

### **Психопрофілактика хімічної залежності у неповнолітніх**

**Деркач Василь Григорович**, к.мед.н., доцент  
**Русіна Світлана Миколаївна**, к.мед.н., доцент  
**Рудницький Роман Іванович**, к.мед.н., доцент  
**Курик Василь Іванович**, к.мед.н., асистент  
Буковинський державний медичний університет

Хімічна залежність (аддикція) – це залежність особи від того чи іншого хімічного агента, у тому числі й від психоактивних речовин, що виявляється потребою у його постійному вживанні. Цей термін об'єднує тютюнокуріння, алкоголізм, наркоманії і токсикоманії [4].

Психопрофілактика – галузь психологічної медицини, яка розробляє заходи, що запобігають виникненню психічних і наркологічних захворювань, а також вивчає питання соціальної і трудової адаптації хворих [1, 2]. Психопрофілактику поділяють на первинну і вторинну.

Первинна психопрофілактика – система заходів щодо запобігання виникненню нервово-психічних розладів. Вона включає боротьбу з травмами та інфекціями, з хворобами залежності, охорону здоров'я дітей і вагітних жінок, правильну організацію виховання і педагогічного процесу, режиму праці і відпочинку. У первинній психопрофілактиці велика роль належить широким соціальним заходам, психогігієні та загальнопрофілактичним заходам.

Вторинна психопрофілактика – це комплекс заходів, спрямованих на ранню діагностику психічних і наркологічних захворювань, своєчасне і активне лікування захворювання, що вже почалося, затримку розвитку симптомів хвороби, попередження виникнення рецидивів, запобігання небезпечним для життя хворого станам. Своїм основним завданням вона ставить попередження повернення до вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками, які уже мають досвід їх регулярного вживання і на відміну від первинної, спрямована на конкретну особистість; тут роль медичних фахівців, психологів, педагогів

значно вища. Завдання інших соціальних служб – сприяння фахівцям, зокрема, створення умов для їх успішної роботи.

На сьогодні первинна психопрофілактика хвороб залежності у неповнолітніх стає все більш актуальною в силу того, що сучасне суспільство по відношенню до них використовує ті підходи, які, переважно, стимулюють ці форми поведінки [3]. Тому, на нашу думку, необхідно застосовувати інші форми психопрофілактики.

Насамперед, це санітарна освіта у вигляді лекцій та публікацій, в яких розповідається про симптоми сп'яніння та перші ознаки прийому психоактивних речовин неповнолітніми. При цьому найбільш дійовою є яскрава наглядна інформація, яка використовується в спеціальних цікавих молодіжних радіо-телепередачах.

Ефективним вважається і формування здорового способу життя. При цьому наркомана визначають як слабку істоту, зневажливу, брудну, неповноцінну, уподібнитися якій буде означати крайнє приниження; для дівчаток особливо значимі втрата привабливості та краси. Іншими словами, психопрофілактика основною темою повинна мати не хворобу, як це зараз прийнято, а здоров'я – здоровий дух у здоровому тілі, силу і красу.

Оздоровлення мікросоціального оточення і організація здорового дозвілля мають також важливе значення у первинній психопрофілактиці хвороб залежності. Так, при виявленні наркозалежних дітей і підлітків потрібна більш часта і тривала госпіталізація їх у відповідний стаціонар. Ця тактика має на увазі не тільки мету лікування, але й мету руйнування несприятливої групи. Тому значима не просто госпіталізація сама по собі, а її тривалість і частота, що розділяє неповнолітнього і групу скоріше механічно.

Як правило, здорове дозвілля – це заповнення вільного часу корисними заняттями. Психологічний підхід з організації дозвілля має на увазі не просто заняття, а ставить метою розвиток індивідуальної особистості. Формуванню особистості неповнолітнього, її дозріванню сприяє вироблення постійного інтересу, який організовує психічне життя, створює життєву спрямованість,

придбання тематичних знань, розвиває волю, здатність до подолання невдач, радість задоволення від занять та життя. Усе це є соціальною профілактикою наркотизму, яка вимагає негайного втручання суспільства, припинення того, що зараз відбувається і з організацією дозвілля, і з соціальним вихованням молоді.

Суттєвим заходом первинної психопрофілактики вважається і соціально-правова робота з населенням. Це, насамперед, виявлення неблагополучних родин, які мають різні форми, але загальним для них є патологічне емоційне тло (пригніченість, депресія, тривога), яке травмує психіку неповнолітніх.

Вторинна психопрофілактика починається на завершальному етапі лікування – етапі реабілітації, і продовжується в періоді ремісії [2]. Терміни психопрофілактичної роботи з дітьми та підлітками, що мають досвід наркотизації, різні і визначаються тим, наскільки серйозні наслідки перенесеної інтоксикації, які психологічні особливості особистості пацієнта, його мікросоціальне оточення, особливо, сімейні стосунки. Саме від цього залежить необхідність індивідуальної профілактичної роботи.

Вважається, що найбільш небезпечним для провокування рецидивів є порушення в емоційній сфері [4]. Особливо небезпечні в цьому плані депресії з дисфорією – безпричинна туга, сум, плаксивість, відсутність потягу до діяльності, дратівливість, злість, гнівливість, агресивність – без відповідної лікувальної допомоги призводять до поновлення зловживання психоактивними речовинами при будь-яких обставинах, незалежно від того, наскільки ефективним та успішним було попереднє лікування. Тому проведення підтримувального лікування – складова частина вторинної психопрофілактики.

Серед її методів виділяють наркологічну і психоневрологічну допомогу, психоневрологічний контроль і підтримку хворого

Наркологічна (психіатрична) допомога має на меті збереження стійкого емоційного стану. Роль депресивних і дисфоричних станів, як найбільш часті причини рецидивів наркотизації, зменшується за своєю частотою через 1-1,5 року після припинення вживання психоактивних речовин. Нерідко ці стани виражаються спонтанним потягом до сп'яніння, загостренням наркоманічної

симптоматики, прагненням “поліпшити самопочуття”. Можливі і тілесні неприємні відчуття. Емоційна патологія виявляється і в міжперсональних стосунках, що робить необхідним і участь психологів у вирішенні конфліктів.

Психоневрологічна допомога потрібна у тих випадках зловживання, котрі ускладнилися церебрастенією. І хоча при цьому клінічна симптоматика не в такій мірі, як емоційні порушення, провокує рецидиви, все ж таки вона може бути причиною, що сприяє поверненню неповнолітнього до вживання психоактивної речовини, оскільки в клінічних виявах церебрастенії мають місце й афективні розлади [3].

Психоневрологічний контроль і підтримка хворого потрібні впродовж усього реабілітаційного процесу для визначення індивідуальних можливостей дитини чи підлітка до тих реабілітаційних заходів, які необхідні для успішної соціалізації бувших наркоманів.

Фахівцям, котрі здійснюють вторинну психопрофілактику, необхідно враховувати пасивність дітей і підлітків та їх дезорганізованість як особливості особистості, так і результат “нажитих негативних навичок”. Труднощі роботи фахівців різноманітні. Нерідко надмірна експресивність неповнолітніх є результатом не тільки незбалансованості нейрофізіологічних процесів, але й виявом невихованості, поведінкових манер, придбаних у неблагополучній сім’ї чи у вуличній компанії. Участь медиків у вторинній психопрофілактиці зберігається впродовж усього періоду реабілітації, поступово зменшуючись, а роль психологів і педагогів, соціальних працівників, навпаки, зростає [1].

Зрозуміло, що метою вторинної психопрофілактики залишається також мета, яка ставилася перед первинною психопрофілактикою – виробити у хворих дітей та підлітків прагнення до здоров’я, до поведінки, що зберігає його.

Але психофізичні можливості неповнолітнього, що пройшов через період інтоксикації, знижені, тому він і по завершенні реабілітації, направленої на відновлення міжперсональних здорових стосунків і соціальної позиції, якийсь час буде знаходитися як під медичним, так і психологічним контролем. Важливо, щоб після лікування і реабілітації дитина чи підліток зберегли

розуміння необхідності цієї допомоги і такого контролю, а також, щоб таке розуміння було й у дорослих, котрі їх оточують

Реабілітаційні заходи, як метод вторинної психопрофілактики, потрібно проводити у “реабілітаційному просторі”, який включає роботу і з первинної психопрофілактики наркотизації і в цілому – з оздоровлення молоді. Він охоплює вулицю, місця скупчення безпритульних дітей, житловий сектор (неблагополучні родини), притулки, клуби, центри соціалізації. У цьому просторі дітям та підліткам надається як невідкладна, так і постійна психологічна, наркологічна й педагогічна допомога. Відповідні фахівці повинні ставити перед собою мету не тільки запобігти наркотизації та антисоціальній поведінці молоді, але й, можливо головне, – добитися повернення неповнолітніх у суспільство, родину, соціалізувати їх [3].

Лікарська допомога в період вторинної психопрофілактики повинна бути обмеженою. Достатньо застосування антидепресивних препаратів, адаптогенів, вітамінів, незамінних амінокислот. Залежно від психосоматичного статусу (збудливість, підвищена афективність, стомлюваність, особливо у поєднанні з розладами сну) вплив седативного чи активувального характеру вибирається з урахуванням індивідуальних особливостей особистості [4].

#### Література.

1. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // В кн.: Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). – М.: “Нолидж”, 2000. – С. 309-340.
2. Григорьев Г.И., Мизерене Р.В., Алуза К. и др. Отдаленные результаты лечения алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии // Вестник психотерапии. – 2004. – № 11 (16). – С. 17-22.
3. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002. – С. 222-244.
4. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – В 2-х томах. – Т. 2. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – С. 172-186, 290-307.

Місце та роль медицини в ХХІ ст. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 30-31 березня 2012 року).  
Одеса: ГО “Південна фундація меди-цини”, 2012. – С. 57-60.