

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК: 616.89-008.44-053.6:616.89-008.441.13:615.851:364.622

DOI: <https://doi.org/10.20998/ВМРР.2025.01.02.07>

**В. І. Пономарьов**

*Навчально-науковий медичний інститут національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», Харків, Україна.*

**КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ПІДЛІТКАМ ІЗ НЕСОЦІАЛІЗОВАНИМ РОЗЛАДОМ ПОВЕДІНКИ ТА ВЖИВАННЯМ ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ, ПСИХОСОЦІАЛЬНІ, МЕДИЧНІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ**

*Анотація*

*Вступ.* Поєднання несоціалізованого розладу поведінки та вживання летких органічних сполук (ЛОС) у підлітковому віці є складною клінічною проблемою, у якій агресивна або дисоціальна поведінка, імпульсивність, дефіцит соціальної компетентності, сімейна дисфункція, груповий вплив, адиктивна мотивація та токсичні наслідки вживання речовин взаємно посилюють одне одного. Такий стан не може бути ефективно скоригований лише дисциплінарними заходами, короточасною детоксикацією або ізольованою медикаментозною терапією. Він потребує інтегрованої, міждисциплінарної та розвитково орієнтованої допомоги.

*Мета.* Систематизувати сучасні підходи до комплексної допомоги підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та розладами, пов'язаними з вживанням ЛОС з урахуванням психотерапевтичних, психосоціальних, сімейних, медикаментозних, токсикологічних і реабілітаційних компонентів.

*Матеріали та методи.* Проведено нарративний огляд літературних джерел щодо терапії дизруптивних поведінкових і дисоціальних розладів, несоціалізованого розладу поведінки, делінквентної та агресивної поведінки, вживання інгалянтів і ЛОС, коморбідних психічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Проаналізовано історичні терапевтичні підходи, сучасні психосоціальні втручання, сімейні програми, когнітивно-поведінкові методики, мультисистемну терапію, функціональну сімейну терапію, психофармакологічні підходи та принципи реабілітації.

*Етичні аспекти.* Дослідження має аналітичний оглядовий характер і не передбачає залучення пацієнтів, використання персональних медичних даних, біологічного матеріалу або проведення будь-якого медичного втручання. Під час підготовки матеріалу дотримано принципів академічної доброчесності, коректного цитування та недопущення фальсифікації або штучного доповнення даних.

*Отримані результати.* Встановлено, що універсального клінічного стандарту для лікування саме поєднання несоціалізованого розладу поведінки та вживання ЛОС у підлітків не існує. Найбільш обґрунтованим є інтегрований підхід, що поєднує оцінку безпеки, медичну стабілізацію за потреби, психіатричну діагностику, роботу з мотивацією, психоосвіту, втручання для батьків, сімейну терапію, когнітивно-поведінкові методи, тренінги соціальних навичок, профілактику рецидиву, корекцію коморбідних станів і соціально-освітню реінтеграцію.

*Висновки.* Допомога підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та вживанням ЛОС має бути тривалою, поетапною, міждисциплінарною й персоналізованою. Історичні медикаментозні, детоксикаційні, фізіотерапевтичні та еферентні підходи доцільно розглядати критично, з позицій сучасної доказової медицини, безпеки дітей і підлітків та необхідності комплексної психосоціальної реабілітації.

**Ключові слова:** *психіатрія, дисоціальний розлад поведінки, підлітки, інгалянти, психотерапія, сімейна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, психосоціальна реабілітація, коморбідність.*

UDC: 616.89-008.44-053.6:616.89-008.441.13:615.851:364.622

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.07>

**V. Ponomaryov**

*Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute," Kharkiv, Ukraine.*

## **COMPREHENSIVE CARE FOR ADOLESCENTS WITH UNSOCIALIZED CONDUCT DISORDER AND USE OF VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS: PSYCHOTHERAPEUTIC, PSYCHOSOCIAL, MEDICAL, AND REHABILITATION APPROACHES**

### *Abstract*

*Introduction.* The combination of unsocialized conduct disorder and the use of volatile organic compounds (VOCs) in adolescence is a complex clinical problem in which aggressive or dissocial behavior, impulsivity, deficits in social competence, family dysfunction, peer group influence, addictive motivation, and the toxic consequences of substance use mutually reinforce one another. This condition cannot be effectively corrected solely through disciplinary measures, short-term detoxification, or isolated pharmacotherapy. It requires integrated, interdisciplinary, and developmentally oriented care.

*Purpose of the study.* To systematize current approaches to comprehensive care for adolescents with unsocialized conduct disorder and disorders related to VOC use, taking into account psychotherapeutic, psychosocial, family-based, pharmacological, toxicological, and rehabilitation components.

*Materials and Methods.* A narrative review of the literature was conducted on the treatment of disruptive behavior and dissocial disorders, unsocialized conduct disorder, delinquent and aggressive behavior, inhalant and VOC use, comorbid mental disorders, and substance use disorders. Historical therapeutic approaches, current psychosocial interventions, family-based programs, cognitive-behavioral techniques, multisystemic therapy, functional family therapy, psychopharmacological approaches, and principles of rehabilitation were analyzed.

*Ethics.* The study was analytical and review-based in nature and did not involve patients, the use of personal medical data, biological material, or any medical intervention. During preparation of the material, the principles of academic integrity, appropriate citation, and prevention of data falsification or artificial supplementation were observed.

*Results.* It was established that no universal clinical standard exists for the treatment of the specific combination of unsocialized conduct disorder and VOC use in adolescents. The most substantiated approach is an integrated model that combines safety assessment, medical stabilization when necessary, psychiatric diagnosis, motivational work, psychoeducation, parent-focused interventions, family therapy, cognitive-behavioral methods, social skills training, relapse prevention, correction of comorbid conditions, and social and educational reintegration.

*Conclusions.* Care for adolescents with unsocialized conduct disorder and VOC use should be long-term, staged, interdisciplinary, and personalized. Historical pharmacological, detoxification, physiotherapeutic, and efferent therapeutic approaches should be considered critically from the standpoint of current evidence-based medicine, the safety of children and adolescents, and the need for comprehensive psychosocial rehabilitation.

**Keywords:** *psychiatry, dissocial conduct disorder, adolescents, inhalants, psychotherapy, family therapy, cognitive-behavioral therapy, psychosocial rehabilitation, comorbidity.*

### **Вступ.**

Поєднання несоціалізованого розладу поведінки та вживання летких органічних сполук (ЛОС) у підлітковому віці є особливо складною клінічною ситуацією, тому що в ній одночасно присутні кілька взаємопов'язаних рівнів порушень. На поведінковому рівні можуть спостерігатися агресивність, імпульсивність, порушення правил, опозиційність, конфліктність, втечі, прогули, делінквентні вчинки, девіантні групові зв'язки та зниження відповідальності за наслідки власних дій. На психоемоційному рівні часто виявляються напруження, тривожність, дратівливість, знижений контроль афекту, депресивні переживання, сором, відчуженість, емоційна холодність або нестійкість. На соціальному рівні важливими є сімейна дисфункція, дефіцит підтримки, насильство або нехтування, шкільна дезадаптація, вплив однолітків і порушення просоціальної інтеграції.

Вживання ЛОС у такому контексті рідко є випадковим і нейтральним явищем. Воно може виконувати кілька функцій: зменшувати внутрішнє напруження, тимчасово приглушувати депресивні або тривожні переживання, посилювати відчуття належності до групи, демонструвати протест, підтримувати статус серед однолітків або давати короточасне відчуття контролю. Тому лікування, яке обмежується лише заборонаю або покаранням, не усуває механізмів, що підтримують вживання.

Водночас ЛОС мають безпосередній токсичний вплив. Їх інгаляційне вживання може спричиняти гостру інтоксикацію, порушення свідомості,

гіпоксію, аритмії, судоми, травми, асфіксію, токсичне ураження центральної нервової системи, печінки, нирок, серця й периферичної нервової системи. Отже, клінічна допомога має одночасно враховувати поведінковий, психіатричний, наркологічний, токсикологічний, сімейний і соціальний компоненти.

### **Мета дослідження.**

Систематизувати сучасні підходи до комплексної допомоги підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та розладами, пов'язаними з вживанням ЛОС з урахуванням психотерапевтичних, психосоціальних, сімейних, медикаментозних, токсикологічних і реабілітаційних компонентів.

### **Матеріали та методи.**

Ця стаття є нарративним оглядом літератури, присвяченої комплексній допомозі підліткам із поєднанням розладів поведінки та вживання ЛОС. До аналізу включено джерела, що висвітлюють сучасні підходи до лікування дизруптивних поведінкових і дисоціальних розладів, терапії делінквентної та антисоціальної поведінки, втручань для дітей і підлітків із агресивною поведінкою, лікування вживання інгалянтів і летких речовин, а також загальні принципи роботи з коморбідними психічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

Окрему увагу приділено критичному аналізу історичних підходів, які застосовувалися у вітчизняній та пострадянській психіатрично-наркологічній традиції: раціональній, груповій та сімейній психотерапії, тренінгам

соціальних навичок, медикаментозній корекції, детоксикаційним заходам, фізіотерапії, рефлексотерапії, еферентним методам і реабілітаційним програмам. Ці підходи розглянуто не як готовий сучасний стандарт, а як історичну основу, яку потрібно критично оновлювати відповідно до доказової медицини, сучасної дитячо-підліткової психіатрії та принципів безпеки.

### **Результати та обговорення.**

Сучасні огляди щодо лікування зловживання інгалянтами та леткими речовинами підкреслюють, що стандартизованого підходу до таких розладів досі немає, а фармакологічна та нефармакологічна доказова база залишається обмеженою [1]. У цьому контексті особливо важливо не переносити механічно схеми лікування інших залежностей на підлітків, які вживають леткі речовини, а будувати допомогу з урахуванням віку, типу речовини, психічного стану, сімейної ситуації та ризику повторного вживання.

Комплексна допомога підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та вживанням ЛОС має спиратися на кілька принципів: безпека, етапність, індивідуалізація, міждисциплінарність, розвиткова чутливість, сімейна включеність, тривалість і профілактика рецидиву. Ці принципи частково були описані ще в історичній наркологічній і психіатричній літературі, де наголошувалося на патогенетичній спрямованості, комплексності, диференційованості, безперервності та реабілітації. Проте сучасний підхід вимагає доповнити їх доказовістю, чіткою оцінкою ризиків, етичністю, мінімізацією стигми та активною участю сім'ї.

Перший етап завжди має стосуватися безпеки. Якщо підліток перебуває в стані гострої інтоксикації або є підозра на небезпечне вживання летких речовин, потрібно оцінити рівень свідомості, дихання, серцево-судинний стан, ризик аритмії, травми, судом, суїцидального ризику, психотичних симптомів і можливого поєднання з іншими речовинами. У таких випадках першочерговою є медична стабілізація, а не психотерапевтична бесіда. Лише після усунення гострої небезпеки можна переходити до психіатричної, психологічної та сімейної роботи.

Другий етап передбачає комплексну оцінку. Вона має включати уточнення характеру поведінкових порушень, віку їх початку, частоти та тяжкості агресивних або дисоціальних дій, наявності делінквентної поведінки, шкільної дезадаптації, сімейної ситуації, коморбідних психічних розладів і досвіду вживання інших психоактивних речовин. Потрібно визначити, чи є вживання летких речовин одноразовим експериментом, епізодичною груповою поведінкою, повторюваним шкідливим вживанням або частиною залежної траєкторії.

Третій етап – формування індивідуального плану допомоги. Він має бути реалістичним, поетапним і зрозумілим для підлітка та сім'ї. Якщо план складається лише з вимог «припинити», «слухатися» і «не спілкуватися», він навряд чи буде ефективним. Потрібно визначити, що саме підтримує поведінку: імпульсивність, груповий тиск, сімейний конфлікт, депресивний стан, травматичні переживання, шкільна ізоляція, відсутність дозвілля, пошук ризику або доступність речовин.

Психоосвіта є необхідною частиною допомоги, але вона не повинна зводитися до лекції про шкоду. Її завдання – пояснити підлітку, батькам і педагогам, як взаємопов'язані поведінкові порушення, емоційна регуляція, груповий тиск, вживання речовин і сімейне середовище. Підліток має зрозуміти не тільки «це небезпечно», а й чому саме небезпечно: леткі речовини можуть спричинити гіпоксію, порушення серцевого ритму, раптову смерть, токсичне ураження мозку, погіршення пам'яті, уваги, навчання й контролю поведінки.

Для батьків психоосвіта має інший акцент. Їм потрібно пояснити, що поведінка підлітка не є лише «поганим характером» або «зіпсованістю», але й не повинна повністю знімати з нього відповідальність. Ефективна допомога поєднує межі та підтримку. Надмірна жорсткість, хаотичні покарання, приниження, фізичне насильство або повне потурання однаково можуть підтримувати патологічне коло.

Для педагогів важливо пояснити, що різке погіршення навчання, прогули, конфліктність, сонливість, запах хімічних речовин, сліди клею або фарби, некоординованість, зміна групи спілкування чи раптова соціальна ізоляція мають бути приводом не лише для дисциплінарної реакції, а й для оцінки безпеки та направлення до фахівців.

Одна з найскладніших проблем у роботі з підлітками – низька мотивація до лікування. Підліток може не визнавати проблему, применшувати ризик, заперечувати повторне вживання, перекладати відповідальність на друзів або дорослих, сприймати допомогу як

покарання. У такій ситуації прямий тиск часто посилює опір.

Мотиваційна робота має будуватися не на залякуванні, а на дослідженні суперечностей. Підлітку можна допомогти побачити, що його поведінка одночасно щось дає й щось забирає: дає належність до групи, тимчасове полегшення або відчуття сили, але забирає здоров'я, свободу, довіру, можливість навчання, стосунки, спорт, професійні перспективи. Такий підхід дозволяє поступово зміщувати фокус із зовнішнього примусу до внутрішнього вибору.

Особливо важливо не принижувати підлітка. Сором і стигма можуть не зменшувати ризик, а навпаки, посилювати його, оскільки підліток повертається до групи, де його приймають, навіть якщо ця група підтримує небезпечну поведінку. Тому мотиваційна робота має бути наполегливою, але не руйнівною.

В свою чергу, сімейний компонент є одним із центральних у допомозі підліткам із розладами поведінки. Навіть якщо підліток демонструє зовнішню незалежність, сімейне середовище залишається важливим джерелом ризику або захисту. У сім'ях із хаотичними правилами, насильством, емоційним нехтуванням, залежністю в батьків, частими конфліктами або відсутністю нагляду ризик повторного вживання й поведінкової дезадаптації зростає.

Робота з батьками має включати формування послідовних правил, передбачуваних наслідків, ненасильницької дисципліни, контролю доступу до небезпечних речовин, моніторингу кола спілкування та підтримки просоціальної активності.

Водночас важливо не звести сімейну роботу лише до контролю. Підліток потребує не тільки обмежень, а й відновлення довіри, емоційної доступності дорослого, визнання його труднощів і спільного пошуку альтернатив.

Сучасні дані підтверджують значення батьківських і сімейних втручань у роботі з дизруптивною та делінквентною поведінкою. Мережевий метааналіз компонентів батьківських програм показує, що окремі складові роботи з батьками можуть бути ефективними щодо зменшення дизруптивної та делінквентної поведінки в дитячому й ранньому підлітковому віці [2]. Це важливо, оскільки саме батьки часто є тими дорослими, які можуть щоденно підтримувати зміни або, навпаки, несвідомо підкріплювати проблемну поведінку.

Слід відзначити, що когнітивно-поведінкові підходи є важливим компонентом допомоги при агресивній, імпульсивній і ризикованій поведінці. Їхня мета полягає не лише в тому, щоб підліток «знав правила», а в тому, щоб він навчився розпізнавати ситуації ризику, зупиняти імпульсивну реакцію, аналізувати наслідки, коригувати ворожі інтерпретації та використовувати альтернативні способи поведінки.

У підлітків із несоціалізованим розладом поведінки часто виявляється дефіцит соціального сприйняття. Нейтральні дії інших вони можуть тлумачити як ворожі; зауваження – як приниження; відмову – як напад; критику – як загрозу статусу. Така «ворожа атрибуція» посилює агресивні реакції. Тому психотерапевтична робота має включати навчання розпізнаванню

емоцій, перевірці припущень, пошуку альтернативних пояснень і зниженню автоматичної агресивної відповіді.

Когнітивно-поведінкові втручання також важливі для профілактики повторного вживання легких речовин. Підліток має навчитися розпізнавати тригери: компанію, місце, емоційні стани, конфлікти, нудьгу, доступність речовини, пропозиції однолітків. Далі формується план дій: як відмовитися, куди піти, кому зателефонувати, чим замінити небезпечну поведінку, як пережити напруження без вживання.

Слід вказати, що для несоціалізованого розладу поведінки особливо важливим є дефіцит соціальної взаємності. Підліток може не мати стабільних дружніх стосунків, не вміти підтримувати контакт, домовлятися, просити про допомогу, приймати відмову, вибачатися, відновлювати стосунки після конфлікту або відмовлятися від небезпечної пропозиції. Тому тренінги соціальних навичок мають не допоміжне, а центральне значення.

Такі тренінги можуть включати рольові ігри, моделювання конфліктних ситуацій, навчання невербальній комунікації, роботу з емоціями, тренування відмови, переговорів, вирішення проблем, безпечного самоствердження та співпраці. Важливо, щоб навички не залишалися лише в кабінеті фахівця. Їх потрібно переносити в реальне життя: школу, сім'ю, спортивну секцію, групу однолітків.

У існуючій літературі подібні підходи описувалися як тренінги соціальної компетентності, тренінги контролю гніву, тренінги вирішення проблем, тренінги комунікативних здібностей.

Їхня логіка залишається актуальною, але сучасна практика вимагає структурованості, оцінки ефективності, розвитку мотивації та адаптації до віку, когнітивних можливостей і клінічного профілю підлітка.

У тяжких випадках, коли поведінкові порушення поєднуються з делінквентністю, груповою девіацією, повторним вживанням речовин, правопорушеннями або високим ризиком вилучення із сім'ї, індивідуальної терапії зазвичай недостатньо. У таких ситуаціях необхідні втручання, які працюють одночасно з кількома системами: підлітком, сім'єю, школою, однолітками, соціальними службами й, за потреби, ювенальною юстицією.

Мультисистемна терапія та функціональна сімейна терапія належать до найбільш відомих підходів для підлітків із делінквентною й антисоціальною поведінкою. Вони спрямовані не лише на симптоми, а й на середовище, у якому ці симптоми підтримуються. Систематичний огляд і метааналіз 2025 року, що оцінював мультисистемну та функціональну сімейну терапію для підліткової делінквентної й антисоціальної поведінки, показав, що доказовість таких втручань є складнішою, ніж часто вказували окремі центри обміну інформацією: для мультисистемної терапії виявлено ймовірний клінічно значущий ефект щодо зменшення часу перебування поза домом, але не щодо всіх основних результатів; для функціональної сімейної терапії можливі ефекти щодо нових правопорушень, часу поза домом і вживання речовин, проте сила доказів була низькою [4]. Це важливе

уточнення: сімейні й системні втручання потрібні, але їх слід оцінювати критично, без перебільшення універсальної ефективності.

Такий висновок має практичне значення. Не існує однієї програми, яка однаково ефективна для всіх підлітків. Якщо в одній родині головним чинником є хаотичне виховання, потрібна робота з батьківськими навичками. Якщо в іншій – криміналізована група однолітків, потрібно змінювати соціальне оточення. Якщо третій підліток має виражену депресію або травматичний досвід, без психіатричної та психотерапевтичної допомоги сімейна робота буде недостатньою.

В свою чергу, досить дискусійним питанням є медична стабілізація та токсикологічний компонент. При вживанні ЛОС не можна починати допомогу лише з психотерапії. Якщо є гостра інтоксикація, підліток потребує медичної оцінки. Необхідно контролювати дихання, серцевий ритм, артеріальний тиск, рівень свідомості, неврологічний статус, ризик аспірації, травм, судом, порушень ритму, гіпоксії та поєданого вживання речовин.

Лікування гострого стану переважно має підтримувальний характер і залежить від клінічної ситуації. У разі тяжкого отруєння може знадобитися невідкладна допомога, спостереження, киснева підтримка, корекція порушень ритму, судом, дихальних або гемодинамічних розладів. Важливо уникати спрощеної логіки «детоксикації» як універсального лікування. Після гострої стабілізації головна проблема не зникає, оскільки поведінкові, сімейні та психологічні чинники ризику залишаються.

Сучасний огляд лікування зловживання інгалянтами та леткими речовинами підкреслює, що нині немає затверджених фармакотерапевтичних підходів для розладів, пов'язаних із вживанням інгалянтів, а нефармакологічні дослідження також обмежені [1]. Тому медичний компонент допомоги має бути чітко прив'язаний до гострих і коморбідних станів, а довготривала профілактика рецидиву повинна спиратися на психосоціальну, сімейну та реабілітаційну роботу.

Медикаментозна терапія при поєднанні розладу поведінки та вживання ЛОС не є універсальним методом. Вона може бути доцільною, якщо є чіткі клінічні показання: коморбідний синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, депресивний розлад, тривожний розлад, тяжка імпульсивність, агресивність із високим ризиком, психотичні симптоми, порушення сну, судомний ризик, гострі токсичні або абстинентні ускладнення. Призначення ліків без діагностичної ясності може маскувати проблему, посилювати небажані ефекти або створювати хибне враження, що поведінкові та сімейні чинники можна «вилікувати таблеткою».

Систематичний огляд і мережевий метааналіз психофармакологічного лікування дизруптивної поведінки у молоді показали, що фармакотерапія може впливати на окремі симптоми, проте її застосування має бути обережним, симптомно орієнтованим і не повинно замінювати психосоціальні втручання [4]. Автори включили 55 рандомізованих клінічних досліджень, що дає підстави розглядати медикаментозну терапію як частину ширшої

стратегії, а не як основну відповідь на складну поведінкову проблему.

У підлітків, які вживають ЛОС, особливо важливо враховувати токсичне навантаження, можливі ураження печінки, серцево-судинної системи, неврологічні прояви, ризик поєданого вживання та низьку прихильність до лікування. Тому будь-яка медикаментозна корекція має супроводжуватися клінічним моніторингом, поясненням родині, оцінкою ризику зловживання препаратами та поєднанням із психотерапевтичною й сімейною роботою.

У існуючій «історичній» наркологічній літературі значну увагу приділяли детоксикаційній терапії, вітамінотерапії, ентеросорбції, інфузійним розчинам, антиконвульсантам, нейролептикам, антидепресантам, ноотропам, рефлексотерапії, лазерним методам, еферентній терапії, гіпербаричній оксигенації, КВЧ-терапії та іншим фізичним методам. Частина цих підходів описувалася як патогенетично обґрунтована з огляду на токсичну природу летких речовин.

Однак, багато з них не мають достатньої сучасної доказової бази, особливо для дитячо-підліткової популяції. Частина даних походить із невеликих клінічних спостережень, локальних шкіл, неконтрольованих досліджень або історичних терапевтичних традицій. Це не означає, що весь цей досвід слід ігнорувати, але він потребує критичного перегляду.

Правильна позиція полягає в тому, щоб розмежовувати невідкладну медичну допомогу при отруєнні, підтримувальну

терапію при соматоневрологічних наслідках і довготривале лікування адиктивної та поведінкової проблеми. Детоксикація може бути потрібною при гострому стані, але вона не лікує розлад поведінки, сімейну дисфункцію, групову залежність або психологічну функцію вживання. Фізіотерапевтичні й еферентні методи можуть описуватися як історично запропоновані, але не як центральний сучасний стандарт допомоги без достатніх доказів ефективності та безпеки.

Слід вказати, що разом із фармакотерапією досить ефективно працює психотерапія залежної поведінки. Психотерапія підлітків із вживанням ЛОС має бути спрямована не лише на припинення вживання, а й на розуміння його функції. Для одного підлітка вживання може бути способом належати до групи; для іншого – засобом подолання депресивного стану; для третього – формою протесту; для четвертого – реакцією на насильство або хронічний стрес; для п'ятого – частиною загального ризикованого стилю поведінки.

Терапія має допомогти підлітку знайти інші способи отримати те, що він намагається отримати через речовину: прийняття, зниження напруги, відчуття контролю, самоствердження, втечу від болю або належності. Якщо ці потреби залишаються без відповіді, ризик рецидиву зберігається навіть після короточасного припинення вживання.

У психотерапії важливо працювати з емоційною регуляцією, імпульсивністю, травматичними переживаннями, самооцінкою, навичками відмови, планом безпеки, майбутніми цілями та соціальним оточенням. У частини підлітків

доцільними можуть бути індивідуальна психотерапія, групові програми, сімейна терапія, мотиваційне інтерв'ювання, когнітивно-поведінкова терапія або поєднання цих методів.

В свою чергу, може бути корисною групова робота з підлітками, оскільки дозволяє тренувати соціальні навички, отримувати зворотний зв'язок, бачити альтернативні моделі поведінки та зменшувати відчуття ізоляції. Однак при делінквентній поведінці та вживанні речовин групова терапія має ризики. Якщо група сформована неправильно, вона може не зменшувати, а посилювати девіантні зв'язки, створювати нові контакти для вживання або підкріплювати антисоціальну ідентичність.

Тому групові програми повинні мати чітку структуру, правила, професійне ведення, контроль ризиків і добір учасників. Важливо, щоб група не була місцем обміну «досвідом вживання», а ставала середовищем формування альтернативних навичок: саморегуляції, вирішення конфліктів, відмови, планування майбутнього, співпраці, здорової комунікації.

Слід також вказати, що без соціальної реінтеграції лікування залишається неповним. Підліток може пройти медичну стабілізацію, отримати кілька консультацій і навіть тимчасово припинити вживання, але якщо він повертається в те саме середовище без змін – із конфліктами, прогулами, ізоляцією, девіантною групою й відсутністю дорослої підтримки – ризик рецидиву залишається високим.

Шкільна реінтеграція має включати відновлення навчального маршруту, роботу з пропусками, адаптацію навантаження,

взаємодію з класним керівником або психологом, профілактику стигматизації та булінгу. Якщо звичайне шкільне середовище стало джерелом постійного конфлікту, потрібно розглядати альтернативні освітні рішення, але не як покарання, а як частину реабілітаційного плану.

Соціальна реінтеграція включає залучення підлітка до структурованого дозвілля, спорту, творчості, волонтерства, професійної орієнтації, безпечних груп однолітків. Підліток має отримати не лише заборону на стару поведінку, а й реальну альтернативу. Без альтернативи девіантна група часто залишається єдиним місцем, де він почуватиметься прийнятним.

Профілактика повторного вживання ЛОС і повторних поведінкових зривів має бути конкретною. Підліток і сім'я повинні знати, які ситуації є ризиковими, які ознаки свідчать про наближення зриву, що робити при напруженні, до кого звертатися, як обмежити доступ до речовин, які місця й компанії варто уникати, як реагувати на пропозицію вживання.

План профілактики рецидиву має включати кілька рівнів: індивідуальний, сімейний, соціальний і медичний. На індивідуальному рівні це навички саморегуляції та відмови. На сімейному – контроль, підтримка, стабільні правила. На соціальному – безпечна зайнятість і зміна ризикового оточення. На медичному – повторні консультації, моніторинг коморбідних станів і швидке реагування на погіршення.

Рецидив не повинен автоматично розглядатися як «провал». У підлітковій адиктивній поведінці повторні епізоди

можливі, і важливо використовувати їх як матеріал для аналізу: що стало тригером, який етап плану не спрацював, чого не вистачило, яку підтримку потрібно посилити. Такий підхід зменшує сором і підвищує шанс на подальшу співпрацю.

Слід відзначити також і коморбідність при даній патології. Коморбідність визначає не лише прогноз, а й маршрут допомоги. Якщо в підлітка є синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, потрібно працювати з імпульсивністю, увагою, організацією поведінки та, за показаннями, медикаментозною терапією. Якщо є депресія, необхідна оцінка суїцидального ризику, психотерапія та, за показаннями, фармакотерапія. Якщо є травматичний досвід, потрібен травма-інформований підхід. Якщо є психотичноподібні симптоми після інтоксикації або незалежно від неї, необхідна психіатрична оцінка.

Сучасні огляди щодо взаємозв'язку вживання психоактивних речовин і психічних розладів підкреслюють, що такі стани часто взаємно підтримують один одного, а тому потребують інтегрованого, а не послідовно розділеного лікування [5]. Це особливо актуально для підлітків, у яких межа між поведінковою проблемою, емоційним розладом, травматичною реакцією і вживанням речовин часто є нечіткою.

Сучасна доказова база щодо психосоціальних втручань при дизруптивній поведінці свідчить про користь багатокомпонентних програм і втручань, орієнтованих на батьків. Метааналіз психосоціальних втручань для дітей і підлітків із дизруптивною поведінкою показав, що багатокомпонентні

та батьківські втручання можуть бути ефективнішими за звичайне ведення або очікування щодо зменшення поведінкових проблем, хоча довгострокові результати та дані саме для підлітків залишаються обмеженими [6]. Це важлива обережність: ми маємо достатньо підстав використовувати психосоціальні підходи, але повинні чесно визнавати, що ефективність залежить від віку, контексту, якості реалізації та тяжкості випадку.

Для практики це означає, що допомога має бути не формальною, а якісно реалізованою. Недостатньо сказати, що «проведено психотерапію» або «проведено роботу з батьками». Потрібно оцінювати, чи змінилися конкретні навички, сімейні правила, рівень нагляду, доступ до речовин, коло спілкування, шкільна ситуація, емоційна регуляція та мотивація підлітка.

Не слід забувати й про етичні аспекти допомоги. Робота з підлітками, які мають розлади поведінки й вживають ЛОС, часто відбувається на межі добровільності, батьківського контролю, шкільного тиску, медичної необхідності та інколи юридичних наслідків. Тому етичні аспекти є принциповими. Підлітка потрібно залучати до ухвалення рішень настільки, наскільки це можливо відповідно до його віку, стану та рівня ризику. Йому потрібно пояснювати мету втручання, межі конфіденційності, роль батьків і причини обмежень.

Водночас безпека має пріоритет. Якщо є ризик тяжкої інтоксикації, самопошкодження, насильства, експлуатації або небезпечного середовища, фахівці мають діяти відповідно до медичних, правових і етичних норм захисту дитини. Однак навіть

у таких ситуаціях важливо уникати приниження, стигматизації та мови, яка остаточно закріплює за підлітком ідентичність «токсикомана», «злочинця» або «безнадійного».

Таким чином, комплексна допомога підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та вживанням ЛОС має бути побудована не як одноразове лікування, а як тривалий маршрут. У цьому маршруті є кілька взаємопов'язаних етапів: оцінка гострої безпеки, медична стабілізація за потреби, психіатрична діагностика, аналіз поведінкової структури, оцінка сім'ї, робота з мотивацією, психотерапія, сімейне втручання, шкільна та соціальна реінтеграція, профілактика рецидиву й довготривале спостереження.

Історичні терапевтичні підходи мали сильну сторону: вони наголошували на комплексності, етапності, тривалості, диференційованості та реабілітації. Проте їхня слабкість полягала в недостатній доказовості багатьох методів, надмірній біологізації адиктивної поведінки, обмеженій увазі до сімейної системи, травматичного досвіду, мотивації та коморбідності. Сучасний підхід має не відкидати історичний досвід повністю, а переосмислювати його критично.

Найбільш продуктивною є інтегрована модель. Вона не протиставляє психотерапію медикаментозному лікуванню, сімейну терапію – наркологічній допомозі, соціальну роботу – психіатрії. Вона поєднує ці компоненти відповідно до конкретного випадку. Якщо є гостра інтоксикація – потрібна медична допомога. Якщо є розлад поведінки – потрібна поведінкова, сімейна та соціальна

робота. Якщо є депресія або тривога – потрібна психіатрична й психотерапевтична допомога. Якщо є девіантна група – потрібна зміна соціального маршруту. Якщо є сімейна дисфункція – потрібна робота з батьками.

Важливо також не переоцінювати жоден метод. Мультисистемна терапія, функціональна сімейна терапія, когнітивно-поведінкові методи, медикаментозна корекція, психоосвіта чи реабілітаційні програми можуть бути корисними, але вони не є універсальними. Їх ефективність залежить від точності діагностики, якості реалізації, мотивації, сімейного залучення, соціального контексту та наявності коморбідних станів.

Таким чином, сучасна допомога підліткам із поєднанням розладу поведінки та вживання ЛОС має бути не каральною, не формальною й не суто медикаментозною. Вона має бути клінічно точною, доказово обґрунтованою, сімейно орієнтованою, соціально реалістичною та розвитково чутливою.

### **Висновки.**

1. Поєднання несоціалізованого розладу поведінки та вживання ЛОС у підлітковому віці слід розглядати як складний багаторівневий клінічний феномен, у якому поведінкова дезадаптація, емоційна нестабільність, адиктивна мотивація, токсичний вплив речовин, сімейні порушення та соціальне неблагополуччя взаємно підсилюють одне одного. Такий стан не може бути пояснений лише «поганою поведінкою», браком дисципліни або слабкістю волі. Він потребує уважного клінічного аналізу,

оскільки за зовнішніми проявами агресивності, опозиційності чи ризикованого вживання речовин часто стоять глибші порушення саморегуляції, соціальної взаємності, сімейної підтримки та психічного здоров'я.

2. Допомога таким підліткам має починатися з оцінки безпеки та гострих ризиків. Насамперед необхідно виключити або своєчасно виявити гостру інтоксикацію, порушення свідомості, дихальні та серцево-судинні ускладнення, судомні стани, травми, психотичноподібні прояви, суїцидальний ризик і можливе поєднане вживання інших психоактивних речовин. Лише після медичної стабілізації доцільно переходити до поглибленої психіатричної, наркологічної, психологічної, сімейної та соціальної оцінки.

3. Оскільки універсального стандарту лікування саме поєднання несоціалізованого розладу поведінки та вживання ЛОС не існує, найбільш виправданою є персоналізована міждисциплінарна модель допомоги. Вона має враховувати вік підлітка, тривалість і характер поведінкових порушень, вид і частоту вживання речовин, наявність коморбідних психічних розладів, сімейну ситуацію, шкільну адаптацію, коло спілкування, рівень мотивації та доступні ресурси підтримки. Такий підхід дає змогу не обмежуватися формальним припиненням вживання, а працювати з причинами, які підтримують ризиковану поведінку.

4. Центральне місце в допомозі має займати психоосвіта, спрямована не лише на підлітка, а й на його батьків, педагогів та інших дорослих, залучених

до супроводу. Підлітку необхідно зрозуміло пояснити токсичну небезпеку ЛОС, їхній вплив на мозок, поведінку, навчання, пам'ять, самоконтроль і соматичне здоров'я. Батькам і педагогам важливо надати знання про ознаки вживання, механізми поведінкової дезадаптації, значення стабільних меж, підтримки, нагляду та своєчасного звернення по фахову допомогу.

5. Робота з мотивацією є однією з ключових умов ефективного втручання. Підлітки часто заперечують проблему, применшують небезпеку, сприймають допомогу як покарання або захищають зв'язок із ризиковою групою. Тому фахова робота має бути побудована не на залякуванні чи приниженні, а на поступовому формуванні усвідомлення наслідків, виявленні особисто значущих цілей, обговоренні втрат і ризиків, а також пошуку безпечних альтернатив небезпечній поведінці.

6. Сімейні втручання мають принципове значення, оскільки саме сім'я може бути як джерелом дестабілізації, так і найважливішим ресурсом відновлення. Ефективна допомога передбачає роботу з батьківськими навичками, послідовністю правил, ненасильницькою дисципліною, емоційною доступністю, контролем доступу до небезпечних речовин, моніторингом кола спілкування та підтримкою просоціальної активності підлітка. Без залучення сім'ї навіть якісна індивідуальна робота часто має обмежений і нестійкий результат.

7. Психотерапевтична допомога має бути спрямована на корекцію тих механізмів, які підтримують поведінкові порушення та повторне вживання речовин. Когнітивно-поведінкові

підходи доцільні для роботи з імпульсивністю, агресивними реакціями, ворожими інтерпретаціями, ризиковими ситуаціями, груповим тиском і профілактикою повторного вживання. Водночас тренінги соціальних навичок мають особливу цінність при несоціалізованому розладі поведінки, оскільки допомагають підлітку формувати більш стійкі, безпечні та взаємні стосунки з однолітками.

8. Медикаментозна терапія може застосовуватися лише за чіткими клінічними показаннями: при коморбідних депресивних, тривожних, психотичних, нейророзвиткових або тяжких імпульсивно-агресивних станах, а також у разі гострих токсичних чи соматоневрологічних ускладнень. Вона не повинна розглядатися як самодостатня відповідь на розлад поведінки або вживання легких речовин. Її місце – у складі комплексного маршруту, де провідними залишаються психосоціальні, сімейні та реабілітаційні втручання.

9. Історично описані детоксикаційні, фізіотерапевтичні, рефлексотерапевтичні та еферентні методи доцільно подавати обережно й критично. Вони можуть мати значення як частина історії розвитку наркологічної допомоги або як допоміжні підходи в окремих клінічних ситуаціях, однак не можуть замінювати сучасну доказову оцінку ефективності, безпеки та доцільності застосування в дитячо-підлітковій популяції. Особливо важливо не підміняти ними психотерапевтичну, сімейну та соціальну роботу.

10. Стійкий результат можливий лише за умови шкільної та соціальної

реінтеграції підлітка. Після медичної стабілізації та початкової психокорекційної роботи необхідно відновлювати освітній маршрут, зменшувати вплив девіантного оточення, формувати безпечне дозвілля, залучати підлітка до просоціальних груп, спорту, творчості або професійно орієнтованої діяльності. Без зміни середовища ризик повторного вживання і повернення до деструктивної поведінки залишається високим.

11. Профілактика рецидиву має бути конкретною, зрозумілою та практичною. Вона повинна включати індивідуальний план безпеки, розпізнавання тригерів, відпрацювання навичок відмови, обмеження доступу до летких речовин, зміну ризикового кола спілкування, регулярне спостереження та визначення дорослих, до яких підліток може звернутися у кризовій ситуації. Рецидив не слід сприймати лише як «провал», оскільки він може бути підставою для перегляду плану допомоги та посилення

підтримки.

12. Найбільш обґрунтованою є інтегрована біопсихосоціальна модель допомоги, яка поєднує медичну безпеку, психіатричну діагностику, психологічну корекцію, сімейну терапію, освітню підтримку, соціальну реабілітацію та профілактику повторного вживання. Саме така модель дозволяє працювати не лише з окремим симптомом, а з усією системою чинників, що формують і підтримують небезпечну поведінку підлітка.

### **Фінансування та конфлікт інтересів.**

Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

### **Політика використання ІІІ та технологій з підтримкою ІІІ.**

Інструменти ІІІ при підготовці цієї роботи не використовувались.

---

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Lail G., Cornelio V. C., Go K., Kaur K., Slowik P. Treatments for Inhalant and Volatile Substance Misuse: A Scoping Review. *Cureus*. 2025. Vol. 17, issue 7. Article e89170. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.89170>. PMID: 40755598. PMCID: PMC12313550.
2. Tehrani H. D., Yamini S., Vazsonyi A. T. The effectiveness of parenting program components on disruptive and delinquent behaviors during early and middle childhood: A component network meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 2024. Vol. 20, issue 3. P. 843–881. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11292-023-09562-0>
3. Hunkin H., Malvaso C. G., Chittleborough C. R. et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy Targeting Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2025. Vol. 64, issue 4. P. 427–446. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.10.008>. PMID: 39428056.
4. Seok J. W., Soltis-Vaughan B., Lew B. J. et al. Psychopharmacological treatment of disruptive behavior in youths: systematic review and network meta-analysis. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. Article 6921. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33979-2>

5. Bahji A. Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 13, issue 4. Article 999. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13040999>. PMID: 38398311. PMCID: PMC10889170.

6. Selph S. S., Brodt E., Dana T. et al. Psychosocial Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2026. Vol. 157, issue 2. Article e2025072476. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2025-072476>. PMID: 41525996.

Надійшла до редакції 19.03.2025

Прийнята до опублікування 29.04.2025

### Інформація про авторів (Information about the authors)

**Пономарьов Володимир Іванович**, доктор медичних наук, професор, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», директор; Харків, Україна.

**Ponomaryov Volodymyr**, Doctor of Medical Sciences. Professor, Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Director; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: [v.i.ponomariov@ukr.net](mailto:v.i.ponomariov@ukr.net)

<http://orcid.org/0000-0003-2513-3187> A, B, C, D, E, F

- 
- A** – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design)  
**B** – Збір та аналіз даних (Data collection and analysis)  
**C** – Відповідальність за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis)  
**D** – Написання статті (Writing the article)  
**E** – Критичний огляд статті (Critical review)  
**F** – Остаточне затвердження статті (Final approval of the article)
- 

#### Відповідальний автор:

Пономарьов Володимир Іванович, доктор медичних наук, професор, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», директор.

✉ Україна, 61022, м. Харків, вул. Григорія Сковороди, 19/1.

E-mail: [alex\\_mischenko1976@ukr.net](mailto:alex_mischenko1976@ukr.net)

<p><b>Цитування:</b> Пономарьов В. І. Комплексна допомога підліткам із несоціалізованим розладом поведінки та вживанням легких органічних сполук: психотерапевтичні, психосоціальні, медичні та реабілітаційні підходи. <i>Вісник медицини, психології та фармації</i>. 2025. № 1-2 (3-4). С. 89–103. doi: <a href="https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.02.07">https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.02.07</a></p>
--