

Федеральное агентство по делам молодежи
Государственный антинаркотический комитет
Правительство Иркутской области

**Лучшие практики
субъектов Российской Федерации
в сфере профилактики наркомании
и других социально-негативных
явлений**

Материалы I Всероссийского Байкальского форума
профилактических проектов и лучших практик
в сфере профилактики незаконного потребления
наркотических средств и психотропных веществ
и других социально-негативных явлений

Иркутск, 28–30 мая 2019 г.



УДК 613.83(063)

ББК 60.55л0

Л87

*Печатается по решению оргкомитета
I Всероссийского Байкальского форума профилактических проектов
и лучших практик в сфере профилактики незаконного потребления наркотических
средств и психотропных веществ и других социально-негативных явлений*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

В. Ю. Дорофеев, первый заместитель Губернатора Иркутской области;

Р. А. Камаев, заместитель руководителя Федерального агентства по делам молодежи, доктор экономических наук, профессор;

С. А. Сотников, заместитель начальника Главного управления по контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел Российской Федерации;

А. К. Попов, министр по молодежной политике Иркутской области;

М. В. Горихова, помощник Губернатора Иркутской области по обеспечению исполнения отдельных полномочий, секретарь антинаркотической комиссии в Иркутской области;

И. В. Ярославцева, заведующая базовой кафедрой медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет», доктор психологических наук, профессор;

А. М. Бычкова, ведущий научный сотрудник лаборатории теоретических и прикладных проблем журналистики ФГБОУ ВО «Байкальский государственный университет», эксперт Федеральной службы Российской Федерации по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, кандидат юридических наук;

В. И. Рерке, доцент кафедры социальной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет», кандидат психологических наук;

О. В. Носова, заместитель начальника Управления по контролю за оборотом наркотиков Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Иркутской области;

Э. А. Тарбеева, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Иркутской области.

Л87

Лучшие практики субъектов Российской Федерации в сфере профилактики наркомании и других социально-негативных явлений : материалы I Всерос. Байкал. форума профилакт. проектов и лучших практик в сфере профилактики незакон. потребления наркот. средств и психотроп. веществ и других соц.-негатив. явлений. Иркутск, 28–30 мая 2019 г. / [редкол.: В. Ю. Дорофеев [и др.]]. – Иркутск : Изд-во ИГУ, 2019. – 535 с.

ISBN 978-5-9624-1712-7

В сборнике опубликованы труды специалистов, реализующих на территории субъектов Российской Федерации профилактику незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ и других социально-негативных явлений, освещающих деятельность антинаркотической комиссии, общественных движений, некоммерческих организаций, антинаркотического добровольческого (волонтерского) движения, а также опыт субъектов по реабилитации и ресоциализации наркопотребителей.

Материалы, представленные к публикации, сохраняют авторскую редакцию. Ответственность за аутентичность и точность цитат, названий и иных сведений, а также за соблюдение закона об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

УДК 613.83(063)

ББК 60.55л0

ISBN 978-5-9624-1712-7

© Государственный антинаркотический комитет, 2019

Е. В. Малышко

Главный врач ГБУРОНД

А. В. Мысливцева

Врач-психиатр-нарколог ГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер»
(г. Ростов-на-Дону, ул. Баумана, 38, 8(904)44-70-996, mislivseva_av@mail.ru)

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ

Актуальность исследования: проблема, связанная с употреблением психоактивных веществ, по-прежнему остается актуальной в настоящее время. Причин формирования аддиктивного поведения, а именно негативного пристрастия к тому или иному веществу у детей и подростков много: непонимание окружающих, недовольство собой, психотравмирующая ситуация и т. д. *В целом все факторы, способствующие развитию аддикции, можно разделить на три группы, это психологические, социальные и биологические.* Все эти факторы тесно связаны между собой. Мало того, у одного ребенка может наблюдаться целый комплекс причин, вызывающих болезненное пристрастие к определенному веществу. К психологическим факторам развития аддиктивного поведения относятся личностные черты характера – закомплексованность, низкий интеллект, отсутствие смысла жизни и интересов. Так же тяжелое психологическое состояние – стресс, психическая травма, горе или обстоятельства, способствующие развитию аддикций, в важнейшие периоды становления личности – пример выпивающих родителей, отсутствие телесного и духовного контакта с матерью в ранние годы, подростковые проблемы и неумение их решать. Социальная подоплека аддиктивных состояний выражается в большей части во влиянии семьи и учебных учреждений, доступность психоактивных веществ, пищевые традиции семьи и ближайшего окружения, ненормальное воспитание – гипер- и гипопека, влияние различных социальных групп. К биологическим факторам развития аддикций относят наследственную предрасположенность, на данном этапе осуществляется работа в поиске генов, отвечающих за наркозависимость. Аддиктивное поведение является многофакторным явлением, так как причины аддиктивности у детей и подростков сложны и многоаспектны.

Под влиянием аддиктивности появляются аффективные расстройства, расстройства интеллектуальной сферы (снижение сообразительности, неспособность сосредоточиться, ухудшение памяти и мышле-

ния), а также волевая деградация (неспособность сделать над собою усилие, истощаемость намерений и побуждений). Одним из главных методов в борьбе с аддиктивностью является первичная профилактика, которая определяется как система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медикосанитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение болезней зависимого поведения.

Профилактика аддиктивного поведения особую значимость приобретает в детском и подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А во-вторых, именно в подростковом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции. Это такие качества как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и ее потенциалам, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции; делают попытки в самоопределении. Профилактику аддиктивного поведения нужно рассматривать не как отдельное направление, а комплексно, как элемент единой системы образования и воспитания.

Когда у ребенка имеются нарушение когнитивных функций это приводит к снижению способности принимать, усваивать, обрабатывать информацию, решать задачи и генерировать новые идеи. Не менее важным моментом является развитие эмоционального интеллекта, ведь передача своих эмоций и правильное понятие чувств другого человека является основной составляющей душевного благополучия человека. С помощью когнитивных функций осуществляется познание окружающего и целенаправленное взаимодействие с ним. Наибольший процент нарушений когнитивных функций связан не с биологической проблемой, а с социально-психологической. По этой причине подход к устранению данной проблемы должен быть индивидуальным.

Материалы и методы исследования: технология организации профилактики аддиктивного поведения в ГБУ РО «Наркологический диспансер» включает в себя программу развития когнитивных функций и развитие аффективной сферы: индивидуальные занятия развития когнитивных функций; тренинги развития когнитивных функций с биологически обратной связью на оборудовании «Реакор»; психологическое консультирование семьи и развитие эмоционального интеллекта у

ребенка. Работа психолога направлена на исправление сформировавшихся негативных взглядов, отношении к себе, формирование навыка справляться с трудными жизненными ситуациями. Изначально определялся исходный уровень когнитивных функций и состояние аффективной сферы, после чего производился индивидуальный подбор занятий. Комплекс «Реактор» использует принцип «физиологического зеркала» и позволяет в буквальном смысле видеть и слышать тончайшие изменения состояния организма, тренинги развития когнитивных функций позволяют совершенствовать психофизиологические возможности ребенка. В исследовании приняли участие 30 детей, из них 16 мальчиков и 14 девочек. Средний возраст $14,1 \pm 2,4$ лет. У всех детей в анамнезе было выявлено пагубное употребление психоактивных веществ: алкогольные напитки (70 %), тропикамид (77 %), прегабалин (63 %), тетрагидроканнабинол (47 %), «дизайнерские наркотики» (27 %), амфетамин (13 %) (рис. 1).

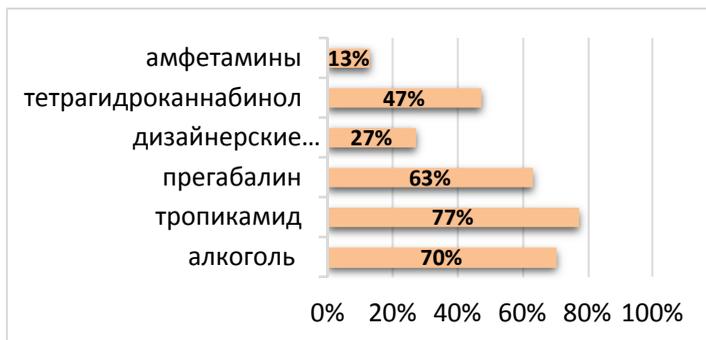


Рис. 1. Психоактивные вещества, выявленные у детей

Химико-токсикологическое исследование (ХТИ) проводилось с помощью предварительного иммунохроматографического метода и подтверждающего хроматомасс-спектрометрии. Все дети перед включением в программу развития когнитивных функций и аффективной сферы были проконсультированы врачом психиатром-наркологом для осмотра, выявления жалоб и экспериментально-психологического исследования.

Экспериментально-психологический метод исследования аффективной сферы применялся с помощью: теста диагностики самочувствия, активности и настроения (САН), шкала Гамильтона депрессия (HDRS) и опросник депрессии Бека (BDI). Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнения средних показателей (кри-

терии Стьюдента) для количественных шкал (САН), критерий знаков – для порядковых шкал (HADS и Бека). Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали при $p=0,05$. Оценка когнитивных функций проводилась с помощью оборудования и анализа данных БОС-Реакор.

Результаты исследования: тяжесть депрессивной симптоматики, оцениваемая по шкале Гамильтона до проведения программы, составляла не менее 23 баллов, опросник депрессии Бека не менее 19 баллов и по шкале САН суммарное количество составляло не более 3 баллов. Так же со стороны детей и со слов родителей были предъявлены следующие жалобы: на снижение настроения (62%), нарушение сна (46%), слабость и снижение успеваемости в школе (59%), тревогу (70%), снижение памяти (82%), суицидальные мысли (26%). При сравнении показателей САН до и после проведения программы было выявлено улучшение состояния, разница по компонентам САН и шкале Гамильтона составила ($p=0,05$, $p=0,08$). Наиболее выраженное увеличение отмечалось при оценке показателя настроения (2,5+0,5 балла), что соответствует результатам клинического исследования $p= <0,01$, где также снижается процент жалоб: снижение настроения (23%), нарушение сна (34%), слабость и снижение успеваемости в школе (12%), тревога (43%), снижение памяти (19%), суицидальные мысли (3%) (рис. 2)

Изменяется и суммарное количество баллов по шкале Бека, что составляет до 10 баллов ($p=0,05$). С помощью БОС-Реакор исследования у всех детей были выявлены в разной степени изменения когнитивной сферы: снижение памяти (94%), снижение концентрации внимания (79%).

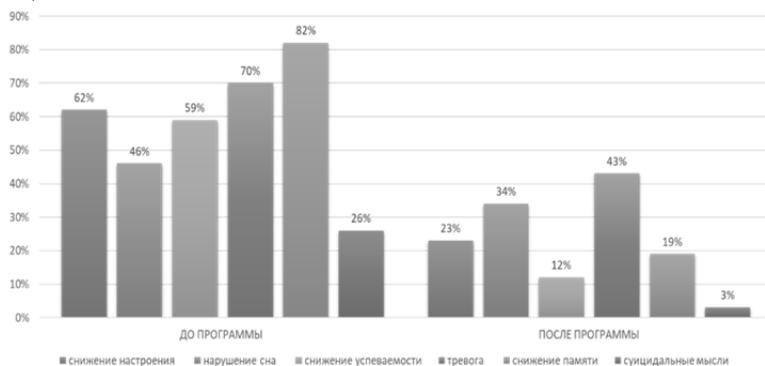


Рис. 2. Жалобы, предъявляемые врачу до и после проведения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы

Все дети дополнительно были осмотрены через шесть месяцев после прохождения программы. Изменение суммарных показателей по шкале депрессии Гамильтона также свидетельствует об уменьшении депрессивной симптоматики через шесть месяцев после проведения программы и составляет 12 баллов. Так, если среднее значение депрессии по шкале Бека до программы составило 19,3 +2,4 балла, то через 6 месяца этот показатель составил 10,2+1,4 балла, что свидетельствует о снижении депрессивного состояния. До проведения программы преобладали дети с тяжелой депрессией, а после занятий по программе значительно уменьшилось число детей с депрессией средней и тяжелой степени тяжести $p < 0,05$. Обращает на себя внимание достоверное снижение тяжести депрессивного расстройства через шесть месяцев после проведения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы. Также была выявлена статистически значимая разница по шкале САН через шесть месяцев после применения программы ($p=0,08$). Таким образом, изменение психоэмоционального состояния данной категории детей, склонных к употреблению психоактивных веществ значительно изменяется после применения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы. С помощью БОС-Реакор после программы наблюдаем положительные изменения когнитивной сферы: снижение памяти (24 %), снижение концентрации внимания (39 %).

Отмечается стойкая ремиссия в данной группе детей, что подтверждается заключением химико-токсикологического исследования на наркотические вещества. У всех исследуемых детей не обнаружено наркотических, психотропных и лекарственных препаратов, а также слов родителей, они отрицают факт употребления алкоголя детьми.

Выводы. В заключение можно сделать вывод, что проводить профилактику аддиктивного поведения можно с помощью улучшения, развития когнитивных функций и формирования эмоционального интеллекта в виде комплексного подхода данных методов. Именно оттого, насколько они эффективно работают в сочетании, зависит качество умственной деятельности, успех и результативность в жизни. Дети, которые будут стремиться к саморазвитию и улучшению качества жизни, это дети, которые любят себя и не будут вредить своему здоровью. Ведь здоровая нация – это не только физическое здоровье, но еще душевное и социальное здоровье, о котором не стоит забывать! Изменения, выявленные до включения детей в программу развития когнитивных функций и аффективной сферы, значительно изменяются спустя 6 месяцев после программы. Мы наблюдаем снижение депрессивного состояния и

улучшение когнитивных функций, а также формирование стойкой ремиссии по поводу пагубного употребления психоактивных веществ.

Развитие головного мозга важный процесс у детей и подростков. Этот процесс начинается ещё до рождения и продолжается всю жизнь. Мозг формирует личность человека, социализирует его, делает его особенным и неповторимым. Правильно сформированный мозг дает ребенку возможность обучаться, познавать мир, общаться, находить себе интересы, развиваться всесторонне. Умный ребенок не будет сталкиваться на своем пути с проблемой зависимости, он не будет губить свой организм. Проблема употребления психоактивных веществ, это удел слабых! Слабых духовно, физически и эмоционально. Правильно организованная профилактическая работа аддиктивного поведения сегодня, решит проблему наркомании завтра!

Т. В. Латышева

Медицинский психолог, социальный работник ФГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер» (Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Баумана, 38, тел.: 8(961)3126704, e-mail: lattat11@gmail.com)

А. В. Мысливцева

Врач-психиатр-нарколог, психиатр ФГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер» (Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Баумана, 38, тел.: 8(904)4470996, e-mail: mislivseva_av@mail.ru)

Е. В. Малышко

Главный врач ФГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер» (Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Баумана, 38, тел.: 7(863)2404257, e-mail: Malyshkonarkonet@yandex.ru)

РОЛЬ СЕМЬИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И В ЕГО ТЕРАПИИ

Проблема аддиктивности в наибольшей степени касается подросткового возраста. В силу возрастных особенностей подросткам, как никаким другим возрастным категориям, присуще стремление к рискованному поведению.

Психологическими потребностями подростка являются: потребность в социально приемлемом стиле жизни; потребность в такой деятельности, где они могли бы быть успешными и которая удовлетворяла бы их эмоциональные чувства и социальные ожидания; потребность в личном эмпатичном общении, понимании, принятии и ощущении соб-