

Міністерство освіти та науки України
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра соціальної педагогіки та соціальної роботи

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД
ПАР В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ**

студентки VI курсу
групи СРм-1-24-1.4з
другого (магістерського) рівня вищої
освіти

Гайдаманчук Поліни Сергіївни

Науковий керівник:

Дуля Аліна Володимирівна,
доктор філософії за спеціальністю 231
«Соціальна робота», старший викладач
кафедри

АНОТАЦІЯ

Гайдаманчук П.С. Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційної установи. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Магістерська робота за спеціальністю 231 «Соціальна робота» за освітньою програмою 231.00.01 «Соціальна робота». – Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка, Київ, 2025.

У науковій роботі здійснено всебічний аналіз соціально-психологічних особливостей осіб із залежністю від ПАР. Розкрито зміст, напрями соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Проаналізовано моделі та програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Емпірично досліджено проблеми та потреби осіб із залежністю від ПАР та визначено стан здійснення соціальної реабілітації даної групи отримувачів соціальних послуг в умовах Міжнародної Антинаркотичної Асоціації. Розроблено методичну програму соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР для поліпшення соціальної адаптації та зниження рівня рецидивів серед пацієнтів в умовах реабілітаційних установ та здійснено її експертне оцінювання.

Ключові слова: *соціальна реабілітація; психоактивні речовини; залежність від ПАР; особи із залежністю від ПАР; реабілітаційні установи.*

SUMMARY

Haidamanchuk P.S. Social and pedagogical support of families in which a person with a disability is raised in the conditions of public associations. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Master's thesis in the specialty 231 «Social work» under the educational program 231.00.01 «Social work». – Faculty of Psychology, Social Work and Special Education of the Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, 2025.

The scientific work carried out a comprehensive analysis of the socio-psychological characteristics of people with addiction to benzodiazepines. The content

and directions of social rehabilitation of people with addiction to benzodiazepines were revealed. Models and programs of social rehabilitation of people with addiction to benzodiazepines were analyzed. The problems and needs of people with addiction to benzodiazepines were empirically investigated and the state of social rehabilitation of this group of recipients of social services was determined in the conditions of the International Anti-Drug Association. A methodological program of social rehabilitation of people with addiction to benzodiazepines was developed to improve social adaptation and reduce the level of relapse among patients in rehabilitation institutions and its expert evaluation was carried out.

Keywords: social rehabilitation; psychoactive substances; addiction to psychoactive substances; people with addiction to psychoactive substances; rehabilitation institutions.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР	10
1.1. Соціально-психологічний портрет осіб із залежністю від ПАР	10
1.2. Зміст та напрями соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР	23
1.3. Моделі та програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР у діяльності реабілітаційних центрів	36
Висновки до першого розділу	47
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ	50
2.1. Стан надання соціальної реабілітації особам із залежністю від ПАР в умовах Міжнародної Антинаркотичної Асоціації	50
2.2. Аналіз потреб і проблем осіб із залежністю від ПАР	64
2.3. Розроблення і експертне оцінювання методичної програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційної установи	71
Висновки до другого розділу	76
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена низкою важливих соціальних, медичних та психологічних аспектів, які мають безпосередній вплив на здоров'я, благополуччя та інтеграцію осіб, що страждають від цієї хвороби. Проблема залежності від ПАР є однією найскладніших і найтриваліших у сучасному суспільстві, що вимагає комплексного підходу до лікування та реабілітації, оскільки вона охоплює не тільки фізичну залежність, але й психічні, соціальні та правові труднощі, з якими стикаються ці особи.

Залежність від ПАР стає все більш поширеною проблемою, що має серйозні наслідки не лише для здоров'я осіб, але й для їхніх родин, соціального середовища, економічної стабільності країни та системи охорони здоров'я загалом. У зв'язку з цим, питання ефективності соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР є надзвичайно важливим для формування та реалізації національних стратегій, спрямованих на зниження рівня наркотичної залежності, збереження соціальної стабільності та підтримку здоров'я нації.

В умовах реабілітаційних установ соціальна реабілітація включає не лише медичне лікування та детоксикацію, але й психологічну, соціальну, юридичну допомогу, спрямовану на відновлення функціонування особистості в соціумі. Така реабілітація вимагає розробки інноваційних методів і форм роботи, які відповідають потребам кожної окремої особи, враховуючи її індивідуальні характеристики, рівень мотивації та соціальне середовище. Оскільки соціальна реабілітація сприяє інтеграції пацієнтів у суспільство, поверненню до нормального способу життя та працевлаштуванню, її ефективність значною мірою визначається взаємодією між медичними працівниками, психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями.

Дослідженням даного питання займалися багато вчених. Зокрема О. Азарова, М. Варій, Н. Бугайова, Г. Гавриловська, О. Кочарян, М. Антонович досліджували теоретико-методологічні засади та психологічну природу

залежності. Л. Бегеза, В. Бегезамчук, П. Козира, М. Мілушина, О. Луценко вивчали вплив сімейного середовища та міжособистісних взаємин на адиктивну поведінку та можливості сімейної терапії. Т. Боровика, Л. Головач, О. Єгорова, О. Дерев'янка, О. Корнієнко, В. Лютий, В. Петрович, Т. Лях, А. Спірін, В. Жуков розглядали форми та методи соціально-педагогічної профілактики та реабілітаційні програми для підлітків і молоді. Б. Іваненко, Т. Кириленко, Л. Корсун вивчали механізми саморегуляції, психологічні реакції на травмуючі ситуації та шляхи психологічного відновлення залежних. Д. Віланд, Г. Овербейк аналізували взаємодію генетичних і середовищних чинників у виникненні адиктивної поведінки. Н. Курділь, О. Козярук досліджували медико-правові та токсикологічні аспекти вживання психоактивних речовин. Л. Литвинчук зосереджувалася на психологічних механізмах формування та подолання наркотичної залежності. В. Лисенюк досліджував понятійно-категоріальний апарат реабілітаційної медицини та основи реабілітаційних підходів. Т. Мостова вивчала психологічні закономірності адиктивної поведінки та механізми реабілітації осіб, залежних від ПАР.

Проблематика дослідження полягає в необхідності ефективної соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР, оскільки дане явище має серйозні соціальні, психологічні та медичні наслідки для індивідів, їхніх сімей та суспільства в цілому. Особи із залежністю від ПАР потребують комплексного підходу в лікуванні та реабілітації. Важливою проблемою є недостатня розробленість індивідуалізованих програм реабілітації, що враховують специфіку кожної особи, а також відсутність системної підтримки після завершення основного курсу реабілітації. Крім того, часто не враховуються соціальні, економічні та культурні чинники, що обумовлюють повернення осіб до адиктивної поведінки після виходу з реабілітаційних установ. Це зумовило вибір теми дослідження «Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ», оскільки вивчення та удосконалення існуючих форм і методів реабілітації є необхідним для покращення ефективності

реабілітаційного процесу, зниження рівня рецидивів та інтеграції осіб, які проходять лікування, у суспільство.

Об’єкт дослідження – соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР.

Предмет дослідження – особливості соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ.

Мета дослідження: на основі теоретичного обґрунтування проблеми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР розробити та експертно оцінити методичну програму соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ.

Відповідно до мети були визначені такі завдання дослідження:

- теоретично обґрунтувати проблему соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР;
- здійснити аналіз стану надання соціальної реабілітації особам із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ;
- дослідити потреби і проблеми осіб із залежністю від ПАР;
- розробити методичну програму соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ та здійснити її експертне оцінювання.

Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження були використані як теоретичні, так і емпіричних **методи**, що дозволяють всебічно вивчити проблему соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Теоретичні: аналіз наукової літератури – дослідження сучасних теорій та концепцій соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР, а також вивчення наукових праць щодо психологічних і соціальних аспектів залежностей; метод системного аналізу для вивчення взаємозв’язків між різними компонентами реабілітаційного процесу в контексті соціальної адаптації та ресоціалізації; метод порівняльного аналізу – порівняння різних моделей і програм соціальної реабілітації осіб залежних від ПАР. Емпіричні: аналіз діяльності реабілітаційного центру, контент-аналіз реабілітаційних програм Міжнародної Антинаркотичної Асоціації, анкетування співробітників реабілітаційного центру для аналізу стану надання соціальної

реабілітації особам із залежністю від ПАР в умовах Міжнародної Антинаркотичної Асоціації; анкетування осіб, які беруть участь у програмах реабілітаційного центру Міжнародної Антинаркотичної Асоціації для визначення їхніх проблем і потреб; експертне оцінювання методичної програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційної установи; метод математичної статистики для узагальнення отриманих даних.

Експериментальною базою дослідження є: Міжнародна Антинаркотична Асоціація (МАО).

Апробація результатів дослідження. Основні положення і висновки кваліфікаційної (магістерської) роботи апробувались і здобули позитивну оцінку на засіданні кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка; звітній конференції за результатами переддипломної практики здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти; III Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання розвитку особистості: сутність, інновації, перспективи», Житомир, 3 квітня 2025 року; Студенській науково-практичній онлайн конференції «Перші кроки в науку», Київ, 6 листопада 2025 року.

Публікації. Основні положення та результати магістерського дослідження висвітлено у наступних публікаціях:

1. Гайдаманчук П. С. Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційних установ. *Наукові здобутки студентів Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти : ел. зб. наук. пр. студентів. Спецвипуск. Магістерські дослідження. 2025. С. 144–145.*

2. Гайдаманчук П. С. Соціально-психологічні аспекти формування у осіб залежності від ПАР. *Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи : зб. наук. пр. за мат. III Міжнародної наук.-практ. конф. (м. Житомир, 3 квітня 2025 р.). Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2025. С. 150–152.*

3. Дуля А. В., Лютий В. П., Гайдаманчук П. С. Реабілітація осіб, залежних від ПАР. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*, 2025. № 3 (152). С. 83–90. DOI: <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2025-3-12>

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 80 найменувань (32 з них – англійською мовою) та 4 додатків. Загальний обсяг роботи становить 100 сторінок, з них – 82 сторінки основного тексту. Робота містить 6 таблиць, 16 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР

1.1. Соціально-психологічний портрет осіб із залежністю від ПАР

Відсутність підтримки з боку соціального оточення, ізоляція, перебування в середовищі, де вживаються ПАР, а також психологічні характеристики особистості, такі як висока тривожність, емоційна нестабільність, низька самооцінка і стресостійкість, а також пережиті психотравмуючі ситуації, безпосередньо впливають на схильність до ризикованої поведінки.

Соціально-психологічні фактори формування залежності від ПАР є необхідними для «розуміння причин виникнення залежностей та розробки ефективних методів їх реабілітації та профілактики. Залежність від ПАР не є лише медичною проблемою, це також соціальна та психологічна проблема, що впливає на індивіда, його сім'ю та суспільство в цілому. Фактори, які сприяють формуванню залежності, можуть включати низку психологічних, соціальних, культурних та економічних причин. Розуміння цих аспектів є важливим для розробки інтервенційних програм, що допомагають не лише в лікуванні, а й у попередженні рецидивів» [64, с. 100].

Український вчений Є. Єгоров «зазначає, що основні фактори ризику, що впливають на розвиток наркотичної залежності в осіб, можна розділити на три групи:

- біологічні – гени, з якими народжується дитина, стать, етнічна приналежність та наявність супутніх психологічних розладів (депресія, тривожні розлади тощо);
- еволюційний – генетичні та середовищні фактори взаємодіють з критичними етапами розвитку в житті людини та впливають на ризик виникнення наркотичної залежності» [11, с. 26].

У свою чергу науковці В. Лютий та Н. Бозовчук стверджують, що «проблеми в сімейно-дружніх стосунках, труднощі у навчанні у вищих

навчальних закладах, навантаження на роботі підвищують ризик розвитку адиктивної поведінки у молодих людей на тлі їх високої емоційної нестабільності та низької дружелюбності (високого індивідуалізму)» [25].

Канадський лікар і дослідник Г. Мете стверджує, що «залежність – це не вибір і не хвороба, а відповідь на людські страждання». Він пояснює, «що вживання ПАР часто стає компенсаторним механізмом для подолання глибоких психологічних ран, які були щеплені в ранньому віці» [70].

Одним з провідних факторів, що може значною мірою сприяти розвитку залежності від ПАР є психологічна травма. Переживання травмуючих подій, таких як фізичне чи психологічне насильство, втрати близьких, переживання серйозних стресових ситуацій або катастрофічних змін у житті, може мати тривалі та глибокі наслідки для психічного здоров'я індивіда. У таких випадках виникають сильні емоційні реакції, які важко контролювати, що призводить до порушення внутрішньої стабільності особистості. Травма може стати поштовхом для розвитку емоційного вигорання. В такому стані людина може звертатися до ПАР як до засобу тимчасового полегшення або втечі від болісних емоцій. Вживання ПАР виступає як механізм самообробки або спроба зняти психологічне напруження, оскільки ці речовини дають короточасний ефект заспокоєння та емоційного зниження напруги. Однак на довготривалу перспективу це лише посилює проблему, створюючи нову залежність і погіршуючи психологічний стан [71, с. 185].

Психологічна травма може порушувати здатність індивіда адекватно сприймати ситуації навколо, спричиняти постійне відчуття тривоги, депресії та безвиході.

Одним з основних психосоціальних факторів, що можуть сприяти розвитку залежності від ПАР є низька самооцінка. Люди з низькою самооцінкою часто відчувають внутрішнє незадоволення та незахищеність, що призводить до почуття неповноцінності чи меншовартості. Це почуття власної недосконалості може виявлятися у різних формах, таких як сором, почуття відчуженості або страх бути неприємно сприйнятим оточенням. Такі індивіди часто не мають

внутрішнього ресурсу для подолання емоційних труднощів, тому шукають зовнішні джерела підтримки або тимчасового полегшення. Вживання ПАР може тимчасово зменшувати внутрішнє напруження, покращувати настрій та підвищувати відчуття власної значущості, хоча це відчуття є короточасним і нереалістичним. Важливим аспектом є те, що таке використання речовин як способу втечі не вирішує основну проблему – низьку самооцінку, а лише затримує її усвідомлення та розвиток.

Робота з низькою самооцінкою в рамках реабілітаційних програм є необхідною. Підвищення самооцінки через психологічні техніки, підтримку з боку фахівців та оточення може стати однією з основних умов для успішного подолання залежності. Надання особам можливості бачити себе з іншого боку, розвивати внутрішню впевненість та покращувати відчуття самоповаги є провідним етапом у процесі лікування та адаптації [65, с. 194].

Значним фактором, який може сприяти розвитку залежності від ПАР є соціальна ізоляція. Відсутність підтримки з боку близьких людей, таких як родина чи друзі, а також загальна соціальна ізолюваність створюють у індивіда відчуття самотності та емоційної порожнечі [75, с. 14]. Люди, які переживають соціальну ізоляцію, часто відчувають себе відчуженими від суспільства і можуть втратити відчуття приналежності до соціальних груп. Ці емоції самотності та відчуження можуть підсилювати внутрішнє напруження та стрес, що в свою чергу збільшує ймовірність звернення до ПАР як способу уникнення цих неприємних відчуттів. Вживання ПАР стає тимчасовим способом заповнення порожнечі та зняття емоційного болю, але цей ефект є короточасним і насправді лише посилює проблему, оскільки не вирішує основних соціальних і психологічних труднощів.

Вплив оточення «на розвиток залежності від ПАР є одним з ключових факторів, які сприяють формуванню цієї залежності» [76]. Присутність індивіда в соціальних групах, де вживання ПАР є нормою (наприклад, серед друзів чи родичів, які активно вживають наркотики або алкоголь), значно підвищує ймовірність того, що він також почне вживати ці речовини. Тиск групи, соціальні

норми, які дозволяють або навіть заохочують вживання ПАР, можуть створити у людини відчуття, що це є прийнятним або навіть необхідним для того, щоб «вписатися» в групу чи зберегти соціальні зв'язки. Нормалізація вживання ПАР у певному середовищі може знизити бар'єри до початку їх вживання, а також призвести до поступового залучення людини до шкідливих звичок. В таких умовах вживання ПАР перестає бути сприйматись як соціально неприємне чи небезпечне, а стає частиною соціальної взаємодії та нормального способу життя в групі. Це підвищує ризик розвитку залежності, оскільки індивід не лише починає вживати речовини, але й поступово ідентифікує себе з цією соціальною групою та її стилем життя [67].

Зарубіжний дослідник Б. Олександр провівши експеримент «RatPark», визначив, «що середовище є визначальним чинником у формуванні залежності. Він зазначає, що «залежність не пов'язана з наркотиками, це про клітку» [50, с. 101].

Вплив оточення має величезне значення у формуванні залежності, оскільки соціальний тиск та нормалізація вживання ПАР у певних соціальних групах можуть стати основними чинниками, що спонукають людину до розвитку залежності та утримують її в цьому стані. Тому потрібно враховувати соціальний контекст під час реабілітації осіб, залежних від ПАР, а також сприяти створенню здорових соціальних груп і підтримці позитивних моделей поведінки.

Відсутність емоційної підтримки, неадекватні моделі поведінки в родині, а також постійні конфлікти чи насильство можуть створювати умови, за яких індивід шукає способи зняття стресу. Нездорові моделі поведінки, які формуються в сім'ї, можуть стати основою для наслідування. Якщо в родині нормалізовані агресія, насильство або ігнорування емоційних потреб дітей, це може призвести до того, що молоді люди не здатні розвивати здорові механізми саморегуляції. Вони можуть почати шукати способи уникнення болю чи стресу через вживання ПАР, що поступово може призвести до розвитку залежності [76, с. 106].

Також, відсутність підтримки в родині, безпритульність емоційної прив'язаності, може створити в індивіда відчуття ізоляції і непотрібності, що в свою чергу підвищує ймовірність того, що він звернеться до ПАР як способу «втечі» від труднощів. У такому середовищі залежність може стати способом боротьби з відчуттям порожнечі та недостатньої емоційної підтримки. Тому від профілактики залежності є зміцнення здорових сімейних стосунків, створення підтримуючого емоційного середовища та навичок ефективної комунікації в родині, що дозволяє уникнути формування патернів поведінки, які сприяють розвитку залежностей у дітей та підлітків.

Вживання ПАР стає своєрідним механізмом «самолікування», коли особа намагається впоратися зі стресом, депресією або тривожністю за допомогою речовин, що тимчасово полегшують їх емоційний стан. На ранніх етапах вживання ПАР може здаватися ефективним способом полегшення симптомів депресії чи тривожності, однак з часом це «призводить до формування залежності. Постійне вживання ПАР змінює хімічний склад мозку, що у свою чергу може погіршити психічне здоров'я і посилити симптоми основних розладів. Наприклад, тривожність може стати ще інтенсивнішою після припинення дії наркотиків або алкоголю, а депресія поглиблюється через зниження рівня нейротрансмітерів» [78, с. 345].

Цей порочний круг, де психічні розлади і вживання ПАР взаємно посилюють один одного, робить лікування складним і потребує комплексного підходу, який включає як терапію психічних розладів, так і програму для подолання залежності. Потрібно, щоб люди, які страждають від таких розладів, отримували підтримку не тільки у вигляді медикаментозного лікування, але й психологічну та соціальну допомогу.

У деяких культурах або підгрупах суспільства вживання ПАР може бути нормалізованим і навіть заохочуваним як частина соціальної поведінки. Це може включати традиційні практики, де вживання алкоголю чи наркотиків є частиною соціальних обрядів, свят чи зібрань, або ж коли вживання ПАР сприймається як спосіб розслаблення, зняття стресу або досягнення певного соціального статусу.

Соціальний тиск з боку друзів, родини чи колег може значно збільшити ймовірність розвитку залежності, особливо якщо в групі існує толерантність або навіть схвалення вживання ПАР. В таких умовах індивід може почувати себе змушеним долучитися до цієї поведінки, щоб бути прийнятим в колективі або відповідати соціальним очікуванням. Вживання ПАР стає способом інтеграції в соціальну групу і підтримки її норм [80].

З часом таке сприйняття може призвести до нормалізації залежної поведінки і відсутності усвідомлення ризиків, пов'язаних з вживанням ПАР. Таким чином, культурні та соціальні норми, які сприяють сприйняттю ПАР як частини повсякденної життя або соціальних практик, збільшують ймовірність розвитку залежності, оскільки знижують бар'єри для вживання та посилюють його соціальну прийнятність.

Доступність ПАР є одним із ключових факторів, що значно впливає на ймовірність їх вживання і розвиток залежності. Чим легший доступ до таких речовин – чи то через місце проживання, чи через коло спілкування, тим вищий ризик їх вживання. Якщо особа проживає в середовищі, де ПАР легко доступні, будь то через незаконні канали або через суспільні норми, що сприяють їх вживанню, то ймовірність розвитку залежності зростає. Легкий доступ до ПАР знижує перешкоди на шляху до їх використання, а також збільшує кількість можливих спроб споживання. Наприклад, якщо наркотичні речовини чи алкоголь доступні в місцях, де особа проводить значну частину часу (вулиці, клуби, робочі місця, спільні дружні кола), то це створює сприятливі умови для початку вживання та потенційного розвитку залежності. Більше того, соціальний контекст, де ПАР доступні і сприймаються як нормальні, також може підвищувати ймовірність їх регулярного вживання, оскільки відсутність обмежень робить їх вживання більш природним і менш засудженим.

Доступність ПАР безпосередньо корелює з рівнем ризику розвитку залежності, оскільки легкість отримання таких речовин створює умови для частіших і менш обмежених контактів з ними, що, в свою чергу, збільшує ймовірність розвитку фізичної та психологічної залежності.

Проаналізувавши наукові дослідження вчених [11, 50, 65, 67, 71, 75, 76, 78, 80] щодо факторів, що сприяють формуванню залежності від ПАР, ми визначили основні соціально-психологічні фактори, а також описали їх вплив на формування залежності (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Соціально-психологічні фактори формування залежності від ПАР

Фактор	Опис	Вплив на формування залежності
Психологічна травма	Досвід переживання травмуючих подій (наприклад, насильство, втрати, серйозні стреси)	Травма може призводити до емоційного вигорання та використання ПАР як способу зняття стресу.
Низька самооцінка	Негативне ставлення до себе, почуття неповноцінності чи меншовартості	Знижена самооцінка може мотивувати індивіда шукати зовнішні джерела комфорту через ПАР.
Соціальна ізоляція	Відсутність підтримки з боку сім'ї та друзів, соціальна ізольованість	Ізоляція посилює відчуття самотності, що збільшує ймовірність вживання ПАР для уникнення почуття порожнечі.
Вплив оточення	Присутність у соціальних групах, де вживання ПАР є нормою (друзів, родичів)	Тиск групи та нормалізація вживання ПАР в середовищі можуть спонукати до розвитку залежності.
Дисфункційні сімейні стосунки	Відсутність емоційної підтримки в родині, неадекватні моделі поведінки в родині	Нездорові моделі поведінки в родині (конфлікти, насильство, відсутність підтримки) можуть сприяти формуванню залежності.
Психічні розлади	Супутні психологічні розлади, такі як депресія, тривожність, стресові розлади	Психічні проблеми можуть бути як причиною, так і наслідком вживання ПАР, що використовуються для самотійного полегшення симптомів.
Культурні та соціальні норми	Культурні уявлення про легітимність вживання ПАР, прийнятність цього серед певних груп	У певних культурах чи соціальних групах ПАР можуть бути сприйняті як частина соціальної поведінки, що збільшує ризик розвитку залежності.
Доступність ПАР	Легкість доступу до ПАР (наприклад, через місце проживання чи коло спілкування)	Легкість доступу до ПАР прямо пропорційна ймовірності їх вживання та розвитку залежності.

Джерело: складено автором самостійно

Залежність формується через взаємодію різних факторів, таких як психологічні травми, соціальна ізоляція, низька самооцінка, а також певні культурні норми чи родинні обставини. Психологічні аспекти, як внутрішні

конфлікти, стрес чи депресія, часто виступають як каталізатори для вживання ПАР.

З соціальної точки зору, вплив середовища, таких як дружні компанії, економічний стан, доступність ПАР, а також соціальна підтримка чи її відсутність, відіграють важливу роль у розвитку залежності.

Залежно від того, як ПАР впливають на організм людини різні вчені [43, 66, 68, 69, 73, 74] класифікують їх за різними критеріями, зокрема за механізмом дії, типом ефектів і ризиком розвитку залежності. Класифікація ПАР та їхній вплив на фізичний та психологічний стан людини відображено у Додатку А.

Наркотики-депресанти, зокрема «морфін, героїн та інші опіати, взаємодіють з опіоїдними рецепторами в мозку. Це призводить до підвищення рівня дофаміну–нейромедіатора, який відповідає за відчуття задоволення, мотивацію та емоційний стан; створює відчуття ейфорії і розслабленості у людини, що може бути причиною повторного вживання цих речовин. Однак, паралельно з підвищенням рівня дофаміну, знижується активність інших частин мозку, що веде до пригнічення фізіологічних функцій» [69, с. 110].

Вплив на фізичний та психологічний стан: пригнічення дихання, сонливість і зниження артеріального тиску [68, с. 264].

Високий ризик розвитку залежності від наркотиків-депресантів обумовлений їхнім здатністю впливати на дофамінову систему мозку. Ці речовини викликають значне підвищення рівня дофаміну, що створює відчуття ейфорії та задоволення. Однак через регулярне вживання дофамінові рецептори стають менш чутливими, що призводить до необхідності збільшення доз для досягнення того ж ефекту. Цей процес, відомий як толерантність, є основною ознакою залежності від наркотиків. Припинення вживання наркотиків-депресантів викликає сильні симптоми абстиненції, такі як тривожність, депресія, фізична слабкість і навіть болі, що змушує людей знову вдаватися до вживання, щоб полегшити ці симптоми. Створює цикл постійного вживання, що тільки поглиблює залежність.

З часом залежність від наркотиків-депресантів стає все більш стійкою, що призводить до хронічного зловживання та серйозних фізичних і психологічних проблем. До фізичних наслідків належать порушення в роботі серцево-судинної, дихальної та нервової систем, а також розвиток захворювань органів, що обробляють ці речовини, наприклад, печінки та нирок. Психологічні наслідки включають розвиток депресії, тривожних розладів та порушень когнітивних функцій.

Канабіс містить основні активні компоненти – тетрагідроканабінол (далі ТГК) та канабідіол (далі КБД), які діють на канабіноїдні рецептори в мозку. ТГК є основним психоактивним компонентом, що викликає ефекти, такі як ейфорія, розслабленість, зміни в сприйнятті часу та простору, посилення апетиту, а також порушення короткочасної пам'яті та когнітивних функцій.

Вплив на фізичний та психологічний стан: розслабленість, зміни в настрої (викликає ейфорію, але може також призвести до тривожності або паніки, особливо у нових користувачів або при високих дозах); порушення пам'яті (тимчасово погіршує когнітивні функції, зокрема короткочасну пам'ять, що може негативно впливати на здатність до навчання та концентрації); збільшення апетиту [66].

Ризик розвитку залежності від канабісу варіюється залежно від частоти вживання, дози та індивідуальних характеристик. Для більшості користувачів, при помірному споживанні, ризик є низьким, проте при регулярному використанні може виникнути психічна залежність, зокрема у вигляді порушень мотивації (так званий «амотиваційний синдром»).

Алкоголь – це депресант, який впливає на центральну нервову систему, знижуючи її активність, особливо через взаємодію з ГАМК-рецепторами, що сприяють заспокоєнню. Алкоголь стимулює вивільнення дофаміну, що створює почуття ейфорії, але також призводить до порушень у моторних функціях та когнітивних здібностях.

Вплив на фізичний та психологічний стан: знижена координація рухів; розширення судин (викликає теплоту в тілі, почервоніння шкіри та відчуття

розслабленості через розширення дрібних судин); порушення мови і сприйняття; агресія при зловживанні [73, с. 115].

Алкоголь є одним із найпоширеніших засобів із високим потенціалом до розвитку залежності. Ризик збільшується при регулярному споживанні та підвищенні доз. Довготривале зловживання алкоголем може призвести до серйозних фізичних ускладнень, таких як цироз печінки, хвороби серця та нервові розлади. Симптоми абстиненції від алкоголю можуть бути дуже тяжкими та включати тремтіння, потовиділення, тривогу, судоми та навіть смертельні наслідки при різкому припиненні вживання після довготривалого зловживання.

Нікотин є основним активним компонентом у тютюнових виробах, зокрема сигаретах та електронних сигаретах. Він стимулює центральну нервову систему, підвищуючи рівень адреналіну та дофаміну в мозку. Цей процес викликає короточасне відчуття ейфорії та підвищеної енергії, що часто призводить до формування звикання.

Вплив на фізичний а психологічний стан:

- прискорене серцебиття: нікотин стимулює симпатичну нервову систему, що призводить до підвищення серцевого ритму та може бути небезпечним для осіб з серцево-судинними захворюваннями.

- зниження апетиту: нікотин має анорексигенні властивості, що призводить до зниження апетиту, часто використовується людьми для контролю ваги, але може сприяти порушенню харчових звичок.

- підвищення тиску: нікотин тимчасово підвищує артеріальний тиск, що збільшує навантаження на серце і кровоносні судини.

- порушення дихання: тривале куріння спричиняє пошкодження легень, погіршує функцію дихання, що може призвести до хронічних захворювань, таких як хронічний бронхіт та емфізема [74, с. 207].

Нікотин має високий потенціал до розвитку залежності, оскільки він швидко потрапляє в мозок і викликає викид дофаміну, що створює відчуття задоволення. В результаті цього багато людей формують фізичну та

психологічну залежність від нікотину. Нікотинова залежність також супроводжується вираженими симптомами абстиненції при спробах припинити вживання, такими як тривожність, дратівливість, порушення сну та сильне бажання до куріння.

Інгалянти – це група ПАР, що містяться в різних хімічних засобах, таких як лаки, фарби, бензин, клеї та розчинники. Вони мають сильний вплив на центральну нервову систему, оскільки їх вдихування може викликати короточасне еуфоричне відчуття, що стимулює до повторного вживання. Вплив інгальнтів часто відбувається через вдихання випарів або аерозолів, що спричиняє психоактивні ефекти.

Вплив на фізичний та психологічний стан:

- головний біль: вдихання інгальнтів може призвести до головного болю через токсичний вплив на організм, оскільки багато з цих речовин мають подразнюючу дію на нервову систему.

- запаморочення: інгалянти можуть викликати відчуття запаморочення або легку втрату орієнтації, оскільки вони порушують нормальну функцію мозку, що може призвести до тимчасових когнітивних порушень.

- порушення координації: внаслідок впливу інгальнтів на центральну нервову систему знижується здатність до точних рухів і координації, що підвищує ризик травм та аварій.

- загроза втрати свідомості: інгалянти можуть блокувати надходження кисню до тканин організму, що в результаті може призвести до втрати свідомості, асфіксії або навіть смерті при надмірному вживанні [74, с. 210].

Ризик залежності від інгальнтів є помірним, але зростає через їх доступність і дешевизну. Залежність формується через повторне вживання цих речовин для досягнення швидкого психоактивного ефекту. Відмова від вживання інгальнтів може спричиняти різні симптоми абстиненції, зокрема тривожність, депресію, порушення сну. Вживання інгальнтів може також призвести до серйозних довгострокових наслідків, таких як ураження нервової системи, проблеми з печінкою і нирками, порушення серцево-судинної функції.

Тривале вживання інгалянтів значно збільшує ризик розвитку неврологічних розладів, а також психічних розладів, таких як депресія, тривожність, психоз та інші.

Вплив ПАР на фізичний та психологічний стан людини є «дуже різноманітним і залежить від типу речовини, дозування та тривалості вживання. Нарковмісні речовини, стимулятори, алкоголь, нікотин – усі вони мають серйозні наслідки для здоров'я, включаючи фізичні та психологічні порушення. Оскільки залежність від ПАР розвивається поступово, потрібно враховувати соціальні, психологічні та фізіологічні фактори при визначенні ефективних методів лікування та реабілітації» [43, с. 82].

Вживання ПАР має значний вплив на психічний стан людини. Залежно від типу речовини, її дози та тривалості вживання ефекти можуть варіюватися від тимчасової зміни настрою до серйозних психічних розладів. ПАР можуть викликати як короткострокові, так і довгострокові зміни когнітивних функцій, емоційного стану та соціальної поведінки.

Поняття «особи, залежні від психоактивних речовин (ПАР)» має багатогранне трактування в науковій літературі, відображаючи різні аспекти цього явища – від біологічного до психологічного та соціального. Визначення залежності від ПАР часто ґрунтується на поєднанні фізіологічних, психологічних і соціальних факторів.

Залежність від ПАР розглядається як складне явище, що охоплює біологічний, психологічний та поведінковий аспекти. З біологічної точки зору це хронічне захворювання центральної нервової системи, при якому в мозку відбуваються зміни, що викликають непереборне бажання вживати наркотичні речовини, навіть якщо це завдає серйозної шкоди здоров'ю та соціальному життю людини. Психологічний аспект проявляється в хворобливому прагненні отримати приємні відчуття або зняти неприємні емоції за допомогою ПАР, причому така залежність може формуватися навіть після одноразового прийому деяких синтетичних наркотиків. Окрім цього, залежність включає стійку поведінкову модель, при якій вживання речовини стає основним способом

досягнення задоволення або уникнення дискомфорту, що робить процес залежності комплексним і складним для подолання.

Психологи, такі як В. Битенський, Б. Херсонський та С. Дворяк, визначають психологічну залежність як необхідність «Я» у прийомі ПАР для досягнення певних емоційних переживань. Це включає психічний потяг до наркотику та здатність досягати психічного комфорту через його вживання [29, с. 15].

На основі цих досліджень, вважаємо за потрібне сформулювати власне визначення. *Особи, залежні від ПАР – це люди, у яких сформована стійка фізична, психологічна та поведінкова залежність від психоактивних речовин, що проявляється непереборним прагненням їх вживати для досягнення задоволення або зняття неприємних емоцій, незважаючи на шкоду для здоров'я, соціальних відносин та особистого життя.*

Науковці Т. Лях, А. Спірін, В. Жуков зазначають «що одним із типів ризикованої поведінки є вживання шкідливих речовин, що мають високий ризик несприятливих наслідків. Ризикована поведінка й ризиковані практики стають нормою у досягненні певної мети підлітками, вживання алкогольних напоїв та наркотичних речовин стає певною цінністю, складовою частиною життєдіяльності сучасних підлітків, які нерідко потрапляють в небезпечні ситуації, що супроводжується ризикованими діями. Автори наголошують, на тому що ризикована поведінка взаємопов'язана з особливостями підліткового віку, когнітивними настановами щодо ризикованої поведінки та особливостями оточення» [28].

Соціально ці особи часто перебувають у несприятливому середовищі: нестача підтримки з боку сім'ї та друзів, низький рівень контролю або надмірна жорстокість у родині, наявність наркозалежних у колі близьких людей, економічні труднощі, соціальна ізоляція та відсутність позитивних моделей поведінки. Вплив оточення, доступність ПАР, а також груповий тиск та культурні норми, що толерують або романтизують ризиковану поведінку, сприяють формуванню залежності.

У поведінковому плані такі особи демонструють стійкі патерни вживання речовин, при яких наркотики або алкоголь стають основним способом регуляції емоцій та досягнення задоволення. Вони часто вдаються до ризикованої поведінки, що може загрожувати їхньому здоров'ю та соціальному становищу, і демонструють труднощі в підтриманні стабільних соціальних та професійних зв'язків.

Таким чином, соціально-психологічний портрет осіб, залежних від ПАР, включає поєднання емоційної нестабільності, психологічних травм, негативного соціального середовища, низької самооцінки, схильності до ризикованої поведінки та стійкої адиктивної моделі поведінки, що робить їх уразливими до розвитку та підтримки залежності.

1.2. Зміст та напрями соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР

Соціальна реабілітація осіб, залежних від ПАР, спрямована на відновлення соціальних зв'язків, розвиток навичок адаптації та інтеграцію до суспільства. До її основних напрямів належать психологічна підтримка, соціальне навчання, профілактичні заходи, робота з сім'ями, професійна підготовка, соціальне супроводження та адвокація прав залежних осіб. Ефективність реабілітаційних заходів визначається міждисциплінарним підходом, що поєднує медичні, психологічні та соціальні методи. Створення підтримуючого середовища сприяє зниженню ризику рецидиву та формуванню стійкої мотивації до змін.

Залежність від ПАР становить значну соціальну та медичну проблему сучасного суспільства. Подолання цієї залежності потребує комплексного підходу, що передбачає не лише медичне втручання, але й психологічну, соціальну та культурну підтримку. Ефективність реабілітаційних програм визначається низкою чинників, серед яких індивідуалізований підхід до пацієнта, наявність психологічного супроводу, рівень особистісної мотивації, вплив сімейної та групової терапії, а також можливості соціальної інтеграції після завершення лікування. Оскільки залежність має багатовимірний характер,

вивчення взаємозв'язку цих факторів сприяє розробці більш ефективних підходів до соціальної реабілітації та зниження ризику рецидивів.

Х. Даубер, Й. Кюнцель, Л. Шварцкопф та С. Шпехт, зазначають, соціальна реабілітація – «це комплекс заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу, адаптацію та інтеграцію особи у суспільство після пережитих кризових ситуацій, захворювань або соціальної дезадаптації. Вона включає психологічну, освітню, професійну, юридичну та медичну підтримку, спрямовану на відновлення особистості та її здатності до самостійного функціонування в соціумі» [53].

В. Самойленко наголошує, що соціальна реабілітація визначається як комплексний процес, спрямований на відновлення та підтримку оптимального функціонування осіб, які зіткнулися з соціальною дезадаптацією або мають обмежені можливості через різноманітні причини, включаючи інвалідність, хронічні захворювання, соціальну ізоляцію та інші фактори. Основна мета соціальної реабілітації – це сприяння інтеграції особи в суспільство, відновлення її соціальних функцій та поліпшення якості життя [40].

Т. Яценко в свою чергу відмічає, соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР – «це спеціалізований процес відновлення та інтеграції людей, які мають залежність від ПАР, у суспільство». Вона спрямована на подолання фізичних, психологічних і соціальних наслідків залежності, формування нових моделей поведінки, відновлення соціальних зв'язків, набуття професійних навичок та розвиток особистої відповідальності. Реабілітація таких осіб включає психотерапевтичну допомогу, ресоціалізацію, профілактику рецидивів та створення умов для ведення здорового способу життя [48, с. 69].

Л. Вакуленко стверджує, що соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР є специфічним напрямом соціальної роботи, що включає в себе медико-психологічну підтримку, соціальну адаптацію та реінтеграцію осіб, які страждають від залежності. Вона передбачає комплексний підхід, що включає індивідуальну та групову терапію, соціально-психологічну підтримку, навчання навичкам самоконтролю та відновлення соціальних зв'язків [40].

Мета соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР полягає у відновленні соціальної, психологічної та життєвої компетентності людини, яка постраждала від адиктивної поведінки.

Ю. Чернецька вивчаючи зміст соціальної реабілітації осіб залежних від ПАР визначає основні її цілі, а саме:

- подолання фізичної та психологічної залежності – сприяння відновленню фізичного здоров'я, зниження рівня психологічного дискомфорту, усунення абстинентного синдрому та запобігання рецидивам;
- формування мотивації до тверезого способу життя – стимулювання усвідомлення проблеми залежності, розвиток внутрішньої мотивації до змін та відповідальності за власне життя;
- ресоціалізація та відновлення соціальних зв'язків – допомога в налагодженні взаємовідносин із сім'єю, друзями, колегами, сприяння соціальній адаптації та прийняттю суспільством;
- розвиток нових моделей поведінки – формування навичок самоконтролю, конструктивного вирішення проблем, подолання стресових ситуацій без вживання ПАР;
- професійна орієнтація та трудова адаптація – сприяння здобуттю нових професійних навичок, працевлаштуванню, створення умов для економічної самостійності;
- психологічна підтримка та профілактика рецидивів – забезпечення доступу до психологічної допомоги, терапевтичних груп, соціальних служб, профілактичних програм, спрямованих на запобігання поверненню до залежності;
- забезпечення правового захисту та соціальної підтримки – надання юридичних консультацій, соціальної допомоги, сприяння у вирішенні житлових, фінансових та інших побутових питань» [45, с. 183].

Індивідуальний підхід до кожного пацієнта відіграє ключову роль у сучасній реабілітаційній практиці, особливо у процесі лікування осіб із залежністю від ПАР. Одним із методів, що широко застосовується в цьому

контексті, є мотиваційне інтерв'ю, розроблене В. Міллером і С. Ролнік. Цей підхід ґрунтується на взаємодії терапевта з пацієнтом, спрямований на формування внутрішньої мотивації до змін, зокрема, щодо припинення вживання ПАР. Відмінною рисою мотиваційного інтерв'ю є партнерська модель спілкування, за якої терапевт не нав'язує власну думку, а допомагає пацієнту самостійно усвідомити причини та стимули для змін.

Одним із ключових елементів цього методу є створення довірчої атмосфери, що сприяє відкритому обговоренню сумнівів, страхів і перешкод на шляху до одужання. В. Міллер і С. Ролнік зазначають, «що цей підхід ефективний, оскільки пацієнти часто не готові до кардинальних змін і потребують підтримки у визначенні власних цілей та шляхів їх досягнення. Як зазначають науковці, «мотиваційне інтерв'ю дає пацієнту можливість прояснити свої бажання та прагнення без тиску з боку терапевта» [74, с. 80]. Такий формат взаємодії не лише підвищує ефективність лікування, а й сприяє формуванню внутрішньої готовності до змін, що є визначальним чинником довготривалого одужання.

Сімейна підтримка є провідним чинником у «процесі реабілітації осіб, залежних від ПАР, оскільки сім'я може стати основним ресурсом для відновлення пацієнта. Дослідження показують, що підтримка з боку найближчих людей значно підвищує ефективність лікування та знижує ймовірність рецидиву» [15]. Одним з ефективних підходів, що активно застосовуються в цьому процесі, є сімейна терапія, яка орієнтована на поліпшення взаємодії між членами сім'ї, зокрема через покращення комунікації, вирішення конфліктів і зміцнення взаємної підтримки. П. Козира вказує, що «сімейна терапія може не лише допомогти безпосередньо залежній особі, а й сприяти позитивним змінам у динаміці родинних відносин, що забезпечує більш стабільний результат у процесі лікування. На думку вченої, сімейна терапія сприяє створенню атмосфери, в якій кожен член родини може активно залучатися до змін, а не бути лише спостерігачем» [15, с. 192]. Такий підхід дозволяє значно зменшити стресові чинники, які сприяють розвитку залежності, а також зміцнити соціальну

підтримку під час постреабілітаційного періоду, що є важливою умовою для стійкого одужання.

Навчальні та трудові програми є провідною складовою реабілітації осіб, залежних від ПАР. Ці програми не лише сприяють формуванню нових навичок і знань, але й мають значний вплив на відновлення соціальної активності та працевлаштування пацієнтів [77, с. 359]. Оскільки залежність часто призводить до ізоляції, втрати соціальних зв'язків і трудової діяльності, відновлення здатності до активної участі у суспільстві є необхідним етапом у процесі лікування. Трудова терапія виступає одним із основних елементів реабілітаційних програм. Завдяки виконанню трудових завдань пацієнти отримують можливість підвищити свою самооцінку, відчутти свою корисність і відновити здатність до самостійного забезпечення. Це також сприяє розвитку почуття відповідальності та дисципліни, що є важливим компонентом процесу відновлення.

Д. Шоу підкреслює, що трудові програми можуть стати важливим чинником у відновленні не лише фізичного стану пацієнта, а й його соціальних зв'язків, сприяючи формуванню позитивної самооцінки та зменшенню ймовірності рецидивів. Він зауважує: «трудові програми є основним інструментом соціальної адаптації пацієнтів, оскільки вони допомагають відновити не тільки фізичне здоров'я, але й соціальні ролі, що є важливим для успішної реінтеграції в суспільство» [76, с. 152]. Завдяки поєднанню освітніх і трудових компонентів реабілітаційні програми дозволяють пацієнтам не тільки працювати над своїм відновленням, а й створювати основи для подальшої соціальної адаптації та інтеграції в суспільство.

Значним аспектом є освітні програми, які надають можливість учасникам реабілітаційного процесу підвищити кваліфікацію або здобути нові знання в різних сферах діяльності. Це може бути як курси для покращення професійних навичок, так і загальна освіта, яка дозволяє відновити здатність до навчання. Освітні компоненти сприяють не тільки інтелектуальному розвитку пацієнтів, а й дають можливість для подальшої інтеграції у суспільство. Ці програми

допомагають учасникам розвивати впевненість у своїх силах, сприяють соціалізації та відновленню контактів із суспільством, що є необхідним для подальшої адаптації та попередження рецидивів.

Загалом, поєднання трудової терапії та освітніх програм у рамках реабілітації дає пацієнтам можливість не лише покращити фізичний стан, а й повернутися до соціального життя з новим рівнем самоповаги та відповідальності. Цей підхід має довгострокові переваги, оскільки сприяє не тільки фізичному, але й психологічному та соціальному відновленню, що робить реабілітаційний процес більш комплексним і ефективним.

О. Шевчук, В. Мартиновський та Ю. Матат акцентують увагу «на важливості використання мультидисциплінарного підходу, в рамках якого поєднуються медичні, психологічні та соціальні методи. Такі програми повинні включати не лише традиційні терапевтичні заходи, а й навчання соціальним навичкам, розвитку життєвих стратегій та підвищенню стійкості до стресів. Окрім того, важливою складовою є надання підтримки пацієнтам у процесі працевлаштування та адаптації до нормального життя після завершення лікування» [46, с. 199].

Програми реабілітації повинні створювати умови для відновлення соціальної функціональності пацієнта та інтеграції його в суспільство. Не менш важливою є участь родини в реабілітаційному процесі, оскільки зміцнення сімейних зв'язків виступає як фактор, що значно підвищує рівень соціальної підтримки пацієнта та сприяє зменшенню ймовірності рецидиву. Родина має відігравати активну роль у забезпеченні емоційної підтримки та стабільності, що є основою для успішної реабілітації та запобігання поверненню до вживання ПАР.

В. Лютий та В. Петрович здійснюють ґрунтовний аналіз «Програми 15», що є «комплексною профілактичною ініціативою, націленою на запобігання вживанню психоактивних речовин» [26, с. 148]. «Програма 15» відзначається «системним підходом, який охоплює не лише інформування про ризики, пов'язані з вживанням ПАР, але й сприяє розвитку соціальних навичок,

емоційного інтелекту та зміцненню внутрішніх ресурсів особистості. Однією з основних цілей цієї програми є створення умов для розвитку емоційної та соціальної зрілості молоді, що дозволяє зменшити ризик залучення до вживання ПАР через покращення навичок самоусвідомлення та самоконтролю. Крім того, програма активно працює над підвищенням внутрішньої стійкості учасників, що допомагає їм краще справлятися з стресовими ситуаціями та негативними соціальними впливами» [26].

Однією з ключових складових «Програми 15» є підтримка сімей і шкільних колективів, що забезпечує створення здорового соціального середовища для молоді. Підтримка родини та навчальних установ не тільки допомагає формувати відповідальне ставлення до власного здоров'я, але й створює базу для розвитку довіри та взаємопідтримки серед молоді. Відкриті і підтримуючі відносини в сім'ї та серед однолітків відіграють значну роль у зниженні ймовірності розвитку залежності.

Особливістю «Програми 15» є її адаптивність до різних соціальних умов, що забезпечує ефективне використання програми в різних регіонах та соціальних групах. Оцінка результативності та коригування методів роботи дозволяє постійно вдосконалювати програму в залежності від змін у соціальному контексті та потребах цільової аудиторії. Такий підхід дозволяє максимально ефективно використовувати програму для профілактики вживання ПАР серед різних соціальних груп, забезпечуючи її довгостроковий вплив на зміну поведінки та розвиток здорових соціальних навичок серед молоді.

Дослідження, проведене К. Зіфрідом, Л. Ачесоном, Н. Лінцерісом і Н. Езардом, присвячене «фармакологічному лікуванню залежності від ПАР, зокрема стимуляторів, детально розглядає ефективність і безпеку застосування різних медикаментів для лікування цієї залежності» [78]. Автори провели систематичний огляд «наявних наукових даних щодо фармакологічних стратегій лікування залежності, оцінюючи їх результативність, механізми дії та можливі побічні ефекти. У дослідженні зазначається, що хоча деякі препарати показали

обнайдійливі результати, жоден з них ще не став загальноприйнятим стандартом терапії залежності від стимуляторів» [78, с. 337].

Медичний супровід є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу осіб, залежних від ПАР, оскільки медикаментозне лікування здатне значно полегшити фізичний стан пацієнта, зменшити симптоми абстиненції та допомогти впоратися з психологічними симптомами, пов'язаними із залежністю. Використання медикаментів є важливим елементом комплексного підходу до лікування, оскільки воно може полегшити процес детоксикації та сприяти підтриманню стабільності пацієнтів у реабілітаційний період.

Соціальна адаптація після виписки є «одним з найскладніших етапів реабілітації осіб, залежних від ПАР, оскільки саме в цей час пацієнти стикаються з численними труднощами, пов'язаними з поверненням до нормального життя. Однією з головних проблем пацієнтів після реабілітації є відсутність стабільної соціальної підтримки, що може призвести до рецидивів або повернення до старих звичок» [19, с. 65]. Тому особливе значення має соціальна підтримка, яку можуть надати родина, друзі, а також громадські організації або групи підтримки. Ці форми підтримки сприяють успішній адаптації пацієнта в суспільстві та зменшують ризик рецидивів.

О.Шевчук, В.Мартинівський, Ю. Матат досліджують «організаційно-правові засади надання реабілітаційних послуг як ключовий захід у профілактиці та боротьбі з наркозлочинністю в Україні. У своїй роботі автори акцентують увагу на численних проблемах, які виникають у процесі організації реабілітаційних послуг, зокрема в аспектах юридичних і соціальних. Вони здійснюють детальний аналіз правових підходів, що використовуються в Україні для реалізації програм реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин, і визначають основні труднощі в цій сфері, серед яких недостатня комплексність підходів, обмежене фінансування та відсутність належної координації між державними органами і приватними структурами» [46, с. 201].

Т. Лях, В. Петрович, А. Спірін звертають увагу на те, «що соціальна адвокація має стати невід'ємною частиною професійної діяльності соціальних

працівників в Україні. Вони підкреслюють, що на етапах аналізу та забезпечення потреб, вирішення проблем і надання відповідних соціальних послуг вразливим групам населення, соціальні працівники повинні активно використовувати інструменти адвокації, щоб покращити умови для соціальної підтримки та адаптації осіб у складних життєвих ситуаціях» [27, с. 54].

Соціальна адвокація у контексті боротьби з залежністю від ПАР є невід'ємною складовою процесу підтримки осіб із групи ризику. Вона не лише захищає права та інтереси залежних осіб, але й сприяє створенню умов для їх соціальної інтеграції та ресоціалізації. Важливим є залучення громадських і медичних установ, що дозволяє розробити ефективніші механізми співпраці та підтримки на різних етапах реабілітації. Професійна діяльність соціальних працівників повинна включати не лише індивідуальну допомогу клієнтам, але й активну участь у створенні політики, яка сприятиме зменшенню рівня стигматизації та дискримінації залежних осіб. Соціальна адвокація охоплює комплексний підхід до вирішення проблем залежних, працюючи на соціальному, правовому та психологічному рівнях, що є важливою складовою ефективної реабілітації.

Культура реабілітаційної установи має значний вплив на результативність лікування осіб, залежних від ПАР. Вона формує атмосферу, яка може як сприяти, так і перешкоджати процесу одужання. Дружнє і підтримуюче середовище, засноване на довірі та взаємоповазі, дозволяє пацієнтам краще адаптуватися до нових умов, а також значно підвищує їх мотивацію до змін. І. Ялом у своїх дослідженнях підкреслює, що терапевтична культура установи є вирішальним чинником у формуванні позитивного терапевтичного середовища, зазначаючи: «групово терапія є ефективною лише тоді, коли культура установи сприяє відкритості, взаємній підтримці та усвідомленню проблем» [80]. Саме створення такої атмосфери допомагає пацієнтам працювати над своїми проблемами і поступово адаптуватися до життя в суспільстві після реабілітації.

А. Бутура, Г. Раян, Т. Шекспір, О. Огунмола, О. Омобовале, Р. Грінлі та Дж. Ітон здійснили дослідження впливу громадської участі на результати

реабілітації в контексті психічних розладів. У своєму систематичному огляді наукових публікацій, автори розглядають ефекти різних форм громадської участі, зокрема волонтерських програм, ініціатив щодо залучення місцевих громад та підтримки в межах реабілітаційних установ. Вони виявили, що активне залучення осіб до громадських програм має позитивний вплив на результати реабілітації, сприяючи як соціальній, так і психологічній адаптації. Програми, які включають елементи соціальної підтримки та взаємодії з іншими учасниками, значно знижують рівень ізоляції, покращують самооцінку та сприяють стійкості до рецидивів. Однак, автори також зазначають, що ефективність таких ініціатив значною мірою залежить від індивідуальних характеристик учасників, таких як мотивація, рівень соціальної підтримки та доступ до ресурсів [51]. Це підкреслює необхідність створення подібних програм у реабілітаційних установах, а також їх підтримку з боку держави та громадських організацій.

Медичний супровід є складовою «реабілітації осіб, залежних від ПАР, оскільки медикаментозне лікування може значно полегшити фізичний стан пацієнта, знизити абстинентний синдром і допомогти в управлінні психологічними симптомами, пов'язаними з залежністю. Застосування медикаментозних засобів є невід'ємною частиною комплексного підходу до лікування, оскільки воно може полегшити процес детоксикації і допомогти пацієнтам зберегти стабільність під час реабілітаційного періоду» [38].

М. Мельхіор зазначає, що медикаментозне лікування може бути надзвичайно ефективним, коли воно поєднується з іншими реабілітаційними методами, такими як психотерапія та соціальна підтримка. Вона зазначає: «медикаментозне лікування повинно бути інтегровано в комплексну стратегію лікування залежності, де основну роль відіграє взаємодія медикаментів з психотерапевтичними методами» [71, с. 112]. Таким чином, медичний супровід є елементом в лікуванні залежності, що забезпечує пацієнту фізичну стабільність і підтримку під час психоемоційного відновлення.

Соціальна адаптація після виписки є «провідним етапом у процесі реабілітації осіб, залежних від ПАР, оскільки саме в цей період пацієнт

стикається з численними труднощами, пов'язаними з поверненням до звичайного життя. Одна з основних проблем, яку мають пацієнти після реабілітації, – це відсутність соціальної підтримки, що може призвести до рецидивів або повернення до старих звичок. Основну роль у цьому процесі відіграє соціальна підтримка, яка може бути надана родиною, друзями, а також громадськими організаціями або групами підтримки» [60].

Дж. Келлі підкреслює, що «ефективність соціальної адаптації після виписки значною мірою залежить від наявності стабільної соціальної підтримки, що допомагає пацієнту інтегруватися в соціум та зменшує ймовірність рецидивів. Він зазначає: «соціальна підтримка є критичним фактором, який визначає успіх пацієнта в постлікувальний період, оскільки вона допомагає відновити зв'язки з реальним світом і запобігає соціальній ізоляції» [67, с. 78].

Участь осіб, які проходять реабілітацію від залежності, у громадських програмах відіграє ключову роль у їх соціальній адаптації та зниженні ризику рецидиву. Включення до суспільно корисної діяльності сприяє розвитку почуття відповідальності, самореалізації та формуванню нових соціальних зв'язків, що значно підвищує ефективність реабілітаційного процесу. Дослідник Г. Джордан зазначає: «залучення людей, які проходять реабілітацію, до волонтерських програм та суспільної діяльності значно покращує їхню інтеграцію в соціум та зменшує рівень рецидиву» [66]. Це підтверджує необхідність створення таких програм у реабілітаційних установах та підтримки їх з боку держави та громадських організацій.

Соціальна підтримка є провідним фактором у процесі відновлення осіб із залежністю. Р. Майєрс у своїх дослідженнях зазначає, що підтримка з боку родини, друзів і соціальних служб позитивно впливає на стійкість до рецидивів та покращує психологічний стан реабілітованих осіб. Його підхід CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) наголошує на важливості активної участі сім'ї у процесі лікування залежності. Р. Майєрс стверджує: «реабілітація не повинна відбуватися у вакуумі – соціальна підтримка є основним ресурсом для довготривалого утримання від вживання ПАР» [73, с. 89]. Програма CRAFT

показала значні успіхи в залученні залежних до лікування через вплив їхнього найближчого соціального оточення.

Нейропсихологічні дослідження залежності показують, що порушення механізмів саморегуляції значною мірою впливає на процес реабілітації. М. Льюїс у своїх працях зазначає, що залежність формується як наслідок змін у нейронних зв'язках, що посилюють імпульсивність та знижують здатність до довготривалого планування. Як стверджує Льюїс: «залежність є навченою поведінкою, що закріплюється через повторювані цикли винагороди, і для її подолання необхідна робота над самоконтролем та емоційним саморегулюванням» [69, с. 122]. Він наголошує на необхідності розробки програм, спрямованих на розвиток навичок контролю емоцій і поведінкової гнучкості у реабілітаційних установах.

Дослідження В. Вайта демонструють, що духовні практики та морально-етичні принципи відіграють важливу роль у підтримці тверезості та соціальної адаптації осіб, які пройшли реабілітацію. Він досліджував вплив програм «12 кроків» та релігійних практик на процес одужання. В. Вайт підкреслює: «духовність може бути потужним ресурсом для осіб, які долають залежність, оскільки вона забезпечує глибоке відчуття сенсу життя та підтримки» [79, с. 203]. У своїх працях він рекомендує інтегрувати духовні практики у реабілітаційні програми, щоб сприяти розвитку внутрішньої мотивації до одужання.

У сучасних умовах технологічні інновації відіграють важливу роль у процесі реабілітації осіб із залежністю. Е. Грангоlm досліджував ефективність використання цифрових платформ, мобільних додатків та телемедицини у підтримці тверезості та соціальної адаптації. Е. Грангоlm зазначає: «інтеграція цифрових технологій у реабілітацію дозволяє забезпечити постійну підтримку, моніторинг та психологічну допомогу, що значно зменшує ризик рецидиву» [64, с. 76]. Його дослідження демонструють позитивний вплив технологій на підтримку пацієнтів після виписки з реабілітаційних центрів.

Успішність соціальної «реабілітації осіб, залежних від ПАР, визначається комплексом взаємопов'язаних факторів, які впливають на процес відновлення та

інтеграції в суспільство. Одним із ключових аспектів є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, що передбачає персоналізовані програми терапії з урахуванням психологічних, соціальних та біологічних особливостей особи» [49, с. 566]. Основну роль відіграє мотивація до лікування, оскільки усвідомлення необхідності змін підвищує ймовірність тривалого утримання від вживання ПАР. Ефективність реабілітації також залежить від сімейної підтримки та залучення близьких до процесу лікування, що сприяє зменшенню ризику рецидиву. Не менш важливим є використання психотерапевтичних методів, зокрема групової терапії, яка дозволяє пацієнтам усвідомити власні проблеми через спілкування з іншими людьми, що мають подібний досвід. Значний вплив має освітня та трудова реабілітація, яка сприяє формуванню нових життєвих навичок та професійної адаптації. Медичний супровід, зокрема медикаментозна терапія, допомагає зменшити фізичні та психологічні симптоми залежності, полегшуючи процес відмови від ПАР.

Під соціальними навичками розуміються «вміння ефективно взаємодіяти з іншими людьми, управління емоціями, здатність до конструктивного вирішення конфліктів та адаптація до різноманітних соціальних ситуацій. Особи, які проходять реабілітацію, часто мають проблеми з комунікацією через низьку самооцінку, страх перед соціальними взаємодіями або звички уникати конфліктів» [47, с. 82]. У зв'язку з цим, реабілітаційні програми повинні включати тренінги, які допомагають пацієнтам розвивати такі навички, як активне слухання, ясне вираження думок та потреб, а також уміння конструктивно вирішувати конфлікти без агресії чи відчуження. Крім того, навчання управлінню емоціями, зокрема вміння контролювати імпульси та знижувати рівень стресу, є необхідним для того, щоб пацієнти могли адекватно реагувати на стресові ситуації, не повертаючись до вживання ПАР. У результаті, розвиток соціальних навичок не лише сприяє покращенню взаємодії з оточуючими, але й є провідним елементом у процесі соціальної адаптації, допомагаючи особам створювати здорові міжособистісні зв'язки і знижувати ризик рецидивів залежності.

Підтримка після реабілітації є невід'ємною частиною процесу відновлення, оскільки саме в цей період пацієнти стикаються з найбільшими труднощами на шляху до повної соціальної адаптації. Завершення основної програми лікування не означає кінець боротьби із залежністю; навпаки, це початок нового етапу, коли особа повинна адаптуватися до звичайного життя, відновити соціальні зв'язки та професійну діяльність. Постреабілітаційна підтримка включає в себе регулярні індивідуальні консультації, які дозволяють пацієнтам обговорювати свої труднощі, а також групи підтримки, де люди з подібними проблемами можуть обмінюватися досвідом і надавати одна одній емоційну підтримку. Необхідно також, щоб здійснювався моніторинг соціальної адаптації, що дозволяє своєчасно виявляти можливі проблеми і ризики рецидиву, а також надавати додаткову підтримку на цих етапах. Завдяки цьому пацієнти можуть поступово інтегруватися в суспільство, розвивати соціальні навички та підтримувати своє емоційне благополуччя, що допомагає уникнути повернення до старих звичок. Постреабілітаційна підтримка є необхідною для забезпечення довгострокових результатів реабілітації та збереження стабільного одужання.

1.3. Моделі та програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР у діяльності реабілітаційних центрів

Реабілітаційні установи відіграють ключову роль у реабілітаційному процесі, застосовуючи різні моделі та програми, спрямовані на інтеграцію осіб із залежністю в суспільство. Успішний досвід таких установ свідчить про ефективність програм, що поєднують медичну допомогу, психологічну підтримку, соціальну адаптацію та профілактичні заходи. Провідним елементом є індивідуалізація підходу до кожного пацієнта, врахування його психофізичних особливостей, соціального оточення та рівня мотивації до змін.

В. Свідовська проводить дослідження міжнародних практик і моделей реабілітації осіб, залежних від ПАР, зокрема в країнах Європи та США. Вона зосереджує увагу «на комплексних підходах, які інтегрують медичні, психологічні та соціальні методи для ефективного відновлення соціальної

адаптації пацієнтів» [39]. Авторка детально аналізує досвід таких реабілітаційних програм, як «12 кроків», когнітивно-поведінкова терапія, а також інноваційні методи, серед яких особливу увагу вона приділяє «цифровим інтервенціям, що активно використовуються для підтримки пацієнтів на всіх етапах лікування та відновлення. Такі програми спрямовані на інтеграцію пацієнтів в суспільство, поліпшення їх психоемоційного стану і забезпечення стійкої відмови від вживання ПАР [39, с. 155].

Програми реабілітації, що застосовуються в зарубіжних країнах, орієнтовані не лише на детоксикацію та медичне лікування, але й на активну соціалізацію пацієнтів. Вони включають такі компоненти, як групова терапія, індивідуальні консультації, професійне навчання та активну участь родини в процесі реабілітації. Ці елементи разом створюють цілісну систему підтримки, яка допомагає людині успішно повернутися до нормального соціального життя. Враховуючи досвід зарубіжних країн, в Україні також є необхідність впровадження подібних підходів для підвищення ефективності реабілітаційних програм. Окрім традиційних медичних методів, важливо розробити спеціалізовані програми, що передбачають соціальний супровід, навчання новим соціальним навичкам та надання професійних послуг, які допомагають пацієнтам адаптуватися до соціального середовища після завершення лікування. Впровадження таких комплексних програм є ключовим для зниження рівня рецидивів та підтримки стійкої соціальної адаптації осіб, які проходять реабілітацію від наркотичної залежності.

Аналіз міжнародного та національного досвіду реабілітаційних центрів дозволяє виокремити найрезультативніші методи соціальної реабілітації, що забезпечують довготривалу ремісію, зниження ризику рецидивів та формування стійких соціально прийнятних моделей поведінки.

Міннесотська модель є однією з найефективніших систем реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Вона базується на принципах анонімності, взаємодопомоги та поступового відновлення через усвідомлення проблеми, прийняття власної відповідальності за одужання та залучення до підтримуючої

спільноти. Основна ідея цієї моделі полягає в тому, що залежність є хронічним і прогресуючим захворюванням, яке неможливо подолати самотійно, тому особа має звернутися до вищої сили (у широкому розумінні, це може бути як релігійний аспект, так і спільнота одужуючих), прийняти допомогу та слідувати чіткій програмі змін.

Процес реабілітації за Міннесотською моделлю включає кілька етапів. Перший – визнання власної безпорадності перед залежністю та усвідомлення необхідності змін. Другий – формування духовних та моральних орієнтирів, що передбачає критичний аналіз минулого досвіду та роботу над виправленням власних помилок. Третій етап зосереджується на відновленні соціальних зв'язків, вибудовуванні нової поведінкової моделі та залученні до груп взаємодопомоги (таких як «Анонімні алкоголіки» або «Анонімні наркомани»). Учасники програми отримують підтримку не лише від фахівців, а й від осіб, які самі пройшли шлях реабілітації та можуть поділитися власним досвідом [36].

Досвід застосування Міннесотської моделі вказує на її високу ефективність у довгостроковій перспективі, оскільки вона сприяє не лише подоланню залежності, а й повноцінній соціалізації осіб, які проходять лікування. Завдяки комплексному підходу, що поєднує психологічну роботу, духовний розвиток і соціальну підтримку, дана модель допомагає формувати нові життєві цінності та забезпечує зниження ризику рецидивів.

Терапевтичні спільноти є ефективною формою соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Вони базуються на принципі довготривалого перебування в структурованому середовищі, де учасники спільноти не лише отримують професійну допомогу, а й активно взаємодіють один з одним, сприяючи власному одужанню та підтримці інших членів групи. Основна ідея цієї моделі полягає в тому, що залежність – це не лише медична, а й соціальна проблема, тому ефективне лікування має включати зміну поведінкових навичок, особистісний розвиток і ресоціалізацію.

Програма терапевтичних спільнот передбачає кілька етапів. На початковому етапі учасники адаптуються до нового середовища, засвоюють

правила та принципи спільноти, вчать відповідальності за власні дії. Далі відбувається активна фаза реабілітації, яка включає психологічну роботу, формування нових цінностей, розвиток комунікативних навичок і корекцію девіантної поведінки. Провідною є колективна відповідальність, що передбачає взаємопідтримку та участь у спільних завданнях, таких як приготування їжі, прибирання чи організація заходів. На завершальному етапі особа поступово інтегрується в суспільство, отримує професійну підготовку або освіту, що сприяє її успішному працевлаштуванню та закріпленню здорового стилю життя.

Досвід застосування терапевтичних спільнот демонструє їхню високу ефективність, особливо серед осіб із тривалою залежністю. Структуроване середовище допомагає розвивати навички самоконтролю, відповідальності та соціальної взаємодії. Завдяки тривалому перебуванню у спільноті формується стабільний емоційний стан, знижується ризик рецидивів і підвищується мотивація до подальшого саморозвитку. Успішні приклади таких програм включають міжнародний досвід реабілітаційних центрів, зокрема «DaytopVillage» у США та європейські аналоги, що застосовують подібні методики для комплексного відновлення залежних осіб [38, с. 17].

Біопсихосоціальна модель є комплексним підходом до реабілітації осіб із залежністю від ПАР, який охоплює три основні елементи: біологічний, психологічний і соціальний. Вона ґрунтується на розумінні того, що залежність має багатофакторний характер, тому ефективна реабілітація неможлива без одночасного впливу на всі ці складові.

Біологічний компонент передбачає медикаментозне лікування, спрямоване на зменшення абстинентного синдрому, нормалізацію роботи нервової системи та усунення фізичних наслідків вживання ПАР. Для цього застосовуються детоксикаційні програми, замісна терапія та препарати, що знижують потяг до речовин. Важливим аспектом є індивідуальний підбір фармакологічних засобів залежно від стадії залежності та загального стану здоров'я пацієнта.

Психологічна складова охоплює різні методи психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційне консультування, психоосвіту та

емоційно-когнітивну підтримку. Основна мета полягає у формуванні здорових поведінкових патернів, усвідомленні механізмів залежності та виробленні ефективних стратегій подолання потягу до ПАР. У цьому процесі важливу роль відіграє робота з травмами, стресом, депресією та іншими психологічними чинниками, які можуть сприяти рецидивам.

Соціальний аспект спрямований на ресоціалізацію пацієнтів, їхню інтеграцію у суспільство, відновлення сімейних та професійних зв'язків. До цього етапу належать заходи щодо працевлаштування, навчання, участі у соціальних та волонтерських проєктах. Значна увага приділяється профілактиці рецидивів, що включає «підтримку з боку соціальних служб, груп взаємодопомоги та програми супроводу після основного курсу лікування» [31].

Ефективність біопсихосоціальної моделі підтверджується міжнародною практикою, зокрема програмами реабілітаційних центрів у США, Канаді та країнах ЄС. Такий підхід дозволяє не лише зменшити рівень фізичної залежності, а й сформувати в особи стійку мотивацію до здорового способу життя, що значно підвищує шанси на тривалу ремісію та успішну соціальну адаптацію.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на принципі, що залежність формується та підтримується через деструктивні когнітивні установки та поведінкові реакції. Основна мета КПТ – виявлення й корекція цих негативних патернів, що сприяє тривалій ремісії та успішній соціальній адаптації.

Головним етапом КПТ є аналіз автоматичних думок і переконань, які сприяють формуванню залежності. Часто у пацієнтів спостерігаються ірраціональні уявлення, наприклад: «Я не зможу впоратися зі стресом без наркотиків» або «Без алкоголю я не буду цікавим для оточення». Завдання терапевта – допомогти пацієнту усвідомити хибність цих переконань та замінити їх адаптивними когнітивними установками.

Поведінковий аспект КПТ спрямований на формування навичок подолання стресу, самоконтролю та запобігання рецидивам. У цьому процесі використовуються такі методи, як моделювання поведінки, рольові ігри, навчання релаксаційним технікам і технікам керування емоціями. Пацієнти

вчать розпізнавати тригери, що провокують потяг до ПАР, та знаходити альтернативні способи реагування. Одним із компонентів КПТ є розвиток навичок вирішення проблем, що включає навчання ефективному прийняттю рішень, плануванню дій у складних ситуаціях і формуванню стійкості до стресових факторів. Також значна увага приділяється профілактиці зривів: терапевт допомагає пацієнту розробити індивідуальну стратегію запобігання рецидивам, що може включати підтримку з боку сім'ї, участь у групах взаємодопомоги та застосування когнітивних технік саморегуляції.

Ефективність КПТ у лікуванні залежності від ПАР підтверджується численними дослідженнями. Даний підхід широко застосовується в реабілітаційних центрах США, Великої Британії, Канади та інших країн, оскільки забезпечує довготривалі результати, знижує ризик рецидивів і сприяє інтеграції пацієнтів у здорове соціальне середовище [30, с. 62].

Соціально-трудова адаптація є провідним етапом реабілітації осіб із залежністю від ПАР, оскільки сприяє їхній економічній незалежності, соціальній інтеграції та зниженню ризику рецидивів. Цей підхід спрямований на допомогу в працевлаштуванні, професійну перепідготовку та розвиток трудових навичок, що дозволяє особам, які пройшли лікування, повернутися до повноцінного життя в суспільстві.

Процес соціально-трудової адаптації передбачає кілька етапів. Перший з них – оцінка професійних можливостей і навичок особи, що включає аналіз її попереднього досвіду роботи, рівня освіти та інтересів. Це дозволяє визначити оптимальні варіанти працевлаштування або потребу в додатковому навчанні.

Наступним етапом є професійна підготовка та розвиток навичок, необхідних для ефективного працевлаштування. Багато реабілітаційних центрів пропонують спеціальні тренінгові програми, курси перекваліфікації та співпрацюють із центрами зайнятості. Особи, які не мають професії або втратили попередню кваліфікацію через залежність, отримують можливість опанувати нові спеціальності, адаптовані до ринку праці.

Працевлаштування є етапом адаптації, оскільки воно не лише забезпечує матеріальну незалежність, а й сприяє психологічній стабільності. Деякі реабілітаційні програми включають партнерські програми з роботодавцями, що готові надавати робочі місця особам, які пройшли лікування. Також застосовуються методи наставництва, коли колишні залежні, що успішно інтегрувалися в суспільство, допомагають новим учасникам програми адаптуватися до робочого середовища. Провідною складовою соціально-трудової адаптації є формування навичок соціальної взаємодії та відповідальності. Для цього в рамках програм реабілітації проводяться заняття з розвитку комунікативних навичок, управління конфліктами, планування кар'єри та фінансової грамотності.

Дослідження показують, що успішна соціально-трудова адаптація значно знижує ймовірність повернення до вживання ПАР, оскільки зайнятість і стабільний дохід сприяють зміцненню мотивації до тверезого способу життя. Завдяки комплексному підходу, що поєднує психологічну підтримку, навчання та сприяння в працевлаштуванні, особи, які подолали залежність, отримують можливість побудувати нове життя та реалізувати свій потенціал у суспільстві.

Родинна терапія є одним з провідних елементів процесу реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Залучення родини до лікувального процесу дозволяє не лише підтримувати хворого, а й допомагає родичам зрозуміти природу залежності, розпізнавати симптоми рецидиву та надавати ефективну підтримку. Цей підхід сприяє зміцненню родинних зв'язків, розвитку здорових моделей взаємодії та забезпечує стабільність у процесі реабілітації. Одним з основних елементів родинної терапії є навчання родичів залежної особи ефективним методам підтримки. Це вивчення стратегій допомоги в боротьбі з рецидивами, встановлення здорових меж, уникнення маніпуляційних моделей поведінки та підтримку в процесі реабілітації. Родина має бути освічена щодо того, як її члени можуть бути активними учасниками реабілітаційного процесу, не посилюючи проблему та не сприяючи розвитку залежності.

Залучення родини дозволяє також знизити соціальну ізоляцію особи, яка проходить реабілітацію, і забезпечити створення підтримуючого середовища вдома. Родинна терапія сприяє відновленню довіри між залежною особою та її рідними, що є важливим етапом у процесі соціальної адаптації. Програми родинної терапії можуть включати індивідуальні консультації для членів родини, групові заняття, тренінги та навчальні семінари. Важливою частиною цих програм є обговорення конкретних ситуацій, що виникають у повсякденному житті родини, а також розробка плану дій на випадок зриву чи рецидиву.

Родинна терапія дозволяє також запобігти розвитку кодепенденції, коли родичі стають занадто залученими в процес залежності, іноді навіть підтримуючи поведінку залежної особи через нездорові форми підтримки. Програми навчання родичів допомагають «уникнути цієї пастки і заохочують їх до здорової підтримки. Включення родини в реабілітаційний процес підвищує шанси на успішне подолання залежності та забезпечує стійкий результат лікування, адже підтримка родичів є важливою складовою відновлення психологічного та соціального статусу залежної особи» [41].

Програми мотиваційного консультування орієнтовані на створення умов для усвідомлення клієнтом необхідності змін у своєму житті та розвитку мотивації до тверезого способу життя. Мотиваційне консультування допомагає індивідам зрозуміти негативні наслідки своєї залежності, а також розвинути внутрішню мотивацію для подолання проблеми, що є критично важливим для успіху реабілітаційного процесу.

Основна мета мотиваційного консультування — допомогти клієнтам розпізнати свої власні цілі та бажання щодо змін, а також усвідомити позитивні ефекти від припинення вживання ПАР. Цей процес містить формулювання особистих мотиваційних причин, таких як бажання покращити своє здоров'я, відновити стосунки з близькими або знайти стабільну роботу. Важливою частиною мотиваційного консультування є допомога клієнтам у встановленні досяжних і реалістичних цілей, що забезпечує прогрес у їхній реабілітації.

Процес мотиваційного консультування, як правило, розпочинається з етапу оцінки готовності пацієнта до змін. Консультанти допомагають виявити різні стадії змін, від заперечення проблеми до остаточного прийняття необхідності змін. Це дозволяє індивідуально адаптувати підхід до кожного клієнта, відповідно до його особистих потреб і ситуації.

Зазвичай мотиваційне консультування використовує техніки, засновані на принципах розмовної терапії, активного слухання, постановки запитань і вивчення бар'єрів, які заважають людині зробити крок до тверезості. Консультанти можуть працювати з клієнтами на різних етапах їхньої залежності, допомагаючи їм розвивати стійке прагнення до змін і підтримуючи в процесі боротьби з залежністю.

Програми мотиваційного консультування можуть бути поєднані з іншими видами терапії, такими як когнітивно-поведінкова терапія або терапія підтримки, що робить процес реабілітації більш ефективним. Особливістю цих програм є те, що вони не нав'язують змін, а допомагають клієнту самостійно усвідомити і прийняти рішення щодо свого життя, що є особливо важливим для стійкості результатів лікування. Завдяки таким програмам пацієнти здобувають впевненість у своїх силах і можливості змінити своє життя, що значно збільшує ймовірність успішного подолання залежності та досягнення стабільної тверезості.

Першочерговою метою медико-соціального супроводу є підтримка здоров'я пацієнта через контроль за загальним станом його організму. Люди, які зловживають ПАР, часто мають серйозні проблеми зі здоров'ям, зокрема, з порушеннями функцій внутрішніх органів, інфекційними захворюваннями (особливо через ін'єкційні методи вживання наркотиків) та іншими хронічними хворобами. Тому важливою частиною медико-соціального супроводу є регулярний моніторинг здоров'я, надання медикаментозної підтримки та лікування супутніх захворювань.

Цей супровід охоплює профілактику інфекційних захворювань, таких як ВІЛ/СНІД, гепатити, туберкульоз, що можуть бути поширені серед осіб із

залежністю від ПАР, особливо через вживання наркотиків шляхом ін'єкцій. Профілактика включає у себе роз'яснювальну роботу щодо безпечних практик, надання медичних засобів для зниження ризику передачі інфекцій, таких як стерильні голки та шприци, а також доступ до тестування та лікування.

Медико-соціальний супровід також передбачає психологічну допомогу, що включає в себе як індивідуальні, так і групові консультації. Психологічна підтримка важлива для допомоги пацієнтам у подоланні внутрішніх конфліктів, страхів та сумнівів щодо свого стану та лікування. У кризових ситуаціях, таких як стрес або загроза зриву, надання своєчасної психологічної допомоги є необхідним для підтримки пацієнта в процесі реабілітації та запобігання рецидивам.

Також частиною медико-соціального супроводу є створення умов для стабільної соціалізації особи. Підтримка в пошуку житла, працевлаштуванні та інтеграції в суспільство забезпечує підвищення шансів на успішне відновлення та повернення до нормального життя. Комплексний підхід медико-соціального супроводу дозволяє не лише полегшити фізичні симптоми та наслідки залежності, але й забезпечити пацієнта всебічною підтримкою, що є важливим для досягнення стійких результатів реабілітації. Однією з найбільш поширених форм підтримувальної терапії є замісна терапія, наприклад, метадонова терапія, яка використовує медикаменти для зниження шкоди, пов'язаної з наркотичною залежністю, і сприяє соціальній адаптації пацієнтів.

Замісна терапія полягає в тому, щоб замінити наркотик, від якого залежна людина, на інший, менш шкідливий для організму, але який має схожу дію. Наприклад, метадон, який є синтетичним опіоїдом, використовується для лікування залежності від героїну та інших опіатів. Метою є зниження симптомів абстиненції та бажання вживати наркотики, що дозволяє пацієнтам зберегти стабільний фізичний та психічний стан і почати поступово знижувати дозу.

Підтримувальна терапія має кілька аспектів. По-перше, вона дозволяє знизити ризики, пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків, такими як інфекційні захворювання (наприклад, ВІЛ, гепатити), через заміну ін'єкційних

наркотиків на таблетки чи рідини, що приймаються перорально або під контролем медичного персоналу. По-друге, вона забезпечує стабільність організму, дозволяючи пацієнтам нормально функціонувати в суспільстві, працювати та вести активне соціальне життя. Підтримувальна терапія також є основою для подальшої соціальної реабілітації, оскільки вона дозволяє пацієнтам відновити нормальні соціальні функції. Це включає працевлаштування, відновлення стосунків із родиною та близькими, а також інтеграцію в повсякденне життя без залежності від наркотиків. Крім того, ця терапія знижує ризик зривів у процесі реабілітації, забезпечуючи стабільність і безпеку пацієнта на всіх етапах відновлення.

Метадонова терапія, однак, повинна проводитись під ретельним медичним наглядом, оскільки вона також може викликати залежність, але її використання в межах контролю допомагає пацієнтам поступово позбавитися фізичної та психологічної залежності, знижуючи ризики і полегшуючи процес одужання. Загалом, «підтримувальна терапія є інструментом у комплексному лікуванні залежності від ПАР, зокрема для осіб, які страждають від важких форм залежності. Вона сприяє зниженню ризиків для здоров'я, покращенню якості життя пацієнтів і підвищенню ефективності соціальної реабілітації» [67].

Аутріч-програми є ефективним методом роботи з особами, які мають залежність від ПАР, і спрямовані на залучення таких осіб до лікування та соціальної реабілітації. Основною особливістю цих програм є їхня робота безпосередньо в середовищі залежних, що дозволяє краще зрозуміти їхні потреби та надати необхідну допомогу у зручному для них форматі. Фахівці аутріч-програм працюють на вулицях, у кризових районах, місцях скупчення людей із залежністю, у притулках, на вокзалах, у місцях розповсюдження наркотиків, а також через мобільні пункти допомоги. Основні завдання таких програм:

- профілактику вживання наркотиків – розповсюдження інформації про ризики вживання ПАР, їхні наслідки та можливості реабілітації.

- забезпечення базовими медичними послугами – надання засобів профілактики (стерильних шприців, презервативів, антисептиків), первинний медичний огляд, вакцинація та скринінг на інфекційні захворювання.

- психологічну підтримку та мотиваційне консультування – робота з клієнтами щодо усвідомлення проблеми та можливості виходу із залежності.

- залучення до реабілітаційних програм – інформування про наявні центри реабілітації, програми лікування та підтримки, організація консультацій зі спеціалістами.

- соціальну допомогу – сприяння відновленню документів, працевлаштуванню, пошуку житла та поверненню до нормального життя.

Аутріч-програми є ключовим компонентом комплексної системи допомоги залежним особам, оскільки дозволяють працювати з тими, хто не звертається за допомогою самостійно. Вони допомагають знизити рівень поширення наркоманії, ВІЛ/СНІДу та інших соціальних проблем, пов'язаних із залежністю.

Успішні реабілітаційні установи поєднують кілька методів лікування та підтримки, забезпечуючи індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Саме таке комплексне ведення реабілітації дає змогу забезпечити ефективне повернення людей із залежністю до здорового та соціально активного способу життя.

Висновки до першого розділу

У першому розділі акцентується увага на соціально-психологічних аспектах формування залежності. Залежність від ПАР не є наслідком лише фізіологічних змін в організмі, але й результатом комплексної взаємодії психологічних, соціальних і біологічних факторів. Психологічні чинники, такі як низька самооцінка, стреси, депресії, а також переживання травмуючих подій (психічні травми), можуть значно збільшити ймовірність того, що індивід почне використовувати ПАР як спосіб зняття емоційного навантаження. Соціальні фактори, зокрема відсутність підтримки в родині чи серед друзів, соціальна ізоляція, а також негативний вплив оточення, де вживання ПАР є нормою, значно

підвищують ризик формування залежності. Ці фактори створюють у людини відчуття порожнечі чи самотності, що змушує звертатися до ПАР для досягнення тимчасового полегшення або втечі від реальності.

Класифікація ПАР в контексті їхнього впливу на фізичний і психічний стан дозволяє детально зрозуміти механізми їхнього впливу на організм. ПАР умовно поділяються на кілька груп за їх фармакологічними властивостями: депресанти, стимулятори, галюциногени тощо. Кожна з цих груп має свій специфічний механізм дії, який веде до змін у фізичному та психічному стані людини. Наприклад, наркотики-депресанти (морфін, героїн) викликають сильне гальмування діяльності центральної нервової системи, що призводить до розслаблення, пригнічення дихання та зниження артеріального тиску, але з часом спричиняє серйозні порушення психічних функцій, депресію та інші когнітивні дефіцити. Нікотин, навпаки, стимулює центральну нервову систему, що призводить до підвищення активності, але з часом спричиняє розвиток залежності, погіршення сну та тривожність. Тому розуміння цього механізму має велике значення для подальшої діагностики та лікування залежностей.

Особи, залежні від ПАР – це люди, у яких сформована стійка фізична, психологічна та поведінкова залежність від психоактивних речовин, що проявляється непереборним прагненням їх вживати для досягнення задоволення або зняття неприємних емоцій, незважаючи на шкоду для здоров'я, соціальних відносин та особистого життя.

Соціальна реабілітація осіб, залежних від ПАР, є основним напрямом у боротьбі з цією проблемою. Потрібно, щоб реабілітація була комплексною і включала різні аспекти. Програми реабілітації повинні охоплювати не лише фізичне лікування (медикаментозне лікування абстиненції та відновлення фізичного стану), але й психологічну підтримку, навчання соціальних навичок, професійну підготовку та активну роботу з родиною. Психологічна підтримка важлива для того, щоб пацієнти змогли зрозуміти й подолати психологічні проблеми, які стали причиною їх залежності. Крім того, розвиток соціальних навичок і реінтеграція в суспільство є необхідними для того, щоб людина, яка

пройшла реабілітацію, змогла успішно адаптуватися до нормального життя без повернення до вживання ПАР.

Також потрібною є підтримка після реабілітації. Після завершення основного етапу реабілітації пацієнти часто потребують тривалої підтримки для запобігання рецидиву залежності. Групи підтримки, індивідуальні консультації, а також моніторинг соціальної адаптації сприяють поступовій інтеграції людей у суспільство та запобіганню повернення до вживання ПАР.

Отже, теоретичний аналіз підтверджує, що залежність від ПАР є складним багатofакторним явищем, що вимагає індивідуального та комплексного підходу в діагностиці, лікуванні та реабілітації. Тільки через багатогранний підхід можна досягти успіху в боротьбі з цією серйозною соціальною проблемою.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ

2.1. Стан надання соціальної реабілітації особам із залежністю від ПАР в умовах Міжнародної Антинаркотичної Асоціації

З метою аналізу стану надання соціальної реабілітації особам із залежністю від ПАР в умовах Міжнародної Антинаркотичної Асоціації (далі ММА) нами було проведено констатувальний експеримент. Він передбачав аналіз діяльності реабілітаційного центру; контент-аналіз реабілітаційних програм, що впроваджуються в закладі; анкетування співробітників реабілітаційного центру ММА.

Мета дослідження: оцінити ефективність організації реабілітаційного процесу в ММА (м. Київ), визначити рівень застосування сучасних психотерапевтичних і соціальних методів роботи, а також виявити основні труднощі та потреби працівників у процесі надання допомоги клієнтам із залежністю.

Завдання дослідження:

- проаналізувати структуру та особливості програм реабілітації, що застосовуються в центрі;
- визначити методи, якими користуються фахівці під час роботи з клієнтами;
- дослідити ефективність системи після реабілітаційного супроводу;
- виявити проблеми, з якими стикаються співробітники у професійній діяльності;
- сформулювати пропозиції щодо вдосконалення організації роботи та підвищення якості реабілітаційних послуг.

Здійснивши аналіз діяльності реабілітаційного центру ми визначили, що робота ММА базується на комплексному підході до лікування та реабілітації осіб із залежністю від ПАР, включаючи наркоманію та алкоголізм, а також із

супутніми поведінковими розладами, як-от ігрова залежність. Організація функціонує як розгалужена мережа стаціонарних реабілітаційних центрів, розташованих у ключових містах України, зокрема в Києві, Дніпрі, Харкові та Львові. Своєю місією МАА декларує надання якісної допомоги в умовах, що забезпечують конфіденційність, цілодобову підтримку, активне залучення сім'ї та довготривалий супровід після завершення основного курсу реабілітації [31].

Проаналізувавши нормативно-правові документи, які регламентують діяльність МАА та офіційний сайт Асоціації, ми визначили, що основою терапевтичного впливу МАА є програмно-структурована реабілітація, що інтегрує кілька взаємопов'язаних компонентів для досягнення стійкої ремісії та ресоціалізації пацієнтів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Програмно-структурована модель реабілітації МАА

12-крокова програма	Методика є базовим елементом структури реабілітації. Вона слугує каркасом для формування особистісних змін, розвитку самосвідомості та прийняття відповідальності за власне життя. Застосування 12 кроків сприяє формуванню внутрішньої мотивації до тверезості та надає інструменти для подолання кризових ситуацій.
Індивідуальна та групова психотерапія	Програма включає інтенсивну психотерапевтичну роботу, яка допомагає пацієнтам розібратися з психологічними причинами залежності. Індивідуальні сесії забезпечують глибинну роботу над травмами та конфліктами, тоді як групова терапія сприяє розвитку соціальних навичок, формуванню здорових моделей спілкування та отриманню підтримки від однодумців. Тренінги соціальних навичок допомагають відновити втрачені або нерозвинені компетенції, необхідні для повноцінної інтеграції в суспільство.
Робота з родиною	Важливим аспектом діяльності МАА є консультування родичів щодо проблеми співзалежності. Ця робота спрямована на корекцію деструктивних сімейних ролей та патернів поведінки, що могли сприяти розвитку залежності. Залучення сім'ї до процесу реабілітації є вирішальним для створення сприятливого середовища, що підтримує тверезість пацієнта після повернення додому.
Постреабілітаційний супровід	МАА забезпечує довготривалий супровід, який включає роботу груп підтримки. Цей етап критично важливий для профілактики рецидивів. Він допомагає особам, які завершили основний курс, адаптуватися до нового життя, вирішувати поточні проблеми та підтримувати зв'язок зі спільнотою, що сприяє збереженню тверезості.

Джерело: складено автором на основі аналізу джерела [31]

Застосовувані МАА програмні підходи відповідають ключовим міжнародним стандартам лікування розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, що були розроблені Управлінням ООН з наркотиків і злочинності (UNODC) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO). Ці стандарти включають принцип індивідуалізованості, за яким терапевтичний план розробляється з урахуванням унікальних потреб та особистої історії кожного пацієнта. Забезпечується безперервність допомоги, що гарантує плавний перехід від стаціонарної реабілітації до післяреабілітаційного супроводу. Крім того, модель базується на мультидисциплінарності, залучаючи фахівців із різних галузей, таких як психологи, консультанти та медичний персонал, для надання комплексної допомоги. Важливим елементом є залучення сім'ї, що передбачає розуміння ролі сімейного середовища в процесі реабілітації та інтеграцію близьких у терапевтичний процес. Нарешті, систематична робота спрямована на профілактику рецидивів, закріплюючи навички тверезості та запобігаючи поверненню до вживання психоактивних речовин. Таким чином, МАА реалізує модель, що відповідає сучасним науковим підходам до лікування залежності, поєднуючи перевірені методики з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта та його соціального оточення.

Реабілітаційна програма, що застосовується МАА, розроблена як структурований процес, який складається з кількох взаємопов'язаних етапів. На першому етапі, що називається первинна реабілітація, основна увага приділяється психоосвіті, корекції деструктивних поведінкових патернів і формуванню стійкої мотивації до змін. Для досягнення цих цілей використовуються такі підходи, як ізоляція від тригерного середовища, цілодобовий нагляд та повний пансіон. За необхідності проводяться консультації вдома ще до госпіталізації.

Наступний етап, соціальна адаптація, спрямований на відновлення соціальних ролей, набуття практичних навичок і розвиток відповідальності. Цей етап включає також планування тверезого життя. Завершальним є післяреабілітаційний супровід, який забезпечує підтримку у тривалій

перспективі. Його ключовими компонентами є підтримувальні групи, наставництво та цілеспрямована профілактика рецидивів. Таким чином, програма МАА є комплексною та безперервною, забезпечуючи супровід пацієнтів на всіх стадіях їхнього відновлення.

У МАА не встановлюють конкретних термінів реабілітації, бо кожна людина проходить цей процес по-різному. Все залежить від стану, готовності працювати над собою та підтримки з боку близьких. Зазвичай програми ділять на короткі та довші: перші тривають від місяця до трьох, другі – від трьох до шести місяців. У середньому повний курс займає близько півроку. Але навіть після цього робота не закінчується, адже дуже важливо, щоб людина мала підтримку в період повернення до звичайного життя. Саме тому в Асоціації є післяпрограмна допомога, яка триває ще щонайменше півроку і допомагає поступово закріпити результат та уникнути зривів.

У МАА процес реабілітації організовується переважно у резидентному форматі. Такий підхід передбачає стаціонарне проживання клієнтів у центрі з повним забезпеченням умов побуту, харчування та нагляду. У випадках первинного залучення можливе проведення консультацій за місцем проживання, що полегшує перехід до систематичної роботи з фахівцями [31].

Важливою особливістю діяльності Асоціації є створення структурованого середовища, де кожен елемент спрямований на підтримку та формування нових моделей поведінки. Учасники реабілітаційної програми залучаються до чіткого розкладу занять, тренінгів, групових зустрічей та індивідуальних консультацій. Значне місце посідає наставництво та робота з родиною, адже інтеграція близького оточення у процес відновлення підвищує ефективність реабілітації та знижує ризик рецидивів.

Практика Асоціації спирається на принципи, що забезпечують якість послуг. Серед них – добровільність участі та інформована згода клієнтів, дотримання конфіденційності, індивідуалізація плану реабілітації, безперервність надання допомоги та мультидисциплінарний підхід. Окрему увагу приділено профілактиці повторних випадків залежності й систематичній

оцінці результатів, що враховує як ризики, так і ресурси особистості. Такий підхід дає змогу створити комплексну підтримку, орієнтовану не лише на подолання залежності, а й на формування стабільного способу життя в подальшому [31].

У діяльності Міжнародної Антинаркотичної Асоціації використовується широкий спектр психосоціальних інструментів, спрямованих на відновлення особистості та формування стійкої мотивації до тверезості. Важливе місце займають психоосвітні модулі та когнітивно-поведінкові методи, які допомагають клієнтам ідентифікувати власні тригери, навчитися долати потяги та поступово формувати необхідні життєві навички.

Суттєвою складовою програми є групова робота. У центрах Асоціації проводяться зустрічі за програмою «12 кроків», що включають підтримку від наставників і спонсорів, а також інші групові заняття, які створюють атмосферу взаємної довіри та відповідальності. Не менш важливою є й робота з родинами клієнтів: консультації для членів сім'ї спрямовані на подолання співзалежності, формування здорових меж та створення умов для підтримки тверезості [31].

Окрему увагу в МАА приділяють профілактиці рецидивів. Клієнти розробляють індивідуальний план, що включає аналіз високоризикових ситуацій, визначення стратегії дій та залучення соціальної підтримки. Цей підхід дає змогу знизити ймовірність зривів та підготувати людину до самостійного життя після завершення програми.

Не менш значущим елементом є післяреабілітаційний супровід. Він охоплює регулярні зустрічі випускників програм, групові заняття та індивідуальні консультації. Така форма підтримки забезпечує безперервність допомоги та дозволяє закріпити результати реабілітації у довгостроковій перспективі.

Серед сильних сторін діяльності Асоціації варто виділити національну мережу центрів, що функціонують у резидентному форматі й забезпечують клієнтам захищене середовище. Структуровані етапи реабілітації, активне

залучення сімейної складової та декларована післяреабілітаційна підтримка створюють передумови для комплексного впливу.

Щодо строків, програми зазвичай варіюються від одного до шести місяців залежно від тяжкості розладу та наявності супутніх проблем, а післяреабілітаційна підтримка триває ще щонайменше півроку. Це забезпечує поступовий перехід від інтенсивної допомоги до стабільного самостійного життя без залежності. МАА пропонує резидентні, структуровані програми лікування залежностей, що включають 12-крокову модель, індивідуальну/групову терапію, сімейну роботу та післяреабілітаційний супровід.

Трирівнева побудова відповідає принципу безперервності опіки та узгоджується з міжнародними стандартами та державним стандартом соціальної послуги. З огляду на нормативні орієнтири, реабілітація зазвичай триває від 28 днів до 6 місяців із подальшою підтримкою не менше пів року; конкретні строки визначаються індивідуально. Для забезпечення належної якості рекомендовано відслідковувати виконання індивідуальних планів, наявність мультидисциплінарної команди та об'єктивних індикаторів результативності (утримання від ПАР, поліпшення психосоціального функціонування, зниження ризику рецидивів).

Для вивчення особливостей роботи установи та оцінки практики надання послуг було використано метод анкетування. Цей метод забезпечив збір кількісних даних щодо організації роботи, застосовуваних методів і процедур, а також оцінки ефективності наданої допомоги.

Для дослідження особливостей реабілітаційної діяльності Міжнародної Антинаркотичної Асоціації було проведено анкетування серед працівників установи. Участь у дослідженні взяли 20 осіб, які безпосередньо працюють із клієнтами в рамках різних програм: психологи, соціальні працівники, медичні фахівці та наставники. Анкета складалася з шести розділів, що охоплювали загальну інформацію про респондента, організацію роботи, методи та підходи, роботу з родиною, післяреабілітаційний супровід та оцінку ефективності програм. Питання включали як закриті (так/ні, вибір із запропонованих

варіантів), так і відкриті (коментарі, пропозиції), що дозволяло поєднати кількісну та якісну інформацію (Структура анкетки подана в Додатку Б).

Анкетування проводилося особисто, у формі заповнення паперових анкет під наглядом, а також частково – у форматі електронної розсилки для зручності респондентів. Тривалість заповнення анкетки коливалася від 15 до 25 хвилин.

Результати опитування свідчать про рівномірне представлення фахівців з різним досвідом роботи в реабілітаційній сфері. Значну частку становлять співробітники зі стажем від 1 до 3 років – 10 респондентів, що може свідчити про активне оновлення та залучення нових кадрів до роботи в центрі.

Водночас половина – 10 опитаних (50%) має досвід понад 4 роки, з них 5 осіб (25%) – понад 6 років, що є позитивним показником стабільності кадрового складу та збереження кваліфікованих фахівців. Це забезпечує баланс між молодими спеціалістами та досвідченими працівниками, що є сприятливим для ефективної командної роботи та передачі професійного досвіду.

Наявність 4 (20%) співробітників із досвідом менше року також говорить про відкритість центру до нових фахівців, що може свідчити як про кадровий приріст, так і про необхідність додаткової адаптації та навчання новачків у команді.

Загалом, структура команди дозволяє припустити, що центр поєднує інноваційний підхід молодих кадрів із практичним досвідом старших спеціалістів, що позитивно впливає на якість реабілітаційного процесу.

Більшість опитаних працівників мають профільну підготовку в галузі психології, медицини чи соціальної роботи, що відповідає вимогам до роботи з наркозалежними (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Спеціальність співробітників реабілітаційного центру МАА

Тип освіти / підготовки	К-ть осіб	Примітка
Психологічна освіта (бакалавр/магістр)	7	Психологи, психотерапевти
Соціальна робота / соціальна педагогіка	5	Соціальні працівники центру
Медична освіта (фельдшер, нарколог, психіатр)	3	З досвідом у сфері залежностей

Пройдені курси/тренінги з хімічної залежності	9	Зазначали сертифікати МАА, USAID, наркоанонімів
Власний досвід реабілітації + волонтерська діяльність	4	Колишні залежні, що пройшли повний курс
Інше (педагогіка, юриспруденція, духовна освіта)	2	Працюють у мотиваційній/адміністративній сфері

Джерело: складено автором самотійно

Додатковим плюсом є те, що близько половини співробітників мають сертифіковане навчання або тренінги саме з питань залежності, що підвищує їхню професійну компетентність. Наявність колишніх залежних серед персоналу також є перевагою, адже це дозволяє формувати довіру серед клієнтів та застосовувати метод «рівний рівному».

Такий кадровий склад сприяє багатoproфільному підходу до реабілітації, що поєднує професійну експертизу з емпатією та особистим досвідом.

За результатами проведеного анкетування, було встановлено, що всі респонденти мають повну форму зайнятості та всі підтвердили наявність у програмі структурованих етапів.

У процесі дослідження нам було важливо визначити частототу перегляду індивідуальних планів клієнтів. За результатами анкетування, найбільш поширеним підходом є перегляд планів за потребою, що відзначили половина респондентів. Щомісячний перегляд практикується у 6 (30 %) випадків, тоді як щотижневий моніторинг здійснюється лише у 3 (15 %) випадках. Один опитаний зазначив інші форми перегляду, серед яких періодичні оцінки ефективності програми під час командних нарад або аналіз за ключовими показниками (Рис. 2.1).

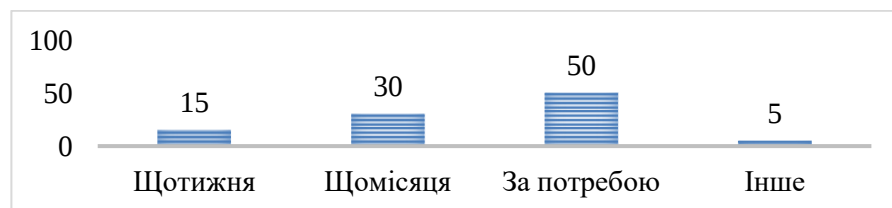


Рис. 2.1. Частота перегляду індивідуальних планів клієнтів працівниками МАА (%)

Джерело: складено автором самотійно

Отримані дані свідчать про переважання гнучкого підходу до перегляду індивідуальних планів у центрі, що дозволяє адаптувати їх до змінних потреб клієнтів. Водночас практика регулярного щотижневого перегляду застосовується рідше, що може бути пов'язано із ресурсними обмеженнями або орієнтацією на більш автономну діяльність клієнтів. Такий підхід забезпечує баланс між системністю ведення індивідуальних планів та адаптивністю до потреб клієнтів, сприяючи підвищенню ефективності реабілітаційного процесу.

На стовпчиковій діаграмі (рис. 2.2) відображено розподіл застосовуваних методів роботи серед респондентів. Найбільш поширеним методом є психоосвітні модулі, які використовують 100 % респондентів – 20 осіб. Когнітивно-поведінкові методи застосовуються 16 працівниками (80 %), робота з тригерами та розвиток навичок подолання потягів – 16 осіб (80 %), групи підтримки за програмою «12 кроків» – 14 осіб (70 %), сімейні консультації та післяреабілітаційний супровід (групи та індивідуальні сесії) зазначили по 12 опитаних (60 %).



Рис. 2.2. Розподіл застосування методів роботи серед респондентів (%)

Джерело: складено автором самостійно

У ході дослідження всі 20 респондентів, працівників МАА, підтвердили, що для кожного клієнта застосовуються індивідуальні плани. Це свідчить про те, що установа дотримується принципу персоналізованого підходу до реабілітації,

розробляючи програми відповідно до потреб, стану та особливостей кожного клієнта. Використання індивідуальних план забезпечує системність роботи, дозволяє більш ефективно відслідковувати прогрес клієнтів та коригувати реабілітаційні заходи, що підвищує загальну результативність програми.

Метою дослідження також було визначити частоту оцінки результатів роботи з клієнтами та показники результативності, що використовуються в практиці установи. Аналіз відповідей респондентів показав, що 20 % працівників здійснюють оцінку результатів після завершення програми, 30 % проводять її щомісячно, тоді як 45 % респондентів відзначили, що. Решта 5 % працівників повідомили, що оцінка проводиться за індивідуальними домовленостями з клієнтом, що відображає гнучкий та персоналізований підхід до контролю ефективності реабілітації (Рис. 2.3).

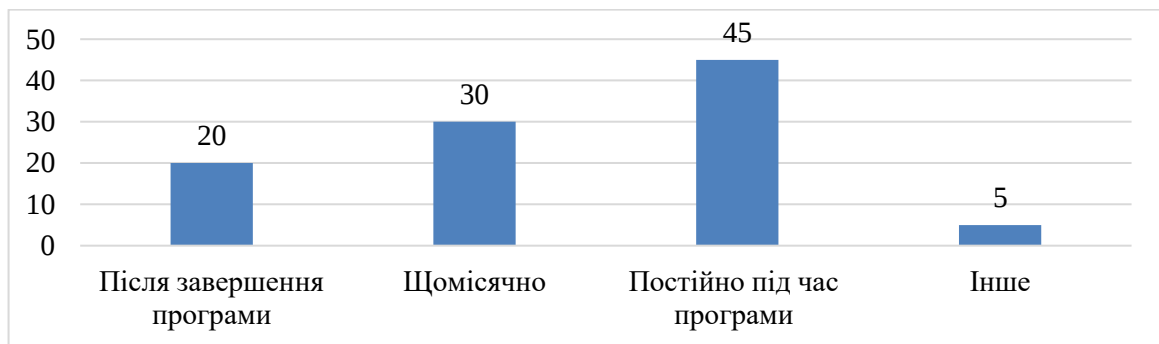


Рис. 2.3. Частота оцінки результатів роботи з клієнтами (%)

Джерело: складено автором самостійно

Що стосується показників результативності, де можна було обрати відразу декілька варіантів відповідей, найбільш поширеним критерієм оцінки є утримання клієнтів від вживання психоактивних речовин, про що зазначили 90% респондентів, це – 18 осіб. Поліпшення психосоціального функціонування клієнтів відзначили 75% опитаних, це – 15 осіб, тоді як 60%, це 12 осіб, враховують зниження ризику рецидивів як важливий показник ефективності. Крім цього, 10%, це – 2 респонденти додали, що в їхній практиці також оцінюються такі критерії, як адаптація до соціального середовища та рівень мотивації клієнта до змін.



Рис. 2.4. Показники результативності які використовуються у практиці (%)

Джерело: складено автором самостійно

Таким чином, результати дослідження свідчать про комплексний підхід Міжнародної Антинаркотичної Асоціації до оцінки ефективності реабілітаційних програм, що поєднує кількісні та якісні показники та забезпечує персоналізовану підтримку кожного клієнта протягом усієї програми.

Також результати показали, що більшість респондентів, а саме 85 % (17 осіб), підтвердили, що консультації з членами родини клієнта проводяться, тоді як 15% опитаних (3 особи) зазначили, що в їхній практиці таких заходів не передбачено. Такий розподіл свідчить про те, що сімейна робота є невід’ємною складовою системи реабілітаційної підтримки, спрямованої на формування стабільного середовища для клієнта та його соціальної інтеграції.

Що стосується тематики консультацій, найбільш поширеною темою є співзалежність, яку обговорюють 75%, це 15 респондентів, підкреслюючи необхідність усвідомлення членами родини власних моделей поведінки та їх впливу на процес відновлення клієнта. Тему підтримки тверезості зазначили 65 % працівників, що відображає важливість навчання родини способам ефективної допомоги та створення підтримувального середовища. Формування меж у взаєминах із клієнтом відзначили 50 % респондентів, підкреслюючи значення встановлення здорових психологічних і соціальних меж для запобігання повторним кризам у сім’ї. Крім того, 10 % (2 опитаних) зазначили інші теми, серед яких соціальна адаптація та розвиток навичок комунікації, що свідчить про

гнучкий підхід до сімейної роботи, орієнтований на індивідуальні потреби родини та клієнта (Рис. 2.5).

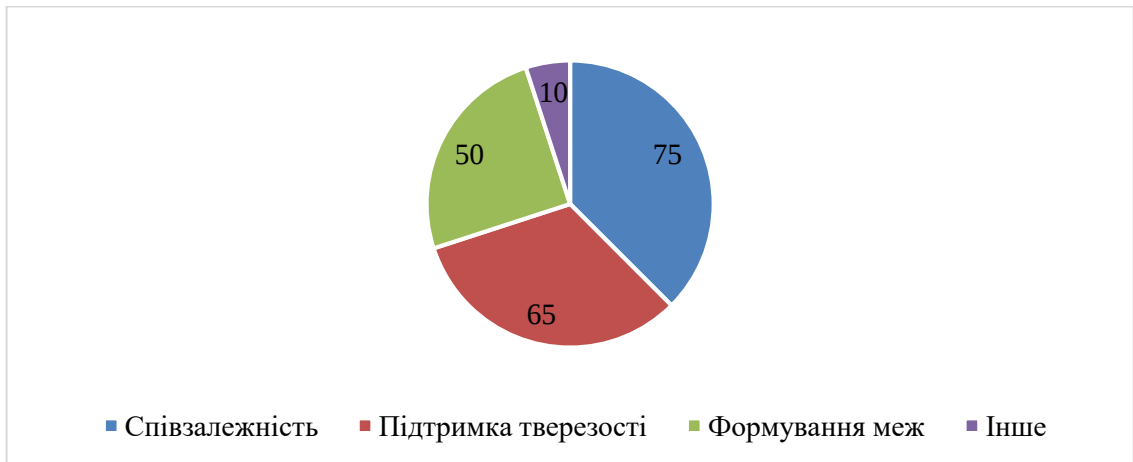


Рис. 2.5. Теми які найчастіше обговорюються з родиною (%)

Джерело: складено автором самостійно

Таким чином, отримані дані підтверджують, що Міжнародна Антинаркотична Асоціація активно залучає родину до реабілітаційного процесу, що забезпечує більш комплексну підтримку клієнта, сприяє стабілізації його психоемоційного стану та зниженню ризику рецидиву.

Кругова діаграма зображена на Рис.2.6 відображає співвідношення працівників, які активно залучають членів родини клієнта до процесу реабілітації. 70 % зазначили активне залучення, тоді як 30% (6 осіб) повідомили, що робота з родиною проводиться лише частково або за потребою.



Рис. 2.6. Залучення родини до реабілітаційного процесу (%)

Джерело: складено автором самостійно

Аналіз відповідей показав, що післяреабілітаційна підтримка надається у практиці 100%, це усі 20 осіб, така тенденція свідчить про високий рівень уваги до забезпечення сталого результату реабілітації та зменшення ризику рецидиву.

Що стосується форм надання підтримки, 70%, це 14 осіб, зазначили зустрічі випускників, які спрямовані на підтримання соціальних контактів і мотивації до тверезого способу життя. Групові заняття, які передбачають обмін досвідом і розвиток навичок соціальної адаптації, відзначили 55% (11 респондентів). Індивідуальні сесії, що дозволяють працювати з особистісними проблемами клієнта, застосовуються у практиці 60 % опитаних. Крім того, 15 % респондентів додали, що підтримка здійснюється у формі онлайн-консультацій та телефонного супроводу, що підкреслює гнучкий підхід до післяреабілітаційної роботи.

Щодо форми зустрічей у межах післяреабілітаційного супроводу, то всі 20 респондентів відмітили всі варіанти відповідей, також 5% (1 особа) повідомила про інші форми організації, включаючи виїзні заходи та індивідуальні консультації за запитом.

Отримані дані свідчать про системний підхід Міжнародної Антинаркотичної Асоціації до післяреабілітаційного супроводу, який включає різноманітні форми підтримки та враховує індивідуальні потреби клієнтів. Це забезпечує підтримку стабільного способу життя після завершення програми, сприяє соціальній адаптації та знижує ймовірність рецидиву.

Метою останнього розділу дослідження було виявити основні труднощі, з якими стикаються фахівці, а також сформулювати пропозиції щодо підвищення ефективності програм та покращення організації роботи.

Аналіз відповідей показав, що найбільш поширеною перешкодою у роботі з клієнтами є низька мотивація до змін, що ускладнює процес реабілітації та потребує значних зусиль для залучення клієнта до участі в програмі.

Що стосується пропозицій щодо підвищення ефективності програм, респонденти рекомендували посилити мотиваційну роботу з клієнтами та впровадити системи стимулювання участі у програмі. Дехто з фахівців

запропонував активніше залучати членів родини до консультацій та тренінгів, що сприяє формуванню підтримуючого середовища поза центром. Також вказали на необхідність підвищення кваліфікації персоналу та впровадження нових методик психосоціальної підтримки. Крім цього, працівники наголосили на потребі збільшення ресурсного забезпечення та покращення координації з іншими соціальними службами.

Додаткові коментарі респондентів стосувалися організації роботи та методів надання послуг. Частина працівників підкреслили важливість індивідуального підходу до кожного клієнта та адаптації програм до конкретних потреб, тоді як деякі з них звернули увагу на значення регулярного обміну досвідом між співробітниками центру для підвищення ефективності командної роботи. Інші коментарі стосувалися вдосконалення внутрішніх протоколів та оптимізації документообігу.

Отримані результати дозволяють констатувати, що ефективність роботи Міжнародної Антинаркотичної Асоціації залежить не лише від професійної підготовки працівників, але й від рівня мотивації клієнтів, залучення родини, ресурсного забезпечення та гнучкості методичних підходів. Пропозиції працівників свідчать про потенціал для покращення організації програм та підвищення результативності реабілітаційної роботи.

Відповіді на відкриті питання анкет дозволили виділити ключові сильні та слабкі сторони реабілітаційної діяльності МАА.

Отримані дані дозволили підготувати комплексні висновки щодо ефективності методів, організації роботи та перспектив розвитку програм соціальної реабілітації МАА, поєднуючи кількісні показники з якісним аналізом практичного досвіду працівників.

Результати дослідження свідчать про високий рівень персоналізованого підходу до роботи з клієнтами Міжнародної Антинаркотичної Асоціації, що проявляється у розробці індивідуальних планів для кожного учасника програми. Значна увага приділяється постійному моніторингу прогресу клієнтів, що дозволяє оперативно коригувати реабілітаційні заходи. Ефективність програм

забезпечується використанням комплексних методів, таких як психоосвітні модулі, когнітивно-поведінкові методи, групи підтримки та післяреабілітаційний супровід. Активне залучення родини та системна робота з членами родини клієнта сприяють формуванню стабільного соціального середовища. Післяреабілітаційний супровід у різних формах забезпечує підтримку стабільного способу життя та знижує ризик рецидиву. Гнучкий підхід до перегляду індивідуальних планів дозволяє адаптувати програми до змінних потреб клієнтів. Комплексний підхід до оцінки результативності, що включає кількісні та якісні показники, підвищує ефективність реабілітаційної роботи.

2.2. Аналіз потреб і проблем осіб із залежністю від ПАР

У межах дослідження було розроблено анкету (Додаток В), спрямовану на визначення проблем і потреб осіб із залежністю від психоактивних речовин. При формуванні інструментів враховувалися ключові критерії, такі як вік респондента, тривалість залежності, соціальний стан, рівень освіти та сімейне оточення, що дозволяло оцінити індивідуальні особливості кожного учасника дослідження та забезпечити репрезентативність отриманих даних. Інструменти дослідження включали як закриті питання з варіантами відповідей, так і відкриті запитання, що давали можливість респондентам детально висловлювати власні потреби та переживання.

В анкетуванні взяли участь 20 осіб із залежності від ПАР, що проходять реабілітацію в МАА.

У межах проведеного дослідження вивчено вікову структуру клієнтів Міжнародної Антинаркотичної Асоціації. Аналіз показав, що найбільша частка респондентів, а саме 40% (8 осіб), належить до вікової категорії 26–35 років, що свідчить про переважання молодих дорослих, які перебувають у активному соціальному та професійному житті. Молодь віком 18–25 років становила 30% (6 опитаних), тоді як представники середнього віку 36–45 років склали 20% (4 опитаних). Менш чисельними були респонденти до 18 років та старші 46 років, по 5 % відповідно, що вказує на відносно обмежену присутність підлітків та осіб

старшого віку у структурі клієнтів центру (Рис. 2.7). Така вікова характеристика дозволяє робити висновок про орієнтацію реабілітаційних програм на молодих та дорослих осіб, що мають активний соціальний потенціал.

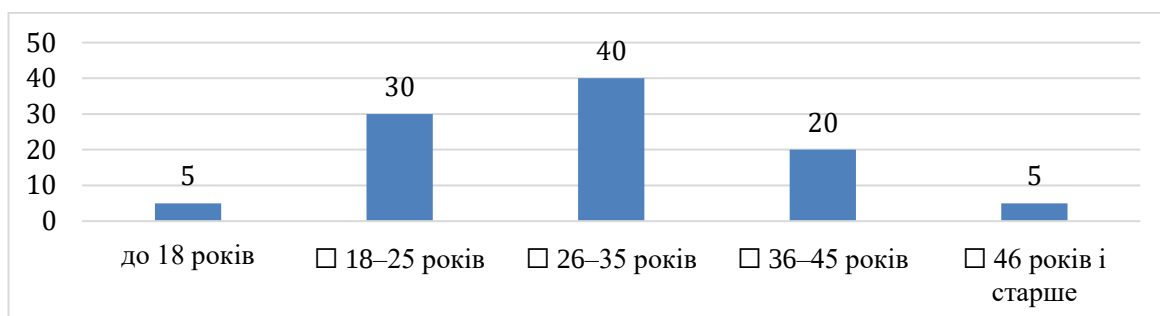


Рис. 2.7. Вікова структура респондентів (%)

Джерело: складено автором самостійно

Щодо тривалості залежності, більшість учасників дослідження мають помірну або тривалу залежність від психоактивних речовин. Так, 35 % (7 респондентів) перебували у стані залежності від одного до трьох років, 40 % (8 осіб) – від трьох до п'яти років. Меншою була частка осіб із коротким періодом залежності менше одного року – 15% (3 особи), а 10 % (2 респонденти) мали залежність понад п'ять років (Рис. 2.8). Така структура свідчить про потребу у комплексних реабілітаційних заходах, спрямованих на підтримку як тих, хто нещодавно почав процес відновлення, так і осіб із тривалою залежністю, для яких характерна підвищена складність корекції поведінкових та психологічних моделей.

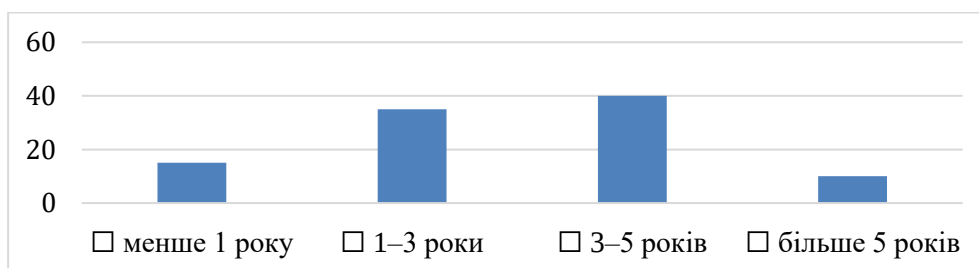


Рис. 2.8. Тривалість залежності респондентів (%)

Джерело: складено автором самостійно

Аналіз соціального стану респондентів виявив, що половина опитаних були безробітними, тоді як 30% (6 осіб) працювали, 10 % (2 особи) були студентами, 5 % (1 особа) тимчасово не працювала, а ще 5 % (1 особа) зазначила

інші форми зайнятості, зокрема фриланс (Рис. 2.9). Отримані дані свідчать про значну потребу у соціальній підтримці, спрямованій на працевлаштування та інтеграцію клієнтів у суспільне середовище, що є важливим аспектом комплексного процесу реабілітації.

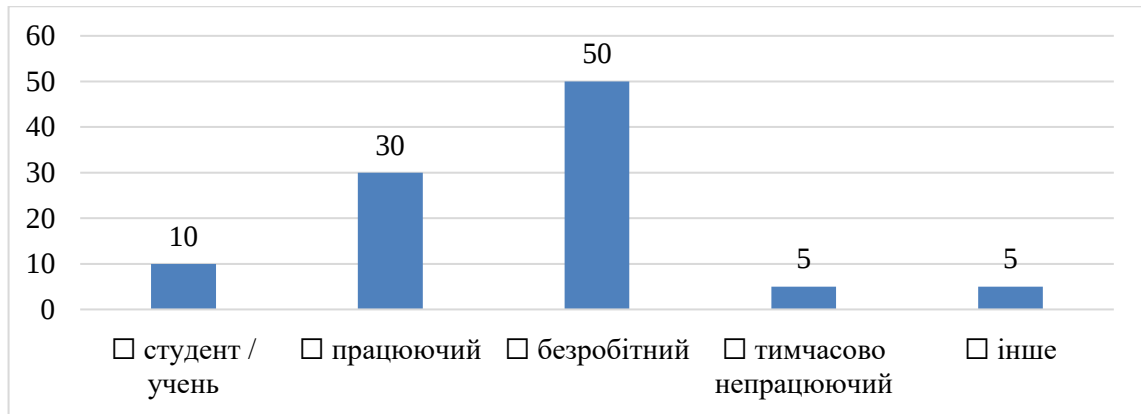


Рис. 2.9. Соціальний стан респондентів (%)

Джерело: складено автором самотійно

Щодо сімейного оточення, 40% (8 респондентів) проживали з батьками, 35% (7 осіб) – з партнером або власною сім'єю, 20% (4 особи) – самотійно, а 5% (1 особа) зазначила інші форми проживання (Рис. 2.10). Ці дані вказують на ключову роль родини у підтримці клієнтів та підтверджують необхідність залучення членів сім'ї до реабілітаційного процесу, що сприяє створенню стабільного та підтримуючого соціального середовища.

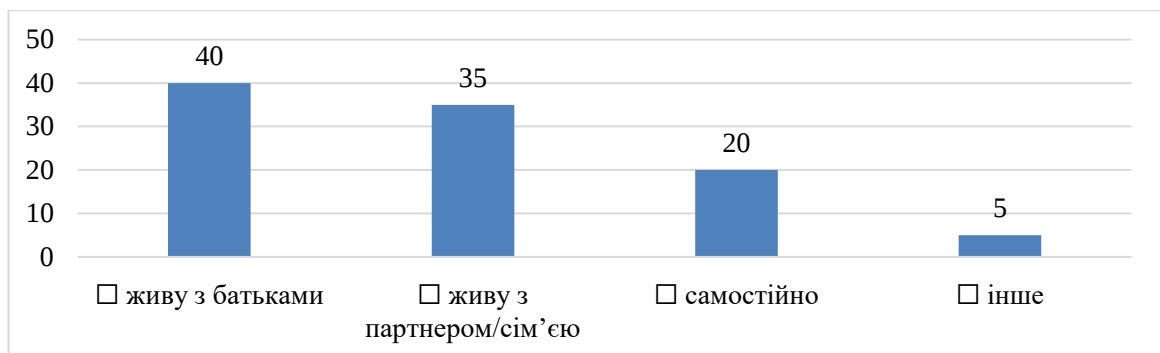


Рис. 2.10. Сімейне оточення (%)

Джерело: складено автором самотійно

Оцінка рівня соціальної підтримки клієнтами здійснювалася за шкалою від одного до п'яти балів. Серед респондентів 25% (5 осіб) оцінили її на рівні три

бали, 30 % (6 осіб) – на рівні чотири, 20 % (4 особи) – на рівні п'ять, тоді як 15 % зазначили два бали, а 10 % (2 особи) – один бал (Рис. 2.11). Такі результати свідчать про часткову задоволеність клієнтів соціальною підтримкою та вказують на потенціал для її зміцнення через програмні заходи та залучення родини та соціальних інституцій.

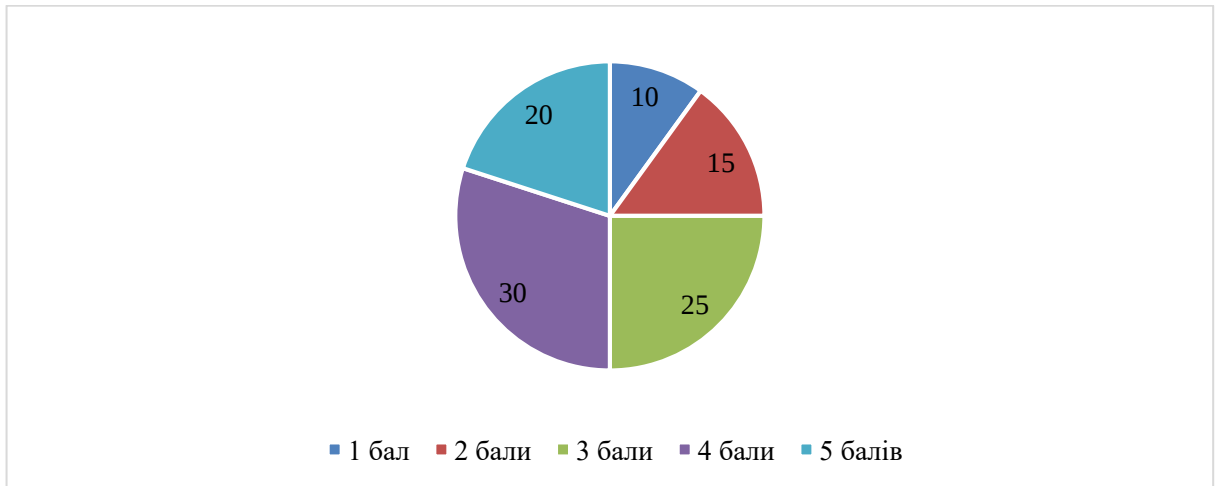


Рис. 2.11. Задоволеність своєю соціальною підтримкою (%)

Джерело: складено автором самостійно

Щодо актуальних проблем, найбільш поширеною була загроза рецидиву, яку зазначили 70 % (14 респондентів). Крім того, 60 % (12 респондентів) відзначили стигматизацію та соціальну ізоляцію, 55 % (11 осіб) – труднощі з працевлаштуванням, 50 % (10 осіб) – конфлікти у сім'ї, а 45 % (9 осіб) – відсутність належної психологічної підтримки. Додатково 10 % респондентів вказали на фінансові труднощі та інші проблеми (Рис. 2.12). Ці результати підкреслюють багатогранність проблем, що впливають на ефективність процесу відновлення.

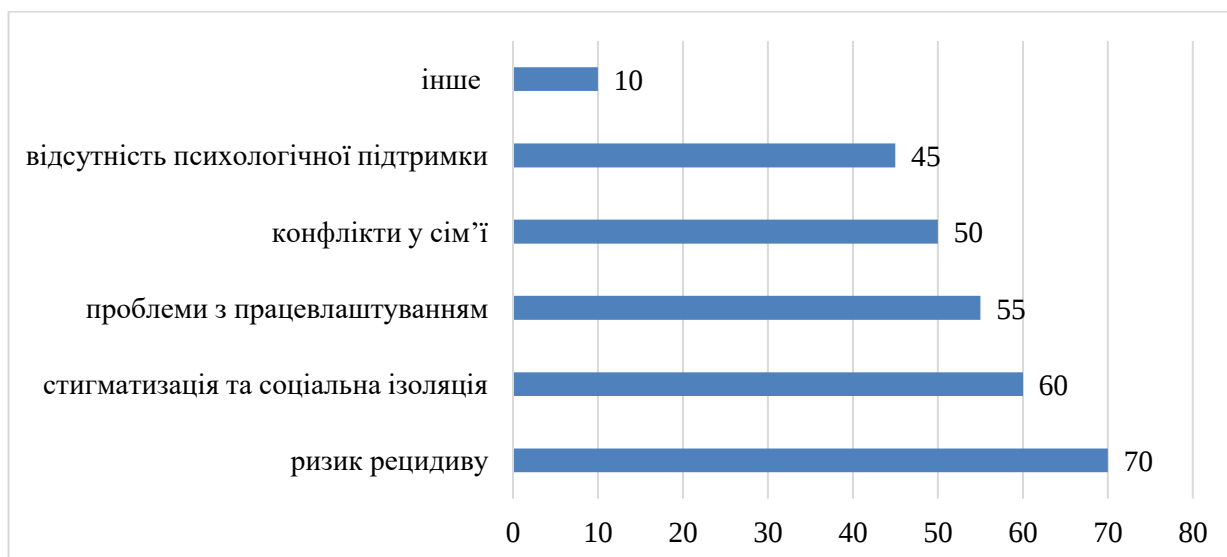


Рис. 2.12. Найбільш актуальні проблеми у зв'язку з залежністю (%)

Джерело: складено автором самостійно

Необхідність підтримки оцінювалася за різними напрямками. Психологічну допомогу обрали 80 % респондентів, соціальну підтримку – 65 % (13 осіб), консультації з родиною – 50 % (10 осіб), навчання навичкам саморегуляції – 70 %, допомогу у працевлаштуванні – 40 % (8 осіб), тоді як 15 % (3 особи) зазначили інші форми допомоги, зокрема онлайн-консультації (Рис. 2.13). Такі дані свідчать про комплексний характер потреб клієнтів, що включає психологічну, соціальну та навчальну підтримку.

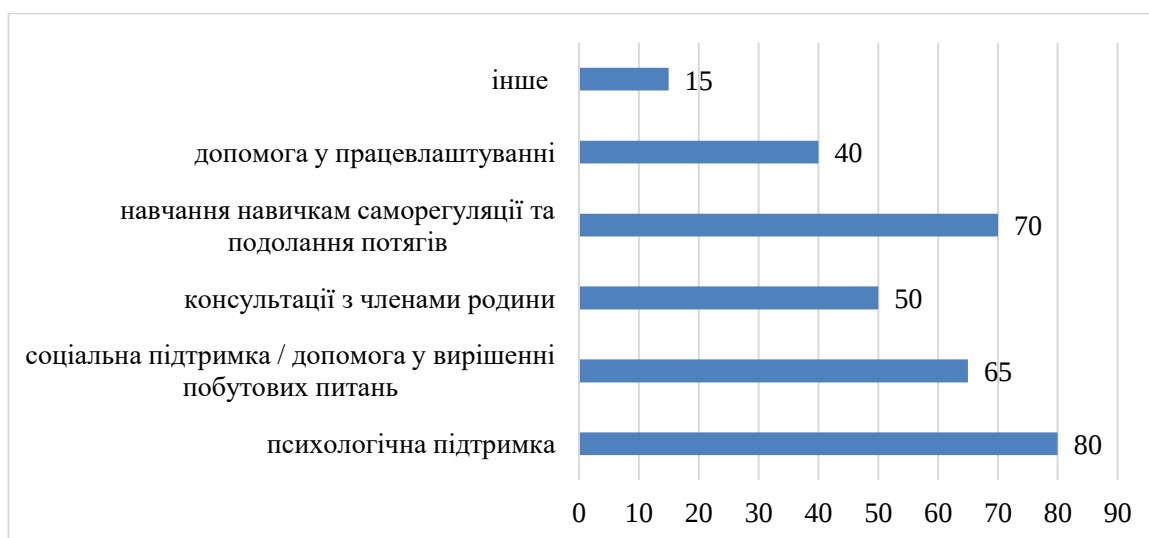


Рис. 2.13. Найбільш необхідні види підтримки для відновлення (%)

Джерело: складено автором самостійно

Важливість участі родини у процесі реабілітації оцінювалася за шкалою від одного до п'яти балів. Половина респондентів оцінила її на п'ять балів, 25 % (5 осіб) – на чотири, 15 % (3 особи) – на три, а по 5 % (по 1 респондентів) вказали два та один бал (Рис. 2.14). Це підкреслює ключову роль родинної підтримки для успішного процесу відновлення клієнта.

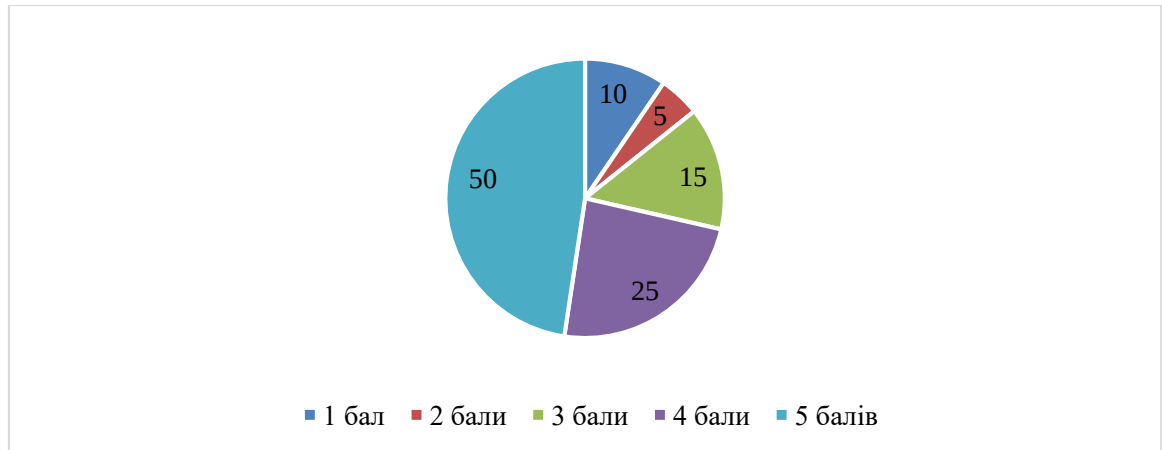


Рис. 2.14. Важливість участі родини в реабілітації (%)

Джерело: складено автором самостійно

Під час аналізу відкритого питання «Які фактори на вашу думку, найбільш ускладнюють процес реабілітації?», було встановлено, що до таких факторів респонденти найчастіше включали низьку мотивацію, тиск з боку оточення, фінансові труднощі, стигматизацію, проблеми зі здоров'ям та психологічну нестабільність. В деякого доступ до ресурсів для працевлаштування та освіти був обмеженим. Це свідчить про потребу у додатковій соціальній адаптації та підтримці клієнтів.

Серед опитаних 20 осіб 35 % (7 осіб) зазначили, що мають повний доступ до ресурсів для працевлаштування та освіти, що свідчить про наявність у них необхідних можливостей для професійного розвитку та інтеграції у суспільство. 40 % респондентів вказали на частковий доступ, що означає обмеженість ресурсів або недостатню інформацію про наявні можливості, що потребує додаткового супроводу та консультування. 20 % (5 осіб) респондентів не мають доступу до таких ресурсів, що підкреслює потребу у створенні спеціалізованих

програм та підтримки з боку центру. Нарешті, 5 % (1 респондент) не зміг визначитися або важко було відповісти, що може свідчити про недостатнє інформування або низьку обізнаність про наявні сервіси (Рис. 2.15).

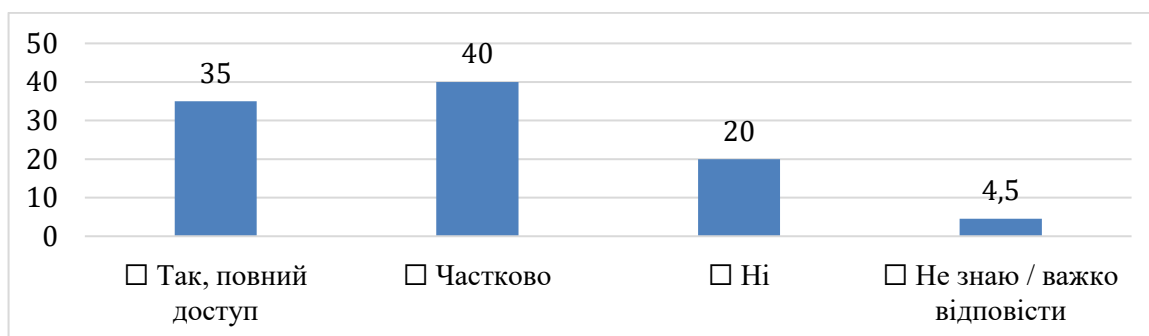


Рис. 2.15. Доступ до ресурсів для працевлаштування та освіти (%)

Джерело: складено автором самостійно

Таким чином, результати показують, що хоча частина клієнтів має доступ до ресурсів для працевлаштування та освіти, значна частина потребує додаткової підтримки, інформування та активного залучення до програм соціальної адаптації та професійного розвитку.

В свою чергу потреба у відновленні сімейних стосунків оцінювалася на високому рівні: 45 % (9 осіб) респондентів виставили п'ять балів, 30 % (6 осіб) – чотири, 15 % (3 особи) – три, 5 % (по одній особі) – два та один бал (Рис. 2.16). Дані підкреслюють важливість роботи з родиною у реабілітаційному процесі.

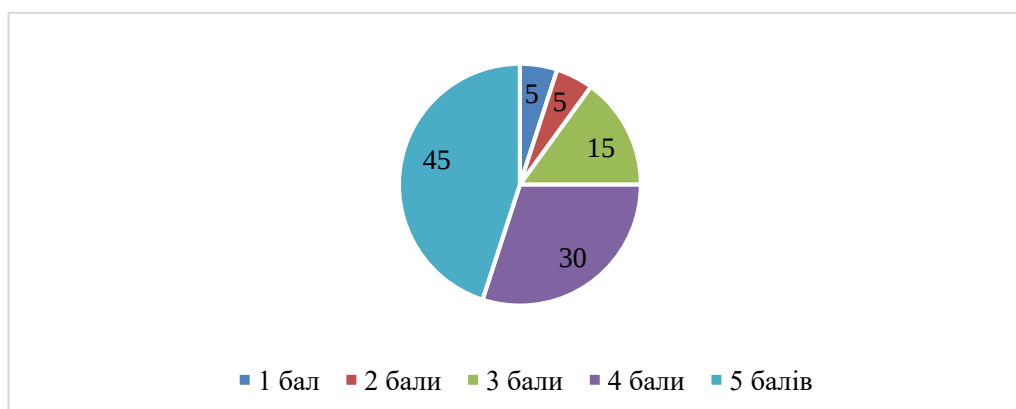


Рис. 2.16. Потреба у відновленні сімейних стосунків

Джерело: складено автором самостійно

Додаткові коментарі та пропозиції відносно покращення реабілітаційної підтримки респондентів стосувалися необхідності збільшення доступу до мотиваційних тренінгів та індивідуальної допомоги у працевлаштуванні, що свідчить про актуальність комплексного підходу до відновлення клієнтів.

Аналіз отриманих даних дав змогу виокремити ключові потреби осіб із залежністю. Серед найважливіших були визначені соціальна та психологічна підтримка, сприяння працевлаштуванню, відновлення сімейних стосунків та формування навичок самостійного контролю за поведінкою. Крім того, були виявлені типові проблеми, з якими стикаються респонденти, серед яких найчастіше згадували ризик рецидиву, стигматизацію в соціумі, проблеми безробіття та обмежений доступ до соціальних та медичних ресурсів. На основі отриманих даних було побудовано профіль типового клієнта, що характеризувався середнім віком 28–35 років, тривалістю залежності від трьох до п'яти років, середнім рівнем освіти, обмеженим соціальним колом та частковою або порушеною підтримкою з боку сім'ї.

Визначення найактуальніших напрямів допомоги дозволило сформулювати пріоритетні напрями втручання, серед яких психосоціальна підтримка, робота з родиною, розвиток навичок саморегуляції та адаптації до соціального середовища, а також сприяння у працевлаштуванні та інтеграції в суспільство. Отримані результати підтверджують необхідність комплексного підходу до реабілітації осіб із залежністю від ПАР, що поєднує психологічну, соціальну та практичну підтримку, забезпечуючи індивідуалізацію втручань та підвищуючи ефективність програм реабілітації.

2.3. Розроблення і експертне оцінювання методичної програми соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР в умовах реабілітаційної установи

На основі результатів, отриманих у параграфах 2.1 та 2.2, можна обґрунтувати розробку авторської методичної програми для підвищення ефективності реабілітаційного процесу. Аналіз показав, що серед недоліків

існуючих методик слід відзначити недостатню системність роботи з родиною клієнта, обмежене залучення практичних навичок саморегуляції та подолання потягів, а також недостатню інтеграцію арт-терапевтичних та соціальних компонентів у програми. Також виявлено, що частина програм не враховує індивідуальні соціальні, вікові та психологічні особливості клієнтів, що знижує результативність втручання.

На основі цих висновків була запропонована авторська методична програма реабілітації осіб із залежністю від ПАР (Додаток Г). Розроблена модель програми передбачає кілька етапів: підготовчий, основний і післяреабілітаційний супровід.

Програма дозволяє комплексно задовольнити потреби клієнтів, зміцнити їхню соціальну адаптацію, знизити ризик рецидиву та забезпечити стабільність психоемоційного стану. Для ефективного впровадження рекомендовано інтегрувати її у щоденну практику МАА, забезпечити активну участь родини та системне поєднання психоосвітніх, соціальних та творчих форм підтримки.

Мета програми полягала у комплексному відновленні психоемоційного стану клієнтів, формуванні навичок самоконтролю, зміцненні соціальної адаптації та стабілізації сімейних стосунків. Завдання включали навчання практичним стратегіям подолання потягів, розвиток соціальних компетенцій, підвищення мотивації до змін і створення підтримуючого середовища. Методи реалізації програми передбачали індивідуальні сесії, групові заняття, інтерактивні тренінги, арт-терапевтичні вправи та сімейні консультації. Очікувані результати включали підвищення рівня соціальної підтримки, зниження ризику рецидиву, поліпшення психосоціального функціонування та інтеграції клієнтів у соціальне середовище.

Оформлення програми передбачає структурований методичний опис, що включає вступ, визначення мети, характеристику цільової групи, перелік інструментів та методів, тривалість кожного етапу та таблицю розподілу занять за темами і формами роботи. Для оцінювання програми було залучено експертів, серед яких соціальні працівники, психологи та керівники реабілітаційних

центрів. Розроблена експертна анкета дозволяла оцінити актуальність, дієвість та інноваційність методик.

На основі оцінок трьох експертів (психолог, соціальний працівник та керівників) середнє значення всіх критеріїв склало 4,4–4,7 бали зі 5 можливих, що свідчить про високий рівень актуальності та ефективності запропонованої програми (табл. 2.3). Експерти відзначили, що програма комплексно охоплює основні потреби цільової групи, враховує соціальні, психологічні та сімейні аспекти, а також ефективно поєднує різні форми роботи – індивідуальні та групові заняття, тренінги соціальних навичок, арт-терапевтичні сесії, сімейні консультації та наставництво.

Сильними сторонами програми експерти вважають ефективне залучення родини, структурованість та поєднання практичних навичок саморегуляції з психоосвітніми модулями, а також використання інноваційних методів, таких як арт-терапія та групові підтримувальні заняття. Крім того, вони підкреслили значущість системного післяреабілітаційного супроводу для зниження ризику рецидиву та підвищення соціальної адаптації клієнтів.

Водночас експерти виявили низку аспектів, які потребують вдосконалення. Зокрема, рекомендується збільшити кількість онлайн-консультацій, інтегрувати додаткові арт-терапевтичні практики та тренінги з мотивації, а також забезпечити більш гнучке планування тривалості деяких занять. Доцільно також впровадити домашні завдання для закріплення навичок саморегуляції та підвищення особистої відповідальності клієнтів.

Таблиця 2.3

Експертна оцінка програми реабілітації

№	Критерій оцінки	Експерт 1	Експерт 2	Експерт 3	Середнє значення	Коментарі експертів
1	Програма відповідає потребам цільової групи	5	4	5	4,7	Програма враховує основні потреби клієнтів, проте можна додати більше уваги до молодіжної категорії 18–25 років.
2	Програма враховує	5	5	4	4,7	Соціальні та сімейні компоненти добре інтегровані;

	соціальні, психологічні та сімейні аспекти					рекомендується більш деталізовано включити психологічні тренінги для підтримки мотивації.
3	Використані методи сприяють досягненню цілей	4	5	4	4,3	Методи ефективні, але можна додати більше арт-терапевтичних елементів для розвитку емоційної стабільності.
4	Програма формує практичні навички саморегуляції	5	4	4	4,3	Тренінги саморегуляції добре структуровані, доцільно додати домашні завдання для закріплення навичок.
5	Залучення родини є ефективним	5	5	5	5,0	Акцент на сімейній підтримці сильний; рекомендується регулярно проводити групові сімейні консультації.
6	Програма включає сучасні та нестандартні методи	4	4	5	4,3	Наявність тренінгів соціальних навичок та групових занять відповідає сучасним підходам; можна розширити використання онлайн-ресурсів.
7	Програма поєднує різні форми роботи та супровід	5	4	5	4,7	Добре поєднані індивідуальні та групові форми; доцільно більше інтегрувати наставництво.
8	Структура та тривалість програми доцільні	4	4	4	4,0	Структура зрозуміла, проте деякі заняття можна робити більш гнучкими за тривалістю.
9	Інструменти оцінки прогресу є адекватними	4	5	4	4,3	Методи оцінювання прогресу ефективні, доцільно додати онлайн-моніторинг результатів.
10	Ресурси достатні для реалізації програми	4	4	4	4,0	Ресурсна база стабільна; рекомендується розширити матеріально-технічне забезпечення для групових занять.
11	Загальна оцінка програми	5	4	5	4,7	Програма відповідає високим стандартам реабілітаційної практики, з невеликими напрямками для удосконалення.

Джерело: складено автором самостійно

На основі коментарів експертів можна сформулювати такі рекомендації для практичного впровадження програми в МАА:

1. Акцентувати увагу на психологічній підтримці та розвитку навичок саморегуляції, використовуючи індивідуальні та групові методи.
2. Активно залучати членів сім'ї до процесу реабілітації через консультації та спільні тренінги.
3. Включити онлайн-ресурси, мотиваційні тренінги та наставництво як додаткові інструменти підтримки.
4. Забезпечити гнучкість структури програми, адаптуючи тривалість та теми занять відповідно до потреб різних вікових груп та рівня залежності.
5. Проводити регулярний моніторинг прогресу учасників та коригування програми на основі отриманих даних.

Реалізація зазначених рекомендацій дозволить підвищити ефективність реабілітаційної роботи, забезпечити комплексне задоволення потреб клієнтів та мінімізувати ризики рецидиву, створюючи стабільні умови для соціальної та психологічної адаптації осіб із залежністю від психоактивних речовин.

В результаті цього було побудовано таблицю з остаточним узагальненим планом програми з усіма етапами, методами і очікуваними результатами, готову для методичного опису (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Узагальнена таблиця програми реабілітації осіб із залежністю від ПАР

Етап програми	Мета	Завдання	Методи та форми	Тривалість	Очікувані результати
1. Діагностичний	Визначення потреб і проблем клієнта	Провести оцінку психоемоційного стану, рівня залежності, соціальної адаптації та сімейних стосунків	Анкетування, інтерв'ю, психологічне тестування	1 тиждень	Визначено індивідуальні потреби та створено персоналізований план реабілітації
2. Психоосвітній	Формування знань про залежність та її наслідки	Ознайомлення з механізмами залежності, способами саморегуляції та профілактикою	Лекції, семінари, групові дискусії	2–3 тижні	Підвищення усвідомленості клієнтів про проблему, мотивація до змін

3. Тренінги соціальних навичок	Розвиток здатності адаптуватися в соціумі	Навчання комунікативним, конфліктологічним та працевлаштувальним навичкам	Групові тренінги, рольові ігри, практичні вправи	2 тижні	Покращення соціальної взаємодії, підвищення шансів на працевлаштування
4. Арт-терапія	Психоемоційна підтримка та самовираження	Розкриття емоцій через творчі методи, зниження стресу та тривожності	Малювання, ліплення, музична терапія	1–2 тижні	Зниження психологічного напруження, підвищення внутрішньої стабільності
5. Групова робота	Формування підтримуючого соціального середовища	Обмін досвідом, навчання самопідтримки та підтримки однолітків	Групові сесії, дискусії, спільні завдання	2–3 тижні	Розвиток соціальної підтримки та навичок взаємодопомоги
6. Сімейне консультування	Підвищення ефективності родинної підтримки	Встановлення здорових комунікацій, навчання членів сім'ї методам підтримки	Індивідуальні та групові консультації, тренінги для сім'ї	2 тижні	Покращення сімейних стосунків, активна участь родини у реабілітації
7. Наставництво	Забезпечення стабільності	Контроль прогресу, надання консультацій, підтримка у соціальній адаптації	Індивідуальні зустрічі,	1–3 місяці	Збереження позитивних змін, успішна інтеграція в суспільство

Таким чином, сформульовано висновки щодо впровадження програми у практику МАА: рекомендовано інтегрувати запропоновані методики у щоденну роботу центру, приділяючи увагу індивідуалізації підходу, системній участі родини та поєднанню психоосвітніх, соціальних і творчих форм підтримки. Програма може бути використана як модель для інших реабілітаційних установ, що працюють із клієнтами, які мають залежність від ПАР, з метою підвищення ефективності комплексного відновлення та соціальної адаптації.

Висновки до другого розділу

Дослідження вказує на високий рівень індивідуалізації підходу у роботі Міжнародної Антинаркотичної Асоціації з клієнтами, що проявляється у

створенні персоналізованих планів реабілітації для кожного учасника програми. Значна увага приділяється безперервному відстеженню прогресу, що дозволяє оперативно вносити корективи до реабілітаційних заходів. Ефективність роботи забезпечується комплексним використанням різних методик, зокрема психоосвітніх модулів, когнітивно-поведінкових технік, груп підтримки та післяреабілітаційного супроводу. Активна участь родини та систематична робота з її членами сприяють створенню підтримуючого соціального середовища. Післяреабілітаційна підтримка, організована у різноманітних форматах, забезпечує стійкість до рецидивів і підтримує клієнтів у збереженні здорового способу життя. Гнучкість у перегляді індивідуальних планів дозволяє адаптувати програми відповідно до змінних потреб кожного клієнта. Крім того, комплексна оцінка результативності, що поєднує кількісні та якісні показники, сприяє підвищенню загальної ефективності реабілітаційних програм.

На основі проведеного дослідження визначено, що ключовими потребами осіб із залежністю від ПАР є психологічна підтримка, соціальна допомога та залучення родини до процесу реабілітації. Значна частина клієнтів також потребує навчання навичкам саморегуляції та подолання потягів, що сприяє формуванню стабільної поведінки. Типовими проблемами є ризик рецидиву, стигматизація, соціальна ізоляція, проблеми з працевлаштуванням та конфлікти у сім'ї. Побудова профілю типового клієнта показала, що це молода або середнього віку особа, із тривалістю залежності від 1 до 5 років, безробітна та проживає з родиною. Виявлені потреби та проблеми свідчать про необхідність комплексного підходу до реабілітації. Найактуальніші напрями допомоги включають психологічну підтримку, соціальну адаптацію, роботу з родиною та групові тренінги. Реалізація таких заходів сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних програм та зменшенню ризику рецидиву.

Розроблена методична програма реабілітації осіб із залежністю від ПАР забезпечує комплексний підхід до відновлення психоемоційного стану, соціальної адаптації та стабілізації сімейних стосунків. Програма поєднує індивідуальні та групові форми роботи, тренінги соціальних навичок, арт-

терапевтичні сесії та сімейне консультування, що підвищує ефективність реабілітації. Експертне оцінювання підтвердило високий рівень актуальності та дієвості запропонованих методик. Рекомендовано активне залучення родини та використання наставництва для підтримки стабільності результатів. Реалізація програми сприяє зниженню ризику рецидиву та поліпшенню соціальної інтеграції клієнтів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР є складним і багатогранним процесом, що передбачає не лише фізичне, а й психологічне, соціальне відновлення особистості, що постраждала від цієї залежності. Теоретичні засади цього процесу включають розуміння природи залежності, її впливу на соціальні функції особи, а також методи і підходи до ефективної реабілітації в умовах різних реабілітаційних установ.

1. Соціально-психологічний портрет осіб, що страждають від залежності від ПАР, є ключовим аспектом в розробці методик соціальної реабілітації. Залежність від ПАР не обмежується тільки фізіологічними змінами в організмі, вона також включає серйозні психологічні і соціальні проблеми. Особа, яка переживає залежність, може бути схильна до депресії, тривожних розладів, порушення емоційної стабільності та соціальної адаптації. Крім того, провідними є фактори сімейного виховання, соціально-економічного становища, а також попереднього досвіду наркотичного вживання, які визначають поведінкові моделі та стратегії подолання залежності. Психологічний портрет таких осіб містить, зокрема, тенденцію до уникання відповідальності, соціальної ізоляції, низьку самооцінку і дефіцит соціальних навичок.

2. Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР охоплює ряд заходів і напрямів, які повинні включати як лікувальний, так і соціально-психологічний аспекти. Це багатогранний процес, що спрямований на відновлення особи в соціумі через зміну її соціальних ролей, поведінкових моделей, розвитку нових навичок і підвищення її соціальної адаптації. Провідною складовою є індивідуалізація реабілітаційних планів, які повинні враховувати особливості кожної людини, її психологічний стан і соціальну ситуацію.

3. Досвід реабілітаційних установ, які займаються соціальною реабілітацією осіб із залежністю від ПАР, є важливим елементом в удосконаленні цієї роботи. В Україні та в світі існує різноманіття моделей реабілітаційних установ, які застосовують різні методи і підходи до лікування та

реабілітації. Одні з них орієнтовані на медичне лікування та детоксикацію, інші – на психологічну підтримку та ресоціалізацію. Провідною частиною процесу реабілітації є взаємодія реабілітантів з соціальними працівниками, психологами, а також з іншими особами, що можуть надати підтримку, зокрема, з родичами та іншими членами громади.

Таким чином, теоретичні засади соціальної реабілітації осіб із залежністю від ПАР включають комплексний підхід, що охоплює соціальні, психологічні, економічні та медичні аспекти. Реабілітація має бути спрямована на всебічне відновлення особистості, створення умов для її інтеграції в суспільство та запобігання рецидиву залежності.

Соціальна реабілітація осіб із залежністю від ПАР є провідним етапом у процесі їхнього відновлення, що включає медичне, психологічне та соціальне втручання. Практичний аспект цієї реабілітації значною мірою визначається досвідом конкретних установ, що займаються цією діяльністю, а також оцінкою ефективності різних форм і методів реабілітації.

4. МАА є одним з провідних організаційних об'єднань, що реалізує програми реабілітації осіб із залежністю від ПАР. Їхній досвід є надзвичайно важливим у контексті ефективних моделей лікування і ресоціалізації залежних осіб. МАА забезпечує комплексний підхід до лікування залежності, який включає психотерапевтичні методи, використання медичних засобів для детоксикації, а також програми соціальної адаптації для осіб, що завершили курс лікування. Аналіз отриманих даних показав, що у роботі з клієнтами Міжнародної Антинаркотичної Асоціації існують певні обмеження, які впливають на ефективність програм. По-перше, низька мотивація частини клієнтів до змін створює труднощі у залученні до активної участі в програмах. По-друге, недостатнє залучення родини у деяких випадках знижує рівень підтримки поза межами центру. Третім обмеженням є ресурсні фактори, що обмежують можливості для регулярного щотижневого моніторингу та проведення додаткових індивідуальних сесій. Наявність бюрократичних перепон і складнощів у взаємодії з іншими соціальними установами уповільнює процес

надання послуг. Частина програм потребує модернізації та впровадження нових методик психосоціальної підтримки. Відсутність достатньої системи мотиваційного стимулювання клієнтів інколи знижує ефективність участі у програмі. Недостатня координація внутрішньої роботи та обміну досвідом між співробітниками обмежує командну ефективність. Внутрішні протоколи та документообіг потребують оптимізації для більш системного підходу. Загалом, ці фактори свідчать про потребу у вдосконаленні організаційних та методичних аспектів реабілітаційної діяльності.

5. Дослідження показало, що серед осіб із залежністю від ПАР основними потребами є психологічна підтримка, соціальна допомога та консультації з родиною. Значна частка клієнтів висловила потребу у навчанні навичкам саморегуляції та подолання потягів, що є важливим елементом відновлення. Типові проблеми, з якими стикаються клієнти, включають ризик рецидиву, стигматизацію, соціальну ізоляцію, проблеми з працевлаштуванням та конфлікти у сім'ї. Побудова профілю типового клієнта показала, що це молода або середнього віку особа, з тривалістю залежності від 1 до 5 років, безробітна та проживає з родиною або партнером. Соціальна підтримка оцінюється переважно на середньому рівні, що підкреслює потребу у її зміцненні. Виявлені проблеми та потреби свідчать про необхідність комплексного підходу до реабілітації, що поєднує психологічну, соціальну та сімейну підтримку. Найактуальніші напрями допомоги включають організацію груп підтримки, мотиваційних тренінгів, навчання практичним навичкам саморегуляції та активне залучення родини. Виконання таких заходів забезпечує підвищення ефективності реабілітаційних програм. Реалізація комплексної підтримки сприяє зниженню ризику рецидиву та покращенню соціальної адаптації клієнтів. У підсумку, результати дослідження підкреслюють важливість індивідуального та системного підходу до реабілітації осіб із залежністю від ПАР.

6. Аналіз результатів дослідження показав, що існуючі методики реабілітаційної роботи потребують вдосконалення через недостатню інтеграцію родинного компонента, обмежене використання практичних навичок

саморегуляції та нестачу арт-терапевтичних та соціальних елементів. Розроблена авторська програма враховує індивідуальні потреби клієнтів, їхній соціальний та психологічний стан, а також вікові особливості. Вона включає підготовчий, основний та післяреабілітаційний етапи з чітко структурованими методами та очікуваними результатами. Експертне оцінювання підтвердило актуальність, ефективність і інноваційність програми, зокрема через комплексне поєднання психоосвітніх, соціальних та творчих методів. Рекомендовано системне залучення родини, використання наставництва та онлайн-ресурсів для підтримки стабільності результатів. Програма спрямована на формування практичних навичок подолання потягів, підвищення соціальної компетентності та мотивації до змін. Реалізація цієї програми у практиці МАА забезпечує ефективне комплексне відновлення та соціальну інтеграцію клієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарова О. Девіації та адикції: Антропологічний підхід. *Фонд науки та освіти*. 2016. № 68. 68 с.
2. Бегеза Л.Є., Бегезамчук В.В. Особливості впливу взаємин у сім'ї на агресивність підлітків з адиктивною поведінкою. Київ, 2019. 4 с.
3. Боровика Т.І. Профілактика наркозалежності в системі соціально-виховної роботи з дітьми та молоддю: теоретичний аспект. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2015. №5. С. 12–16.
4. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. т. XII, ч.4. С. 48–57.
5. Варій М. І. Психологія особистості: навч. посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2018. 592 с.
6. Віланд Д., Овербейк Г. Основні механізми взаємодії генів із середовищем у екстерналізації поведінки: систематичний огляд і пошук теоретичних механізмів. НьюЙорк, 2015. 19 с.
7. Гавриловська К. П. Сучасні теорії глибинної психології, 2016. 156 с.
8. Головач Л. В. Профілактика наркотичної залежності у дітей та підлітків: проблеми та шляхи їх вирішення. *Науковий вісник Інституту педагогіки НАПН України*. 2016. №2. С. 132–140.
9. Денисенко М. М. Адикції у хворих на тривожно-фобічні розлади (діагностика та лікування). *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 3. С. 97–104.
10. Дерев'янка, О.М. Програма «Стоп наркотику» як засіб профілактики наркоманії серед підлітків. *Педагогічні науки*. 2016. С. 58–63.
11. Єгоров Є. О. Залежність від психоактивних речовин серед учнівської молоді. *Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення: збірник матеріалів VII Міжнародної науково-практичної конференції (25 травня 2023 р., м. Ніжин) / за ред. О. В. Лісовця, С. О. Борисюк. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2023. С. 26–28.*

12. Єгорова О.М. Організація соціально-виховної роботи з дітьми та молоддю з метою профілактики наркозалежності. *Наукові записки. Серія: Психолого-педагогічні науки*. 2014. № 39. С. 55–60.
13. Іваненко Б.Б. Саморегуляція особистості: навчальний посібник. Київ : ФОП Ямчинський О.В. 2020. 131 с.
14. Кириленко Т.С. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник. Київ : КНУ, 2014. 135 с.
15. Козира П.В. Застосування сімейної терапії під час лікування наркозалежних підлітків. *Habitus*. 2024. №57. С. 192–196.
16. Козярук О. Суб'єкт контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсів або фальсифікованих лікарських засобів. *Юридичний вісник*. 2021. № 6. С. 351–359.
17. Корнієнко О.С. Програма «Розвиток інтелектуальної творчості» як засіб профілактики наркоманії серед підлітків. *Культурологія та культурно-освітні технології*. 2019. С. 74–78.
18. Корсун Л.С. Характеристика адиктивних залежностей підлітка та їх подолання. *Соціальна педагогіка: виклики XXI століття: матеріали Всеукр. студ. наук.-практ. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 6 114 конф., м. Луганськ, 4 квітня 2014 р. у 2-х ч. Луганськ ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2020. Ч. 2. С. 122–130.
19. Кочарян О.С. Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей наркозалежності / О.С. Кочарян, М.О. Антонович. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т. 3. №. 1 (5). С. 62–67.
20. Курділь Н. Продукти природного опію в сучасній структурі наркотичних отруєнь (огляд літератури та результати скринінгу на наркотики у 1990-2020 pp.). *OneHealthandNutritionProblemsofUkraine*. 2021. № 54 (1). С. 64–72.

21. Лебедева Н. В., Гаврилюк Н. Е. Питання соціально-психологічних особливостей професійної діяльності соціального робітника». *Психологічні науки*. 2015. №12. С. 136–139.
22. Лисенюк В. П. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. *Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*. 2018. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3453>(дата звернення: 12.08.2025).
23. Литвинчук Л. М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Житомир: Видво ЖДУ ім. І. Франка», 2017. Т.VII, вип. 43. С. 84–94.
24. Литвинчук Л. М. Основні підходи до вивчення проблеми наркотичної залежності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України 2016. Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*. Випуск 16. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство». С. 109–117.
25. Лютий В., Бозовчук Н. Чинники ризику адиктивної поведінки студентів закладів вищої освіти. *Ввічливість. Humanitas*. 2022. 4. С. 37–45. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.4.6>
26. Лютий В.П., Петрович В.С. Профілактична «Програма 15»: досвід упровадження та оцінювання. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2021. №81. С. 148–154.
27. Лях Т., Петрович В., Спірін А. Інструменти соціальної адвокації прав та інтересів вразливих груп населення. *Ввічливість. Humanitas*. 2022. № 3. С. 54–60.
28. Лях Т., Спірін А., Жуков В. Соціальна профілактика ризикованої поведінки підлітків. *Ввічливість. Humanitas*. 2023.1. С. 64–72. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.1.9>
29. Мостова Т.Д. Психологія адиктивної поведінки. Одеса: Астропринт, 2022. 67 с.

30. Мілушина М.О., Луценко О.О. Психологічні особливості прояву співзалежності в поведінці матерів наркозалежних. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія: Педагогіка і психологія. 2014. № 1. 59–63 с.

31. Міжнародна Антинаркотична Асоціація. *Міжнародна Антинаркотична Асоціація*. URL: <https://maaua.com/> (дата звернення: 12.05.2025)

32. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги профілактики : Наказ М-ва соц. політики України від 10.09.2015 р. № 912. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-15#Text> (дата звернення: 12.08.2025)

33. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин : Наказ М-ва соц. політики України від 01.10.2020 р. № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text> (дата звернення: 10.09.2025)

34. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 р. № 2671- VIII : станом на 27 квіт. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671- 19#Text> (дата звернення: 23.06.2025)

35. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21.06.2001 р. № 2558-III : станом на 15 груд. 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text> (дата звернення: 17.07.2025)

36. Партнерство з батьками: посібник для педагогів та батьків / авт.: кол.: Л. В. Єрмоменко та ін. 2018. 240 с.

37. Ратинська О. М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія «Педагогіка. Соціальна робота». 2016. № 1(38). С. 233–237.

38. Саврук О. С. Особистісні кореляти схильності до хімічної залежності у чоловіків. Львів, 2021. 25 с.

39. Свідовська В. А. Провідні моделі реабілітації наркозалежних осіб: зарубіжний досвід. *Habitus*. 2020. Вип. 20. С. 155–160.

40. Самойленко В. Б. Медична і соціальна реабілітація. Київ : Медицина, 2018. 464 с.
41. Телійчук В. Г., Курганова Д. Р. Сучасний стан та шляхи розв'язання проблеми наркоманії серед молоді в Україні та за кордоном. *Jurnalul juridic national: teorie și practică*. 2019. № 4. С. 159–162.
42. Трунова І., Авласович В. Наркоманія як соціальна небезпека для молоді. *eSSUIR – Electronic Sumy State University Institutional Repository*. 2016. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319> (дата звернення: 12.08.2025)
43. Тютюнник О. В. Підготовка майбутніх соціальних педагогів до профілактики наркотичної залежності серед старшокласників : монографія Черкаси : ФОП Гордієнко Є. І., 2014. 350 с.
44. Устінова Л. Актуальні питання профілактики та виявлення пияцтва, наркотичної залежності та токсикоманії. *Медицина невідкладних станів*. 2018. № 7 (94). С. 59–64.
45. Чернецька Ю. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Старобільськ, 2016. 522 с.
46. Шевчук О. М., Мартиновський В. В., Матат Ю. І. Організаційно-правові засади надання послуг із реабілітації як захід профілактики та протидії наркозлочинності: проблеми та перспективи. *Київський часопис права*. 2024. №3. С. 199–206.
47. Шлапко Т. В., Глущенко Н. В., Рєпін Д. А. Міжнародний досвід методів боротьби із залежністю від психоактивних речовин. *Сучасні наукові дослідження представників юридичної науки – прогрес законодавства України майбутнього* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 14–15 січня 2022 р. Дніпро : Громадська організація «Правовий світ», 2022. С. 80–84.
48. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: навч. посібник. Київ : Вища школа, 2016. 382 с.

49. Addictionlives: Wayne Hall. *Addiction*. 2017. No. 113 (3). P. 564–567.
50. Alexander B. K. *The Myth of Drug-Induced Addiction*. Substance Abuse: a comprehensive textbook. 2001. P. 101–114.
51. Butura A., Ryan G., Shakespeare T., Ogunmola O., Omobowale O., Greenley R., Eaton J. Community-based rehabilitation for people with psychosocial disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review of the grey literature. *International Journal of Mental Health Systems*. 2024. №13. URL: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-024-00630-0> (дата звернення: 12.08.2025)
52. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on the EU roadmap to fight drug trafficking and organised crime COM/2023/641 final. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52023DC0641> (дата звернення: 15.08.2025)
53. Dauber H., Künzel J., Schwarzkopf L. & Specht S. Suchthilfe in Deutschland 2019. URL: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf (дата звернення: 19.06.2025)
54. Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction : resolution / adopted by the General Assembly. URL: <https://digitallibrary.un.org/record/261563?v=pdf> (дата звернення: 02.09.2025)
55. Dijk C. Family therapy in the context of addiction. Amsterdam: Huber Press. 2000. 292 p.
56. Drugs and addictive behavior. DOI: <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>
57. EU Drugs Action Plan 2021-2025. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021XG0708%2801%29> (дата звернення: 19.06.2025)
58. EU drugs policy. URL: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-drugs-policy/> (дата звернення: 17.05.2025)

59. EU Drugs Strategy 2021-2025. URL: <https://www.consilium.europa.eu/media/49194/eu-drugsstrategy-booklet.pdf> (дата звернення: 19.08.2025)
60. EU Strategy to tackle Organised Crime 2021-2025. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021DC0170&qid=1632306192409> (дата звернення: 21.06.2025)
61. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Publications Office of the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg, 2021. 55 p.
62. European Union Agency for Criminal Justice Cooperation. Drug trafficking. URL: <https://www.eurojust.europa.eu/crime-types-and-cases/crime-types/drug-trafficking> (дата звернення: 18.08.2025)
63. Fung H. Motivating drug addicts for treatment. 2017. doi: https://doi.org/10.5353/th_b3124667 (дата звернення: 25.06.2025)
64. Granholm E. R. Digital Interventions for Addiction Treatment and Recovery. Cambridge: Cambridge University Press. 2021. 159 p.
65. Griffiths M. D., Kuss D. J., Billieux J. The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*. 2016. № 53. P. 193–195.
66. Jordan H. Community Engagement and Rehabilitation Outcomes. London: Routledge. 2002.
67. Kelly J. F. Rehabilitation and Social Support in the Post-Treatment Period. New York: Oxford University Press. 2003. 256 p.
68. Kutashov V. The study of clinical and psychological characteristics of people who use drugs. *Системний аналіз та управління в біомедичних системах*. 2015. No 14 (2). С. 264–276.
69. Lewis M. The Biology of Desire: Why Addiction is Not a Disease. New York: PublicAffairs. 2015. 256 p.
70. Mate G. In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction. Toronto: Knopf Canada. 2008. 304 p.

71. Melchior M. L. Pharmacological Treatment of Addiction. Boston: Harvard Medical Press. 2000. 321 p.
72. Mental health. Drug use disorders and mental health problems. URL: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/mental-health/> (дата звернення: 20.07.2025)
73. Meyers R. J. Community Reinforcement and Family Training for Substance Use Disorders. New York: Guilford Press. 2006. 276 p.
74. Miller W. R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow (4th ed.). New York: Guilford Press. 2023. 338 p.
75. Podolian V. Adolescent drug addiction in Ukraine: Medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. No. 55 (2). P. 7–16.
76. Shaw D. B. The Role of Work Programs in Rehabilitation. Chicago: University of Chicago Press. 1996. 243 p.
77. Shylova M., Dothenko M. Methadone use during HIV infection treatment in people who inject drugs. *Resept*. 2021. No 3. P. 357–36.
78. Siefried K., Acheson L., Lintzeris N., Ezard N. Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence. *A Systematic Review*. 2020. Vol. 34. pp. 337–365
79. White W. L. Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America. Bloomington: Chestnut Health Systems. 2008. 390 p.
80. Yalom I. D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy (V editions). New York: Basic Books. 2020. 688 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Класифікація ПАР та їхній вплив на фізичний і психічний стан людини

Тип ПАР	Приклади	Механізм дії	Вплив на фізичний стан	Короткостроковий вплив на психічний стан	Довгостроковий вплив на психічний стан	Ризик розвитку залежності
Наркотики (депресанти)	Морфін, героїн, опіати, метадон	Підвищують рівень дофаміну в мозку, знижують активність ЦНС	Гальмування діяльності організму, пригнічення дихання, сонливість, зниження артеріального тиску	Зниження тривожності, підвищення настрою, почуття ейфорії	Депресія, психічна залежність, когнітивні порушення, зниження пам'яті, психотичні симптоми	Високий
Стимулятори	Кокаїн, амфетаміни, метамфетамін	Стимулюють виділення дофаміну та норадреналіну в мозку	Підвищення пульсу і тиску, прискорене дихання, збудження, безсоння, порушення терморегуляції	Ейфорія, підвищена енергійність, відчуття сили й упевненості	Виснаження нервової системи, тривожність, параноя, агресія, депресія, психотичні епізоди	Високий
Галюциногени	ЛСД, псилоцибін, мескалін	Впливають на серотонінові рецептори, змінюють сприйняття реальності	Галюцинації, порушення моторики та координації, зміни сприйняття часу і простору	Зміна сприйняття дійсності, емоційна лабільність, відчуття "розширення свідомості"	Психічна нестабільність, тривожні розлади, порушення мислення, флешбеки	Помірний
Канабіс (нарковмісні засоби)	Марихуана, гашиш	Дія на канабіноїдні рецептори, вплив на дофамін	Розслабленість, зміни настрою, порушення пам'яті, підвищення апетиту	Легке розслаблення, ейфорія, зміни настрою	Порушення пам'яті, депресія, тривожність, параноя, когнітивні дефіцити, психози	Низький – помірний

Алкоголь	Пиво, вино, горілка	Гальмування ЦНС через дію на ГАМК-рецептори	Зниження координації, розширення судин, порушення мови, агресія при зловживанні	Ейфорія, розслаблення, зниження тривожності	Хронічна депресія, тривожність, когнітивні порушення, алкогольні психози, агресивність	Низький–помірний
Нікотин	Тютюн, сигарети, вейпи	Активация нікотинових рецепторів, стимулює виділення дофаміну	Підвищення пульсу, короткочасне підвищення тиску, стимуляція дихання	Легке збудження, покращення настрою, концентрації	Депресія, тривожність, когнітивні дефіцити, розлад сну, ризик психозів	Помірний
Інгалянти	Лаки, фарби, бензин, клеї	Впливають на ЦНС, блокують подачу кисню до мозку	Головний біль, запаморочення, порушення координації, ризик втрати свідомості	Почуття ейфорії, легке збудження, розслабленість	Розлади пам'яті, депресія, психози, когнітивні дефіцити, порушення координації	Помірний
Седативні засоби	Барбітурати, транквілізатори, бензодіазепіни	Посилюють дію ГАМК, знижують активність нервових імпульсів	Сонливість, м'язова слабкість, зниження тиску	Релаксація, зниження тривожності, покращення настрою	Депресія, когнітивні порушення, психози при відміні, формування залежності	Високий

Джерело: складено автором на основі аналізу джерел [43, 66, 68, 69, 73, 74]

**Анкета для співробітників реабілітаційного центру
(м. Київ, Міжнародна антинаркотична асоціація)**

Шановний(а) колего!

Ми проводимо анонімне опитування з метою оцінки умов праці, ефективності роботи центру та виявлення можливих напрямків для вдосконалення. Ваші щирі відповіді допоможуть покращити внутрішні процеси та якість допомоги нашим клієнтам. Опитування є повністю анонімним, результати будуть використані лише в узагальненій формі.

Розділ 1. Загальна інформація

1. Посада: _____
2. Стаж роботи в установі: _____
3. Освіта/кваліфікація: _____
4. Спеціалізація (психолог, соціальний працівник, тощо): _____
5. Форма зайнятості: повна / часткова / контрактна

Розділ 2. Організація роботи

6. Чи існують у програмі структуровані етапи?

☐ Так (первинна реабілітація → соціальна адаптація → післяреабілітаційний супровід)

☐ Ні

7. Як часто переглядаються індивідуальні плани клієнтів?

☐ Щотижня

☐ Щомісяця

☐ За потребою

☐ Інше (вказіть) _____

Розділ 3. Методи та підходи

8. Які методи роботи з клієнтами ви застосовуєте? (можна вибрати кілька варіантів відповідей)

- ☐ Психоосвітні модулі
- ☐ Когнітивно-поведінкові методи
- ☐ Робота з тригерами та подолання потягів
- ☐ Розвиток життєвих навичок
- ☐ Групи підтримки 12 кроків
- ☐ Наставництво / спонсорство
- ☐ Сімейні консультації
- ☐ Плани рецидив-профілактики
- ☐ Післяреабілітаційний супровід
- ☐ Інше (вказіть) _____

9. Чи застосовуються індивідуальні плани для кожного клієнта?

- ☐ Так
- ☐ Ні

10. Як часто відбувається оцінка результатів роботи з клієнтами?

- ☐ Після завершення програми
- ☐ Щомісячно
- ☐ Постійно протягом програми
- ☐ Інше (вказіть) _____

11. Які показники результативності використовуються у вашій практиці? (можна вибрати кілька варіантів відповідей)

- ☐ Утримання від ПАР
- ☐ Поліпшення психосоціального функціонування
- ☐ Зниження ризику рецидивів
- ☐ Інше (вказіть) _____

Розділ 4. Сімейна робота та соціальна підтримка

12. Чи проводяться консультації з членами родини клієнта?

☐ Так

☐ Ні

13. Які теми найчастіше обговорюються з родиною? (можна вибрати кілька варіантів відповідей)

☐ Співзалежність

☐ Підтримка тверезості

☐ Формування меж

☐ Інше (вказіть) _____

14. Чи передбачено залучення родини до групових заходів чи тренінгів?

☐ Так

☐ Ні

Розділ 5. Післяреабілітаційний супровід

15. Чи надається післяреабілітаційна підтримка?

☐ Так

☐ Ні

16. У якій формі вона здійснюється?

☐ Зустрічі випускників

☐ Групові заняття

☐ Індивідуальні сесії

☐ Інше (вказіть) _____

Розділ 6. Перешкоди та пропозиції

17. З якими основними труднощами ви стикаєтесь у роботі з клієнтами?

18. Які зміни або покращення ви б запропонували для підвищення ефективності програм?

19. Додаткові коментарі щодо організації роботи та методів надання послуг:

Додаток В

Анкета для визначення потреб і проблем осіб із залежністю від ПАР

Інструкція: Будь ласка, відповідайте чесно на всі запитання. Опитування є повністю анонімним, результати будуть використані лише в узагальненій формі.

1. Вік:

☐ до 18 років

☐ 18–25 років

☐ 26–35 років

☐ 36–45 років

☐ 46 років і старше

2. Тривалість залежності від психоактивних речовин:

☐ менше 1 року

☐ 1–3 роки

☐ 3–5 років

☐ більше 5 років

3. Соціальний стан:

☐ студент / учень

☐ працюючий

☐ безробітний

☐ тимчасово непрацюючий

☐ інше (вказіть) _____

4. Сімейне оточення:

☐ живу з батьками

☐ живу з партнером/сім'єю

☐ самотійно

☐ інше (вказіть) _____

5. Наскільки ви задоволені своєю соціальною підтримкою? *(шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не задоволений, 5 – повністю задоволений)*

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6. Які проблеми для вас є найбільш актуальними у зв'язку з залежністю?
(можна обрати кілька варіантів)

- ☐ ризик рецидиву
- ☐ стигматизація та соціальна ізоляція
- ☐ проблеми з працевлаштуванням
- ☐ конфлікти у сім'ї
- ☐ відсутність психологічної підтримки
- ☐ інше (вказіть) _____

7. Які види підтримки ви вважаєте найбільш необхідними для відновлення?
(можна обрати кілька варіантів)

- ☐ психологічна підтримка
- ☐ соціальна підтримка / допомога у вирішенні побутових питань
- ☐ консультації з членами родини
- ☐ навчання навичкам саморегуляції та подолання потягів
- ☐ допомога у працевлаштуванні
- ☐ інше (вказіть) _____

8. Наскільки важливою для вас є участь родини у процесі реабілітації?
(шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не важливо, 5 – надзвичайно важливо)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9. Які фактори, на вашу думку, найбільше ускладнюють процес реабілітації? *(відкрите питання)*

10. Чи маєте ви доступ до ресурсів для працевлаштування та освіти?

- ☐ Так, повний доступ
- ☐ Частково

☐ Ні

☐ Не знаю / важко відповісти

11. Наскільки вам потрібна допомога у відновленні сімейних стосунків?

(шкала від 1 до 5, де 1 – зовсім не потрібна, 5 – дуже потрібна)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12. Додаткові коментарі та пропозиції щодо покращення реабілітаційної підтримки: *(відкрите питання)*

Методична програма реабілітації осіб із залежністю від ПАР

Вступ. Програма спрямована на комплексне відновлення психоемоційного стану, соціальної адаптації та стабілізацію сімейних стосунків осіб із залежністю від психоактивних речовин. Реабілітаційний процес базується на інтеграції психологічних, соціальних та творчих методик із урахуванням індивідуальних потреб клієнтів.

Мета програми: забезпечення комплексної психосоціальної підтримки, формування навичок саморегуляції та подолання потягів, покращення соціальної адаптації та відновлення сімейних взаємин.

Цільова група: особи віком 18–45 років із залежністю від ПАР, які проходять реабілітацію, з різним рівнем тривалості залежності та соціального статусу.

Етапи програми

1. Підготовчий (1–2 тижні)

Мета: оцінка потреб та проблем, формування індивідуальних планів.

Методи: первинне інтерв'ю, анкети, оцінка соціальної підтримки.

Очікувані результати: визначення індивідуальних цілей, мотиваційний настрій клієнтів.

2. Основний (6–8 тижнів)

Мета: формування навичок саморегуляції, соціальної адаптації, відновлення стосунків.

Методи:

- Тренінги соціальних навичок (ефективне спілкування, вирішення конфліктів).
- Арт-терапія (малювання, музика, творчі справи для емоційної розрядки).
- Групова робота (обмін досвідом, розвиток підтримуючих мереж).

- Наставництво (робота з індивідуальним куратором).
- Сімейне консультування (залучення членів родини до сесій, відновлення контактів).
- Очікувані результати: зниження рівня стресу, підвищення соціальної компетентності, зміцнення сімейних стосунків, розвиток практичних стратегій подолання потягів.

3. Післяреабілітаційний супровід (3–6 місяців)

Мета: підтримка стабільного способу життя та профілактика рецидивів.

Методи: регулярні зустрічі з психологом, онлайн-консультації, групи підтримки, допомога у працевлаштуванні та освіті.

Очікувані результати: стабілізація психоемоційного стану, інтеграція у соціальне середовище, підвищення мотивації до підтримання тверезості.

Інструменти та методи

- Анкети та опитувальники для оцінки потреб і прогресу.
- Шкали саморегуляції та соціальної підтримки.
- Практичні тренінги, рольові ігри, творчі вправи.
- Індивідуальні консультації та наставництво.
- Залучення родини через групові та індивідуальні сесії.

Тривалість програми

Програма триває 8–10 тижнів для основного етапу, із подальшим післяреабілітаційним супроводом протягом 3–6 місяців.

Розподіл занять за темами та формами роботи

Тема	Форма роботи	Кількість занять	Відповідальні
Оцінка потреб та мотивації	Індивідуальна сесія	2	Психолог
Тренінг соціальних навичок	Групова робота	6	Соц. працівник
Арт-терапія	Творча сесія	4	Арт-терапевт
Наставництво	Індивідуальна робота	8	Наставник
Сімейне консультування	Групова/Індивідуальна	4	Психолог
Навчання навичкам саморегуляції	Групова робота	6	Психолог/Тренер
Післяреабілітаційний супровід	Онлайн/Офлайн групи	8	Соц. працівник