧАЩИНА О.А.** зав. организационно-методическим консультативным отделом, врач психиатр-нарколог БУЗОО «НД», 644046, г.Омск, ул. Учебная, 189. Тел.: 8(3812)302728; e-mail: chaschinaolga@gmail.com

Представлена модель организации профилактики наркологических расстройств у несовершеннолетних учащихся территориально-образовательного кластера (школы, школы-интернаты, детские дома, средние специальные учебные заведения) Омской области. Предложенная модель комбинирует подходы к первичной и вторичной профилактики и предлагает дифференцированные и взаимозаменяемые модули работы с детьми и подростками в организованных коллективах, а также систему оценки эффективности профилактических мероприятий.

Ключевые слова: психоактивные вещества, профилактика зависимостей, несовершеннолетние учащиеся

Введение

В современном обществе отмечается широкое распространение различных форм девиантного поведения среди несовершеннолетних, в том числе злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) [4, 6, 9]. Наркотическая и алкогольная субкультуры перестали быть изолированными, что наряду с другими факторами способствует вовлечению детей и подростков в употребление алкоголя, наркотиков и токсических веществ [10, 13, 17]. Наблюдавшиеся в последние десятилетия омоложение контингента потребителей ПАВ и снижение возраста первых проб ПАВ на фоне высокого уровня требований, предъявляемых к молодежи и несовершеннолетним, а также искажение границ социально приемлемого поведения, активно пропагандируемое средствами массовой информации, послужило основанием развития профилактического направления в наркологии [1, 2, 5, 7—9, 17].

Профилактика наркологических расстройств среди несовершеннолетних и молодежи — одно из основных направлений деятельности Министерства здравоохранения Омской области и наркологической службы региона. В Омской области для снижения спроса на ПАВ, снижения заболеваемости и распространен-

ности наркологических расстройств и сопутствующих заболеваний, снижения численности «групп риска» употребления ПАВ и тяжести медико-социальных последствий наркомании и алкоголизма разработана и функционирует система межведомственного взаимодействия в профилактике наркологических расстройств. Координирует деятельность ведомств областная антинаркотическая комиссия, возглавляемая губернатором Омской области.

Для решения задач профилактики аддиктивного поведения у несовершеннолетних и молодежи специалистами наркологической службы региона разрабатываются профилактические программы нового поколения. Результатом многолетней работы стало создание организационной модели профилактики (МП) наркологических расстройств у несовершеннолетних «Мы вместе!» (Модель профилактики) [3]. Настоящее исследование проводилось в процессе реализации программных модулей МП в учебных заведениях Омской области. МП предназначена для работы с несовершеннолетними 11—17 лет с различным опытом употребления ПАВ в организованных коллективах общеобразовательного кластера (школы, школы-интернаты, детские дома, средние специальные учебные заведения) и базируется на концептуальных положе-

ниях профилактики зависимостей [1, 14, 15]. Основная цель проводимых мероприятий — предупреждение аддиктивного поведения у несовершеннолетних с различным уровнем риска употребления ПАВ через создание устойчивых навыков социальной адаптации и установок неприемлемости употребления ПАВ.

Начало работы в учебном заведении в большинстве случаев было приурочено к одной из массовых антинаркотических акций, проводимых на территории региона, в рамках которой осуществлялись привлечение внимания несовершеннолетних и родителей к проблеме злоупотребления ПАВ и подготовка к дальнейшей работе, презентация планируемых мероприятий.

Затем для определения степени информированности и изучения вовлеченности несовершеннолетних в употребление ПАВ изучались особенности ситуации, связанной с употреблением ПАВ в условиях класса или группы. На этом этапе с помощью анонимного анкетирования, индивидуального психодиагностического исследования и консультаций врача-нарколога выявлялись наиболее значимые факторы риска формирования зависимости у несовершеннолетних. Особое внимание уделялось наличию доклинических или клинически манифестных форм психических расстройств, органического поражения головного мозга, акцентуаций характера, опыта употребления ПАВ. В соответствии с промежуточными результатами проводилась коррекция применяемых мероприятий, вводились дополнительные программные модули — это этап последовательной и наиболее интенсивной работы с аудиторией. Тематический план занятий составлялся так, чтобы способствовать выявлению и развитию протективных факторов при максимальном нивелировании факторов риска формирования зависимости. Работа в рамках МП ориентирована на предупреждение употребления всех ПАВ: табака, алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. По мере необходимости план занятий модифицировался, добавлялись дополнительные занятия или серии занятий в зависимости от выявленных проблем. Основными методами работы были анкетирование (работа в классе или группе), дискуссионный клуб, ролевые игры, тренинги базовых социальных навыков с моделированием ситуаций (работа малыми группами), индивидуальное консультирование несовершеннолетних и родителей врачом-наркологом и психологом, модули тренинговых и семинарских занятий для педагогов, воспитателей, психологов и родителей для повышения информированности по проблеме и активизации позиции родителей по формированию семейных норм и правил в отношении употребления ПАВ. При необходимости в циклы занятий включались отдельные тематические тренинги, например базовый

4-часовой тренинг «Бросай курить!» для формирования мотивации к отказу от курения, разработанный специалистами наркологической службы Омской области. Кроме того, осуществлялись подготовка и методическая поддержка педагогов при организации профилактической работы после окончания работы МП, психологов по проведению консультирования по проблемам зависимостей и психологической поддержке семей, где ребенок начал употреблять ПАВ. В МП были предусмотрены модули повторного обращения к проблеме, серии повторных занятий с педагогами и несовершеннолетними.

На заключительном этапе осуществлялась диагностика эффективности МП с проведением повторного анкетирования и заключительных занятий с несовершеннолетними, педагогами, родителями для получения обратной связи, планировались повторные циклы разовые занятия и подведение итогов реализации МП.

Объект и методы исследования

В исследование были включены 2125 несовершеннолетних в возрасте 11—17 лет, которые в течение 2009—2010 гг. завершили работу в рамках программных модулей изучаемой МП. Все они были учащимися различных учебных заведений г.Омска (общеобразовательные школы, школы-интернаты, детские дома, средние специальные учебные заведения). Участники, которые по разным причинам досрочно выбыли из работы в рамках Модели, были исключены из обработки, поэтому незаконченных случаев не было.

Для оценки эффективности модели профилактики, согласно рекомендациям Е.С. Bennet и М. Weisinger [16], мы использовали комплексную методику, сочетающую оценку медико-социальной эффективности и экономической целесообразности. Проводилась оценка «затраченных усилий» — рабочего времени специалистов, материальных ресурсов, оборудования и вспомогательных средств. Оценке подвергалась эффективность использованных методов и методик работы, а также качество исполнения компонентов программы и компетентность специалистов. Критерием результативности модели профилактики с позиций достижения социальных изменений или «социальной эффективности» служили универсальность разработанных модулей и возможность их использования в различных условиях с достижением положительного результата. Проводилась оценка достигнутого в процессе внедрения модели эффекта в целевой группе участников — снижение риска аддиктивного поведения по комплексу выбранных характеристик.

В настоящей статье представлены результаты оценки медико-социальной эффективности МП.

Основным инструментом оценки эффективности была разработанная специалистами БУЗОО «Наркологический диспансер» анкета из 32 базовых вопросов и 8 вопросов для скрининговой оценки наличия поведенческих, аффективных, когнитивных, мотивационно-волевых нарушений, склонности к суицидальному поведению, совершению девиантных и делинквентных поступков. Анкетирование носило анонимный и конфиденциальный характер, что достигалось путем проведения группового анкетирования и обезличивания анкет в присутствии участников.

Система критериев аддиктивной готовности была разработана с учетом опыта и предложений методики оценки эффективности профилактических программ [11, 12]. Балльная оценка каждого вопроса была представлена градиентной шкалой 1—2—3—4. Вопросы анкеты составляли 8 базовых критериев. Каждый из критериев состоял из ответов на 4 вопроса анкеты. Оценке подвергались все стороны социального функционирования несовершеннолетних. Критерий *самооценка информированности о проблеме употребления ПАВ* включал сведения об источниках информации, уровне и стремлении расширения своих знаний по изучаемой проблеме. Критерий *оценка влияния ПАВ на здоровье* отражал значимость для респондентов физиологической стороны зависимости, оценку опасности для здоровья эпизодического и постоянного употребления табака, алкоголя и наркотиков. Социальную сторону зависимости отражал критерий *«оценка влияния ПАВ на успешность»*: изучались мнения и суждения респондентов о возможных социальных, криминальных и иных последствиях систематического употребления алкоголя и наркотических средств, значимость самоутверждения в группе путем употребления ПАВ. *Привлекательность имиджа потребителя ПАВ* включала оценку личного отношения к потребителям алкоголя, наркотиков и табакокурильщиков и перспективу возможного общения и совместного проживания с потребителями ПАВ. Критерий *уровень употребления ПАВ* отражал степень социальной опасности микроокружения (родители, значимые взрослые, сверстники), как одного из наиболее значимых факторов риска начала употребления ПАВ (семейный характер употребления, наличие знакомых потребителей и распространителей нелегальных ПАВ). Критерий *актуальность внешних ограничителей аддиктивного поведения* был предназначен для выявления сохранных качеств личности, коррекции проводимых мероприятий и их изменчивость в процессе реализации МП. Противоположное значение имел критерий *актуальность проаддиктивных факторов*, который учитывал наличие, выраженность и множественность факторов риска. Критерий *значимость личного опыта* являлся кумулятивной оценкой мотивации к употреблению ПАВ,

личного опыта, возраста появления аддиктивного поведения. Затем рассчитывался средний балл, в итоге был получен кумулятивный критерий *уровень аддиктивной готовности*.

Чем более высоким было значение каждого критерия, тем выше был уровень аддиктивной готовности несовершеннолетних, кроме критериев *самооценка информированности о проблеме употребления ПАВ* и *актуальность внешних ограничителей аддиктивного поведения*, где соотношение было обратным: низкие значения указанных критериев свидетельствовали о высоком риске начала употребления ПАВ и формирования зависимости.

Для обработки результатов использовались методы описательной статистики, параметров распределения выборки по возрасту с расчетом критерия Колмогорова—Смирнова, t-критерий Стьюдента. Оценка динамики критериев аддиктивной готовности проводилась при помощи критерия Уилкоксона. С учетом большого числа наблюдений проводилась аппроксимация нормальным распределением полученных значений и достоверность изменений измерялась путем расчета критерия z с поправкой Йетса на непрерывность. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез об отсутствии статистических различий принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст участников МП варьировал от 11 до 17 лет, в среднем $14,9 \pm 2,7$ года (выборка имела нормальное распределение). Лица мужского пола составили 51,2%, женского — 48,8%. Выборка соответствовала по гендерному и возрастному составу общему распределению популяции несовершеннолетних данного возраста.

У 30,5% несовершеннолетних ($n = 648$) были выявлены акцентуации характера, среди которых преобладала неустойчивость психической деятельности (17,9%, $n = 380$) в сочетании с повышенной эмотивностью, тревожностью и сензитивностью (4,6%, $n = 98$), либо с возбудимостью (3,5%, $n = 74$), импульсивностью (3,9%, $n = 82$), демонстративностью (3,1%, $n = 66$). Несколько реже встречалась гипертимность (8,9%, $n = 189$). Для 3,7% ($n = 78$) осевой чертой характера являлась циклоидность в сочетании с интравертированностью (2,6%, $n = 56$). У 6,4% несовершеннолетних ($n = 136$) в анамнезе имелись указания на органическое поражение головного мозга, в основном в виде перенесенных родовых травм (3,5%, $n = 74$) либо травматического поражения головного мозга в раннем детстве (2,5%, $n = 54$), на долю иных причин (нейроинфекции, токсическое поражение головного мозга и др.) приходилось 0,4% ($n = 8$). У 3,7% несовершеннолетних

($n = 79$) были выявлены признаки умственной отсталости легкой степени. У 4,5% детей и подростков ($n = 95$) в анамнезе были эпизоды сниженного настроения и суицидальные поступки (рис. 1).

Для 35,1% несовершеннолетних ($n = 745$) были свойственны девиантные реакции. Более чем у трети участников МП отмечались конфликтные отношения в семье и нарушение стереотипов воспитания — 39,6% ($n = 841$), у 14,5% подростков ($n = 308$) семьи были отнесены к категории деструктивных. Кроме того, 11,2% подростков ($n = 239$) задерживались за совершение мелких правонарушений, из которых наиболее распространенными были хулиганство, мелкие кражи, нанесение телесных повреждений. Имели судимость 3,9% несовершеннолетних ($n = 83$). У 43,4% подростков ($n = 922$) наследственность была отягощена наркологическими или психическими расстройствами у ближайших родственников (табл. 1).

Более трети участников имели опыт употребления ПАВ — 36,5% ($n = 776$). В том числе 19,3% ($n = 411$) являлись постоянными или эпизодическими курильщиками, 28,4% ($n = 603$) — потребителями алкоголя, 5,9% ($n = 125$) имели пробы наркотических веществ. Для 17,1% ($n = 363$) участников было свойственно употребление нескольких ПАВ, чаще табака и алкоголя (включая пивные напитки). Конформность, свойственная несовершеннолетним, и отсутствие навыков конструктивного общения в семье и со сверстниками получили выражение в преобладании субмиссивной (25,5%, $n = 542$) и псевдокультуральной мотивации (21,1%, $n = 448$) в начале употребления ПАВ. Для значительной части подростков были значимы атарактические (21,7%; $n = 461$) и демонстративно-протестные мотивы (16,2%; $n = 344$). Стремление к получению удовольствия и любопытство в качестве причин были вторичными и отмечены соответственно у 13,0% ($n = 277$) и 14,8% ($n = 314$) участников.

По мере усвоения материалов, предложенных в рамках МП, наблюдалось снижение аддиктивной

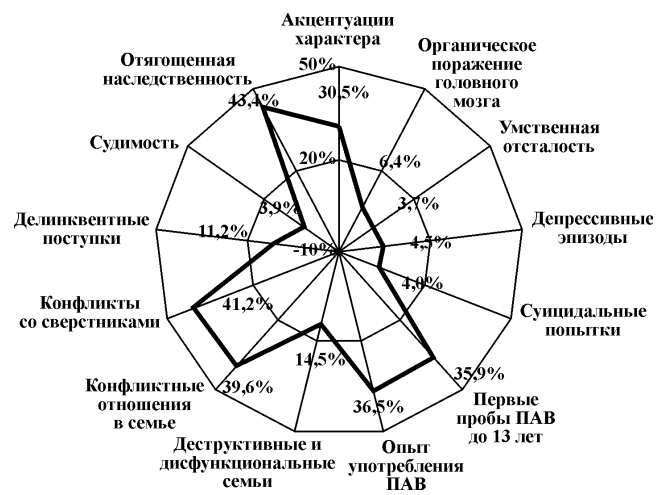


Рис. 1. Частота факторов риска формирования зависимости у участников программы

готовности несовершеннолетних и снижение значимости факторов риска формирования аддиктивных расстройств. По итогам работы статистически значимые изменения были достигнуты для всех изучаемых критериев ($p < 0,05$). Итоги оценки уровня аддиктивной готовности у несовершеннолетних до и по окончании прохождения модулей МП представлены в табл. 2.

При повышении уровня информированности и изменении структуры используемых источников информации о проблеме употребления ПАВ в виде увеличения числа лиц, которые значимыми назвали специалистов и педагогов (в начале программы — 3,0%, по окончании — 11,0%), большинство участников по-прежнему сообщало о получении необходимых для себя сведений от сверстников (63,0 и 56,9% соответственно) и по данным сети Интернет (26,3 и 21,5% соответственно).

Наблюдались тенденции к повышению ценностного отношения к своему здоровью, частичная переоценка влияния ПАВ как на состояние здоровья, так и на социальное благополучие и успешность в будущем. При этом наиболее значимые различия в начале

Таблица 1

Частота девиантных реакций в подростковом возрасте

№	Девиантные реакции	Частота
1	Конфликтные отношения в семье	39,6%
2	Конфликтные отношения со сверстниками/учителями	33,8%
3	Раннее курение и алкоголизация	35,9%
4	Пробы наркотиков	5,9%
5	Антисоциальное группирование	21,9%
6	Хулиганство, мелкие кражи	7,5%
7	Нанесение телесных повреждений	2,9%
8	Суицидальные мысли и поступки	4,5%

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

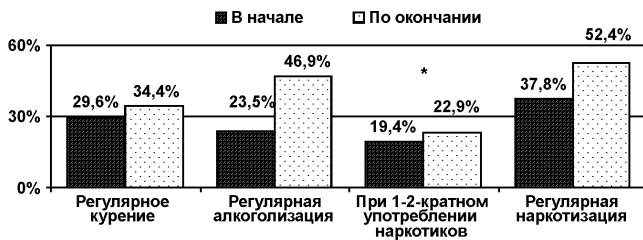


Рис. 2. Риск для здоровья оценен как «высокий» при употреблении ПАВ, по мнению участников, в начале и по окончании работы по Модели профилактики:

* выявленные различия статистически значимы ($p < 0,05$)

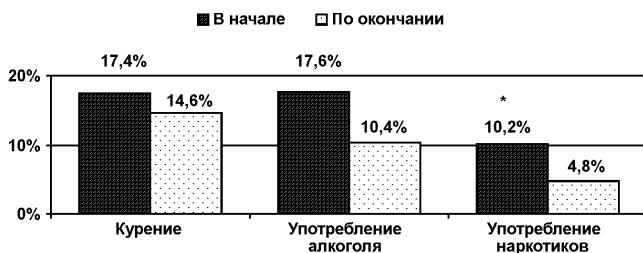


Рис. 3. Самоутверждение в группе сверстников путем употребления ПАВ, по мнению участников программы, в начале и по окончании работы по Модели профилактики:

* выявленные различия статистически значимы ($p < 0,05$)

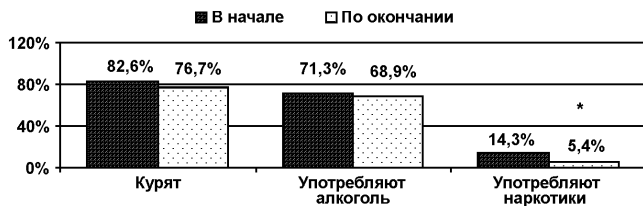


Рис. 4. Наличие среди ближайшего окружения сверстников – потребителей ПАВ в начале и по окончании работы по Модели профилактики:

* выявленные различия статистически значимы ($p < 0,05$)

и по окончании реализации МП были достигнуты в плане оценки риска для здоровья при систематическом употреблении алкоголя (в начале — 23,5%, по окончании — 46,9%) и наркотиков (37,8 и 52,4% соответственно), тогда как отличия достигли лишь минимального статистически значимого уровня в оценке риска для здоровья при регулярном курении и эпизодическом употреблении наркотических средств (рис. 2).

Характерно было уменьшение доли подростков, чье стремление к самоутверждению в группе и повышению своего авторитета через употребление ПАВ было триггерным механизмом аддиктивного поведения, причем в равной мере это касалось как табакокурения (в начале — 17,4%, по окончании — 14,6%), так и употребления алкоголя (17,6 и 10,4% соответственно) и наркотиков (10,2 и 4,8% соответственно) (рис. 3).

При относительной стабильности микросоциального окружения (доля лиц, у которых среди ближайших знакомых — сверстников и взрослых — были табакокурящие, злоупотребляющие алкоголем, а также потребители и распространители наркотиков, изменилась лишь до минимальных статистически достоверных значений) отмечалось снижение привлекательности имиджа потребителя ПАВ. Кроме того, часть подростков демонстрировала в процессе групповой и индивидуальной работы стремление к изменению социального окружения. Так, у 82,6% учащихся в начале программы среди сверстников были табакокурящие, у 71,3% — употребляющие алкоголь, в том числе у 13,1% — употребляющие ежедневно. Наличие знакомых — наркопотребителей среди сверстников отметили 14,3% несовершеннолетних, причем у 7,8% кратность приема наркотиков была чаще 1 раза в неделю (рис. 4).

Таблица 2

Оценка эффективности применения организационной модели профилактики для работы с несовершеннолетними в организованных коллективах «Мы вместе!»

№	Компоненты аддиктивной готовности*	Средний балл	
		В начале	По окончании
1	Самооценка информированности об употреблении ПАВ	8,6±2,8	9,1±2,3
2	Оценка влияния ПАВ на здоровье	12,3±2,5	10,1±1,8
3	Оценка влияния ПАВ на успешность	11,9±3,1	11,1±2,6
4	Привлекательность имиджа потребителя ПАВ	9,5±3,4	8,5±3,2
5	Уровень употребления ПАВ в ближайшем окружении	10,8±2,6	10,1±3,1
6	Актуальность ограничителей аддиктивного поведения	7,9±2,4	8,8±3,1
7	Актуальность проаддиктивных факторов	11,8±3,1	10,7±3,0
8	Значимость личного опыта употребления ПАВ	10,6±3,2	8,4±2,3
9	Уровень аддиктивной готовности в целом	10,3±2,9	9,2±2,4

Примечание. * Различия в динамике критериев в начале и в конце реализации Модели профилактики статистически значимы ($p < 0,05$)

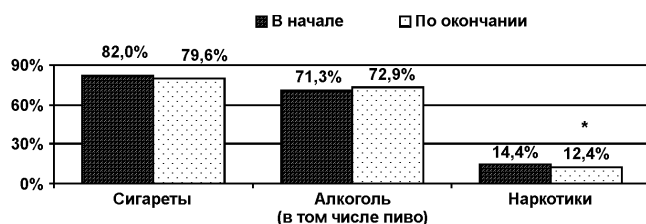


Рис. 5. Доступность ПАВ оценена как «высокая», по мнению участников, в начале и по окончании работы по Модели профилактики: * статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$)

По окончании работы МП доступность табака, алкоголя и наркотиков оставалась на прежнем высоком уровне (рис. 5). Однако пробы ПАВ в течение последнего месяца перед заключительным анкетированием были свойственны значительно меньшему числу подростков. Эпизодически или постоянно на момент заключительного анкетирования курили — 11,3% ($n = 241$), употребляли алкоголь — 23,0% ($n = 489$), наркотики — 4,1% ($n = 87$). Уменьшилась доля лиц, сочетающих употребление нескольких ПАВ, до 12,7% ($n = 270$).

У значительной части подростков в начале программы в семье отсутствовали правила и запреты, касающиеся употребления табака, алкоголя и наркотиков, — 61,6%, по окончании программы — у 39,8%. Увеличилась доля лиц, которые отметили высокий риск к совершению преступлений в алкогольном и наркотическом опьянении как ограничительный фактор употребления ПАВ (в начале — 12,3%, по окончании — 36,1%).

Одной из целей программы было повышение позитивного влияния взрослых. По результатам работы МП мы наблюдали смещение стереотипа выбора референтной группы. Так, в начале мнение сверстников было значимым при принятии решений для 61,5%, по окончании — 51,8%. При этом была отмечена тенденция к повышению роли родителей (в начале — 34,2%, по окончании — 48,3%) и педагогов (19,2 и 30,4% соответственно).

Заключение

Организационная модель профилактики наркологических расстройств у несовершеннолетних Омской области «Мы вместе!» продемонстрировала свою эффективность на эпидемиологически репрезентативной группе детей и подростков в возрасте 11–17 лет. МП адаптирована к культурно-языковой среде нашего региона, учитывает актуальные для молодежи проблемы, согласно результатам предварительных исследований, и может быть использована в различных учебных заведениях. МП имеет перспективу рас-

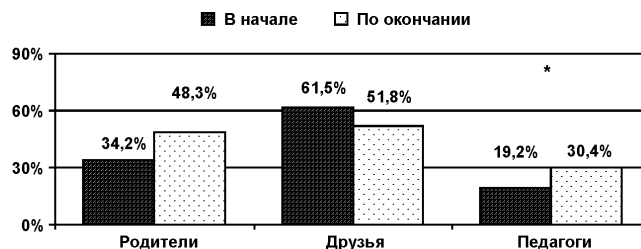


Рис. 6. Референтная группа при принятии решений, по мнению участников, в начале и по окончании работы по Модели профилактики: * выявленные различия статистически значимы ($p < 0,01$)

ширения используемых методик работы благодаря внедрению дополнительных модулей. Перспективным, на наш взгляд, является включение добровольного тестирования участников на содержание наркотических средств в биологических средах. Актуальной с позиций полученных данных является организация в рамках модели профилактики медико-генетического консультирования детей и подростков «групп риска», особенно имеющих признаки коморбидных психических расстройств, акцентуаций характера, множественных наследственных случаев наркологической и психической патологии.

Список литературы

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. — М.: Генус. — 2006. — №10. — С. 11–16.
2. Дроздова Р.Д., Долгова В.И. и др. Факторы риска формирования аддиктивного поведения у учащейся молодежи по данным анонимного анкетирования // Вопросы наркологии. — 2007. — №1. — С. 26–31.
3. Дроздова В.А., Титов Д.С., Чащина О.А. и др. Комплексный подход в профилактике наркологических расстройств у несовершеннолетних. — Омск: Сфера печати, 2011. — 120 с.
4. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Проект концепции координации системы профилактики наркомании в Российской Федерации // Наркология. — 2009. — №12. — С. 26–37.
5. Зарецкий В.В. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде // Наркология. — 2009. — №11. — С. 69–78.
6. Козловский А.В., Виницкая А.Г., Разводовский Ю.Е. Факторы риска приобщения молодежи к наркотикам // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2008. — №4. — С. 41–45.
7. Кондратьев С. Сравнительная оценка факторов риска, способствующих вовлечению подростков в употребление психоактивных веществ // Медицинский курьер. — 2007. — №3 (297). — С. 19–22.
8. Косарецкий С.Г., Родионов В.А. и др. Менеджмент в профилактике злоупотребления психоактивными веществами. — М.: Москва, 2005. — 144с.
9. Кошкина Е.А., Вышинский К.В. Наркомания: Москва на фоне Европы // Бюллетень Правительства Москвы. — 2000. — С. 13–32.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

10. Леонтьева М.В. Мониторинг девиантного поведения учащихся и студентов Архангельска // Вопросы наркологии. — 2009. — №3. — С. 111—120.

11. Линский И.В., Первомайский Э.Б., Савкина Т.В. Методика оценки эффективности антинаркотических профилактических программ на примере учащихся 7—11 классов средней школы // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — №1. — С. 47—51.

12. Первомайский Э.Б., Линский И.В., Савкина Т.В. Оценка «уровня наркотической готовности» // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — №2 (6). — С. 93—97.

13. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персоналогический анализ в контексте систематики

аддитивных состояний // Наркология. — 2006. — №1. — С. 60—66.

14. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Проблемы подростковой адаптации с позиций профилактики и психотерапии личностных и поведенческих расстройств и зависимости от психоактивных веществ. — М., 2006. — Вып. 1—5.

15. Сорокин В.С., Брюн Е.А. Профилактика наркомании: стратегия и методы // Наркология. — 2009. — №3. — С. 17—20.

16. Bennett E.C., Weisinger M. Program evaluation: A resource handbook for rehabilitation. — NY.: ICD Rehabilitation and Research Center, 1974.

17. Medina-Mora M.E. Prevention of substance abuse: a brief overview // World Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, №1. — P. 25—30.

ORGANIZING MODEL OF PREVENTION OF ADDICTIVE STATES IN UNDER-AGE PERSONS WITHIN TERRITORIAL-EDUCATIVE CLUSTER

BOKHAN N.A., TITOV S.S., USOV G.M., CHASHCHINA O.A.

In the article, model of organizing the prevention of substance use disorders in under-age persons within territorial-educative cluster (schools, boarding schools, orphanages, secondary education institutions) has been introduced. Proposed model combines approaches to primary and secondary prevention and proposes differentiated and interchangeable modules of work with children and adolescents in organized collectives and system of evaluation of efficacy of preventive activities.

Key words: psychoactive substances, prevention of dependences, under-age persons