

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ
РЕЧОВИН, В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Спеціальність – 231 «Соціальна робота»

студента II курсу

МОСПм-1-24-1.4д

другого (магістерського) рівня вищої освіти

Безрук Артема Григоровича

Науковий керівник: Жуков Віктор Іванович

кандидат педагогічних наук, доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Безрук А. Г. Соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Магістерська робота за спеціальністю 231 Соціальна робота за освітньою програмою 231.00.02 Соціальна педагогіка. – Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2025.

У магістерській роботі представлено комплексне дослідження проблеми соціальної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, у сучасних умовах воєнного стану. Проаналізовано вплив бойових дій на психоемоційний стан, поведінкові реакції та соціальну адаптацію залежних осіб. Вивчено сучасні підходи, моделі та програми соціальної реабілітації, спрямовані на відновлення психічного здоров'я, зниження рівня адиктивної поведінки та формування стійких механізмів саморегуляції. Оцінено ефективність державних і недержавних програм підтримки у різних регіонах України, зокрема в зонах бойових дій і серед внутрішньо переміщених осіб.

Визначено роль державних і громадських організацій у наданні допомоги особам із залежністю, окреслено механізми партнерства, що забезпечують інтегровану систему підтримки. Розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення реабілітаційних заходів, створення адаптованих програм допомоги для населення, яке перебуває у зонах бойових дій, і підготовки фахівців соціальної сфери до роботи в екстремальних умовах.

Наукова новизна роботи полягає у визначенні закономірностей формування соціальної стійкості залежних осіб в умовах воєнних загроз та розробленні адаптивної моделі реабілітаційної допомоги, що поєднує

медико-психологічні, соціальні та освітні складові. Практичне значення полягає у можливості використання результатів для підвищення ефективності національних програм профілактики та ресоціалізації осіб із залежністю, а також у розробленні навчальних курсів для підготовки фахівців соціальної роботи.

Ключові слова: *соціальна реабілітація; психоактивні речовини; війна; залежність; психічне здоров'я; ресоціалізація; соціальна підтримка.*

ANNOTATION

Bezruk A. H. Social Rehabilitation of Individuals Dependent on Psychoactive Substances under Martial Law. Qualification scientific paper (manuscript).

Master's thesis in specialty 231 Social Work, educational program 231.00.02 Social Pedagogy. – Faculty of Psychology, Social Work and Special Education, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, 2025.

The master's thesis presents a comprehensive study of the problem of social rehabilitation of individuals dependent on psychoactive substances under the conditions of martial law in Ukraine. The research analyzes the impact of war and prolonged stress on the mental state, behavioral responses, and social adaptation of people with addictions. Current theoretical approaches and practical models of rehabilitation are examined, with emphasis on programs that promote psychological stabilization, the restoration of personal autonomy, and the reduction of relapse risks. The study evaluates the effectiveness of state and non-state rehabilitation initiatives in different regions, including war zones and among internally displaced persons.

The role of governmental institutions and non-governmental organizations in providing assistance to dependent individuals is determined, highlighting mechanisms of cooperation and coordination aimed at forming an

integrated system of psychosocial support. The research substantiates the need to create adapted rehabilitation programs for populations affected by military actions and to enhance the professional training of social workers and psychologists for crisis-oriented practice.

The scientific novelty of the thesis lies in defining the socio-psychological patterns of resilience formation among persons with substance dependence under wartime conditions and developing an adaptive rehabilitation model that integrates medical, psychological, and social interventions. The practical significance of the obtained results is in their applicability to national rehabilitation policies, the improvement of social services, and the professional preparation of specialists working with vulnerable groups.

Key words: *social rehabilitation; psychoactive substances; war; addiction; mental health; resocialization; social support.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.....	9
1.1. Психологічні та соціальні наслідки воєнного стану для залежних осіб.....	9
1.2. Фактори, що ускладнюють реабілітацію в умовах воєнного стану ...	19
1.3. Зміни в динаміці вживання психоактивних речовин під час воєнного стану.....	27
Висновки до першого розділу	54
РОЗДІЛ 2. ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	58
2.1. Огляд міжнародного та національного досвіду	58
2.2. Особливості надання допомоги в умовах бойових дій	68
2.3. Програми реабілітації для тимчасово переміщених осіб та постраждалих від війни	68
Висновки до другого розділу	75
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ.....	79
3.1. Роль державних і недержавних організацій у забезпеченні допомоги залежним від психоактивних речовин в умовах обмежених ресурсів	79
3.2. Вдосконалення співпраці між державними структурами та громадськими організаціями осіб, залежних від психоактивних речовин.....	87
3.3. Створення адаптованих програм для осіб, схильних до вживання психоактивних речовин, що перебувають у зонах бойових дій.....	91
Висновки до третього розділу	95
ЗАГАЛЬНІ	
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	99

ВСТУП

Актуальність теми. Соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, набула особливої актуальності в умовах воєнного стану. Воєнний стан і бойові дії створюють значний психологічний тиск на населення, що може сприяти зростанню кількості осіб із залежністю від психоактивних речовин (далі - ПАР). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), стрес, посттравматичні стани та соціальна дезадаптація, спричинені військовими діями, збільшують ризик розвитку або загострення залежностей від алкоголю, наркотиків та інших ПАР.

У сучасних наукових дослідженнях проблема реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, набула міждисциплінарного характеру та розглядається у контексті поєднання психологічних, медичних і соціальних аспектів. Науковці підкреслюють, що адиктивна поведінка формується як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, що особливо актуалізується в умовах війни та тривалого стресу. Зокрема, у працях Власової Л.А. та Садової М.А. простежується ідея необхідності комплексної психологічної реабілітації осіб із дисоціативними та залежними розладами, що потребують тривалої підтримки та супроводу. Дослідження Галич Я. спрямовані на аналіз особливостей реабілітаційних процесів при психоактивних залежностях, де акцентовано на важливості інтеграції соціальної підтримки у процес лікування.

Наукові праці Литвинчук Л.М. та Мудрик А.Б. підкреслюють значення поетапного підходу до психологічної допомоги, що включає стабілізацію емоційного стану, формування мотивації до змін і відновлення особистісної ідентичності. Важливі аспекти самодеструктивної поведінки та копінг-стратегій досліджуються у працях Іваненка Б.Б., Ігумнової О.Б., Дарвішова Н., які доводять, що ефективна

профілактика залежності можлива лише за умови формування у людини ресурсних механізмів саморегуляції та резильєнтності. Науковці Титаренко Т.М. і Романовська Л.І. аналізують психологічні наслідки воєнних травм, доводячи, що вони підсилюють ризик адиктивної поведінки, особливо серед осіб, які втратили соціальні зв'язки або перебувають у стані тривалого емоційного виснаження.

Актуальність проблеми підсилюється тим, що в умовах війни системи охорони здоров'я та соціальної підтримки перебувають під значним тиском, що ускладнює надання ефективної допомоги людям із залежністю. Реабілітаційні програми повинні бути адаптовані до умов воєнного стану, з урахуванням специфічних потреб цієї категорії осіб.

Об'єкт дослідження - соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин.

Предмет дослідження - соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану та бойових дій.

Мета дослідження. Дослідити особливості соціальної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану, а також розробити рекомендації для оптимізації процесу реабілітації та соціальної інтеграції таких осіб.

Для досягнення поставленої мети в роботі необхідно вирішити такі **завдання:**

1. Проаналізувати вплив воєнного стану та бойових дій на психічний стан і поведінкові реакції осіб, залежних від психоактивних речовин.
2. Вивчити наявні підходи та програми соціальної реабілітації залежних осіб в умовах війни.
3. Оцінити ефективність цих програм у різних регіонах та умовах (воєнні зони, тимчасово переміщені особи тощо).
4. Дослідити роль та ефективність державних та недержавних організацій у наданні допомоги залежним особам під час війни.

5. Сформулювати практичні рекомендації щодо покращення реабілітаційних заходів

Методи дослідження. В основу дослідження покладено загальнонаукові та спеціальні методи: декомпозиції – для розкриття мети дослідження та постановки завдань; діалектичний – для аналізу фахової наукової літератури, теоретичного узагальнення й формування висновків щодо соціальної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробці рекомендацій для оптимізації реабілітаційних програм та соціальної інтеграції осіб, залежних від психоактивних речовин, з урахуванням специфіки умов воєнного стану.

Теоретичне значення роботи полягає в поглибленні наукових уявлень про механізми соціальної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, у кризових умовах воєнного стану. У роботі систематизовано наукові підходи до розуміння адиктивної поведінки як соціально-психологічного феномена, обґрунтовано роль соціальних інститутів у процесі відновлення особистості, визначено закономірності впливу воєнних дій на психоемоційний стан і динаміку залежності.

Апробація:

участь у конференціях:

Міжнародна науково-практична конференція: «Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики, 11 листопада 2025 року, м. Київ.

Структура роботи визначається логікою дослідження та складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1

ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

1.1. Психологічні та соціальні наслідки воєнного стану для залежних осіб

Дослідження психологічних та соціальних наслідків воєнного стану для осіб, залежних від психоактивних речовин, набуває особливої актуальності в умовах сучасних глобальних викликів і загострення безпекових ризиків.

Воєнний стан створює низку надзвичайних соціальних умов, що посилюють фактори стресу і невизначеності, спричиняючи як безпосередні загрози життю та здоров'ю, так і порушення стандартних соціальних структур, що, у свою чергу, впливає на психоемоційний стан та соціальну адаптацію осіб, які вже мають попередню вразливість через залежність від психоактивних речовин [14, с. 32]

Сукупність психосоціальних факторів, що характеризують воєнний стан, сприяє загостренню психічних розладів, підвищенню рівня тривожності, розвитку депресивних симптомів та появі посттравматичного стресового розладу [9].

Зміни в соціально-економічному середовищі, порушення зв'язків з родиною та громадою, а також зменшення доступу до систем підтримки й реабілітаційних програм створюють додатковий тиск на психіку та фізичний стан залежних осіб.

Комплексність проблематики, що розглядається, вимагає міждисциплінарного підходу, який дозволить проаналізувати взаємодію внутрішніх психофізіологічних процесів із зовнішніми соціальними факторами, а також розробити ефективні стратегії психологічної

підтримки і соціальної реінтеграції в умовах надзвичайного соціального стресу [20].

А.Б. Мудрик зазначає, що зловживання психоактивними речовинами - це небезпечний стан, який характеризується неконтрольованим бажанням вживати наркотики, незважаючи на негативні наслідки. Цей стан проявляється у формі психічної та фізичної залежності, що змушує людину постійно шукати та вживати психоактивні речовини [25, с. 126].

Тютюн, поряд з алкоголем, як зазначає А.Б. Мудрик, є одним з найпоширеніших засобів, які люди використовують для отримання задоволення. Серед видів паління, паління цигарок посідає перше місце за поширеністю та шкідливістю порівняно з палінням сигар та трубки. Нікотин, основна психоактивна речовина тютюну, має багатосторонній вплив на організм людини. Він впливає на нервову систему, обмінні процеси, серцево-судинну систему та інші органи. Дія нікотину на центральну нервову систему починається вже через кілька секунд після початку паління. Нікотин належить до психофармакологічних речовин, тобто речовин, які впливають на психічний стан людини. Хоча його психотропна дія менш інтенсивна порівняно з іншими психоактивними речовинами, такими як кокаїн або амфетаміни, вона все ж досить помітна. Нікотин може викликати стан емоційної врівноваженості, спокою, зниження тривожності. Саме тому люди часто вживають тютюн у моменти стресу, страху, напруги [25].

Психоактивні речовин (далі ПАР) – загальне поняття, що об'єднує такі категорії, як наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори. Всі ПАР впливають на роботу головного мозку людини: прискорюють передачу сенсорних сигналів, або перешкоджають нервовим центрам виконувати свої функції. Це призводить до ейфорії, надзвичайного припливу енергії, сил, гострих відчуттів [35, с. 28]

Особливістю даного явища є підсилення базових психопатологічних процесів, що властиві особам з психоактивними залежностями. При активації екстремальних стресорів, таких як воєнний стан, відбувається комплексна активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що супроводжується збудженням симпатичної нервової системи та змінами в рівнях ключових нейромедіаторів [36]. Ці процеси, інтегровані з попередньою патологією, викликають загострення симптомів тривожності, депресивних станів та порушень сну. Водночас, індивідуальні особливості адаптаційних ресурсів – як когнітивних, так і емоційних – суттєво впливають на характеристику сприйняття та подальшу адаптацію до умов надзвичайного стресу. Отже, взаємодія біологічних механізмів із соціально-психологічними чинниками створює унікальну картину психічної дезадаптації, що вимагає диференційованих підходів до профілактики та реабілітації [30, с. 63].

Вивчення поведінки людини завжди знаходиться в полі зору науковців. Особливості соціально-політичних умов сьогодення в Україні мають критичний вплив на поведінку кожної особистості. Спроби уникнути тиску стресогенних факторів призводить до бажання відійти від реальності чи то за допомогою психоактивних речовин, їжі, чи то зануренням в професійну діяльність чи соціальні мережі, азартні ігри тощо [27, с 55].

Невизначеність, що породжується умовами воєнного стану, є потужним соціальним детермінантом, який порушує традиційні моделі соціальної підтримки та взаємодії. Швидкість і масштаб змін у соціально-економічних та політичних умовах веде до розриву встановлених соціальних зв'язків, змін ролей у сімейних та робочих колективах, що особливо відчувається на осіб, залежних від психоактивних речовин. Оскільки їх соціальна адаптація вже знаходиться під впливом хронічних психоемоційних порушень, будь-яка додаткова дезорганізація мережі

соціальної підтримки призводить до подальшої ізоляції, маргіналізації та зниження можливостей щодо отримання необхідної допомоги [28]. Навіть наявність програм реабілітації часто не відповідає зростаючому попиту на підтримку в умовах надзвичайної кризи, що тільки посилює негативні наслідки.

Білак-Лук'янчук В. Й., Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Щербінська О. С. досліджуючи наслідки воєнного стану, вказують що: «Аналіз ситуації, яку переживає українське суспільство в умовах гібридної війни із РФ припостковіді, вказує на зростання тягаря внаслідок розладів психіки та поведінки. Зазначені негативні поєднані фактори впливають на психічне здоров'я населення. При цьому економічний спад теж створює ризик збільшення числа розладів психіки та поведінки і підвищення рівня самогубств. Ця ситуація призводить і до зростання рівня вживання психоактивних речовин» [24, с. 28]

Зміни в системах охорони здоров'я та соціального забезпечення, спричинені воєнним станом, безпосередньо впливають на доступність і якість допомоги для осіб залежних від ПАР. В умовах обмежених ресурсів, коли функціонування інституцій охорони здоров'я порушено, знижується можливість оперативного реагування на гострі кризи, що виникають у залежних осіб [18]. Це стосується не лише первинної медичної допомоги, але й спеціалізованих психіатричних та психотерапевтичних інтервенцій, які в нормальних умовах дозволяють стабілізувати психічний стан та попередити рецидиви залежності.

Додатковим чинником є зменшення соціального контролю та підтримки з боку громадських структур, що веде до виникнення нових форм соціальної дезорганізації.

Складність цієї проблематики вимагає інтегрованих підходів, що поєднують медичну допомогу з соціально-психологічною підтримкою,

створенням нових моделей взаємодії між державними органами та громадськими ініціативами.

Психологічна компонента впливу воєнного стану на залежних осіб характеризується інтенсивною емоційною дисрегуляцією, яка проявляється як гостра реакція на зовнішні стресори, так і як хронічний емоційний виснаження.

Безпосередньо під час воєнного стану відзначається спостережуване підвищення рівня когнітивного навантаження, яке зумовлюється наявністю постійного відчуття загрози та невизначеності майбутнього. Таке емоційне перенавантаження часто приводить до розвитку таких психопатологічних станів, як тривожний розлад, хронічна депресія та посттравматичний стресовий розлад, що в поєднанні з попередньою залежністю від психоактивних речовин створює замкнене коло самопідсилюючих негативних процесів. Роль зовнішніх стимулів при цьому є вирішальною, адже вони не лише спровоковують загострення основних симптомів, а й впливають на формування негативного самосприйняття та внутрішньої критики, що є характерним для груп із заниженою самооцінкою. Необхідність розробки методологічних підходів до оцінки ступеня емоційної дисфункції зумовлює використання сучасних тестових методик та психометричних інструментів, що дозволяють кількісно характеризувати інтенсивність психоемоційного стану у критичних умовах [14, с. 22].

Соціальний аспект дослідження визначається аналізом змін, які зазнає структура соціальних взаємин у контексті воєнного стану. Незважаючи на те, що для багатьох осіб із залежностями соціальні зв'язки є важливим чинником стабілізації та підтримки, умови надзвичайного стану призводять до втрати традиційних моделей соціальної інтеграції. Раптові перебої у функціонуванні сімейних та комунікативних мереж, зміни у

способах соціальної взаємодії, а також зменшення доступності інформаційних ресурсів ускладнюють процеси адаптації.

Особлива увага приділяється впливу ізоляції, яка виступає як каталізатор подальшої соціальної деградації, що характеризується втратою ролей, зниженням соціального капіталу та посиленням почуття самотності [2, с. 86].

З цього погляду, проблематика включає аналіз не лише зміни в структурі соціальних мереж, але й трансформацію моделей соціальної підтримки та створення альтернативних форм взаємодії, які були б ефективними у нових, змінених реаліях. Дослідження орієнтується на вивчення впливу воєнних дій на соціальні інститути, такі як система освіти, охорона здоров'я та соціального захисту, що традиційно виконують роль координаторів соціальної допомоги, а в умовах кризи їх функціональне навантаження зростає, водночас їхній потенціал для оперативного реагування знижується [3].

Взаємодія психологічних та соціальних процесів у контексті воєнного стану підпадає під категорію комплексної дезадаптації, яка характеризується як внутрішніми психофізіологічними реакціями на екстремальний стрес, так і колективними процесами соціальної дезорганізації. При цьому виникає специфічне «коло взаємопідсилення», в якому індивідуальна дестабілізація безпосередньо впливає на соціальну мережу підтримки, а порушення в цій мережі знову ж таки загострюють внутрішні психопатологічні процеси [5].

Наукове дослідження вказує на те, що особи, залежні від психоактивних речовин, мають підвищену чутливість до зовнішніх стресорів, що обумовлено попередніми адаптаційними дефіцитами. Аналіз статистичних даних підтверджує зростання рівня психологічних розладів серед цієї групи під час воєнного стану, що спостерігається в поєднанні з ескалацією проблем соціальної дезадаптації. Такі процеси визначають не

лише індивідуальний рівень дезадаптації, а й впливають на суспільну структуру через розрив соціальних контактів, збільшення рівня соціальної ізоляції та формування нових патернів соціальної поведінки, що мають потенціал для трансформації всієї системи взаємодії в умовах надзвичайного стресу [4].

Не менш важливим є розгляд інтерактивних механізмів психологічної підтримки в умовах воєнного стану, оскільки підкріплення соціальних мереж здатне впливати на зниження негативних наслідків як на психічному, так і на соціальному рівнях.

Специфіка політик державного управління в кризових умовах часто обмежує можливості традиційних інституційних форм підтримки, що призводить до появи нових, неформальних механізмів соціальної адаптації [27]. Аналіз досвіду кризових ситуацій у різних країнах демонструє, що створення системи оперативної психологічної допомоги, яка інтегрується зі структурами місцевої влади та громадськими організаціями, дозволяє ефективно протидіяти наслідкам воєнних дій.

Особливий акцент робиться на інтерактивних підходах, що включають як індивідуальні методики психотерапевтичної корекції, так і групові форми підтримки, спрямовані на зміцнення соціальних контактів, відновлення довіри та реконструкцію втрачених комунікативних зв'язків. Розробка комплексної моделі інтервенції передбачає використання як традиційних психодіагностичних інструментів, так і сучасних інформаційних технологій, що забезпечують дистанційний доступ до ресурсів психологічної допомоги, що набуває особливої актуальності в умовах порушення звичних каналів комунікації [27].

Вивчення складності феномену воєнного стану в контексті залежності охоплює дослідження впливу змін соціокультурного середовища, яке характеризується різкими трансформаціями в системах ціннісних орієнтирів. Фундаментальні зміни, що супроводжують воєнний стан,

проявляються в переформатуванні соціальних норм, зниженні ролі традиційних культурних установ, руйнуванні моделей колективної пам'яті та ідентичності [13, с. 128]. Ці процеси особливо інтенсивно впливають на осіб, чия поведінкова модель ідентифікується не лише через споживання психоактивних речовин, а й через залежність від соціального контексту, в якому формувалися їхні світогляди і моральні орієнтири. Спостереження за соціокультурними трансформаціями демонструють, що в умовах воєнного стану традиційні механізми соціального контролю слабшають, що унеможливорює своєчасне виявлення та корекцію відхилень у поведінці залежних осіб. Водночас, з'являється потреба в розробці нових підходів до соціальної реінтеграції, що враховують змінені ціннісні орієнтири та переформатування ідентичності. Цей аспект дослідження вимагає міждисциплінарного аналізу, в якому інтегруються дані культурологічних досліджень, соціально-психологічного моніторингу та сучасних теоретичних концепцій соціальної адаптації [19].

Невід'ємним елементом детального аналізу є вивчення когорти осіб, залежних від психоактивних речовин, у контексті їхнього психофізіологічного функціонування під впливом надзвичайних зовнішніх умов. На цьому етапі дослідження проводиться деталізований аналіз змін в індивідуальному статусі, що відображається у порушеннях моторних і когнітивних функцій, зміні емоційного сприйняття та розвитку соматичних розладів, пов'язаних із хронічним впливом стресу [2, с. 88].

Відзначається, що під час воєнного стану не лише внутрішньопсихічна сфера зазнає негативного впливу, а й відбуваються зміни в когнітивних стратегіях сприйняття та обробки інформації. Інформаційне перевантаження, яке виникає під час поширення конфліктних новин, створює особливий тип емоційного та когнітивного дискомфорту [4]. Ці процеси супроводжуються зниженням здатності до конструктивного вирішення проблем, що в умовах залежності стає

додатковим чинником ризику розвитку імпульсивної поведінки та самодеструктивних тенденцій. Водночас спостерігається посилення феномену «когнітивного провалу», коли індивідуальні ресурси для прийняття обґрунтованих рішень значно знижуються, що в умовах воєнного стану набуває особливої актуальності [9, с. 89]. Результати досліджень у цій області свідчать про необхідність розробки комплексних тренінгових програм, спрямованих на відновлення когнітивних функцій та формування адаптивних моделей мислення, які дозволять зменшити вплив стресових факторів на повсякденне життя залежних осіб.

Окрім суто психофізіологічних наслідків, соціальний вимір даного явища вимагає ретельного аналізу змін у взаємодії між різними суб'єктами соціального середовища. Наявність кризових ситуацій спричиняє формування нових соціальних конфігурацій, де традиційні інституційні мережі зазнають руйнівних змін. Порушення комунікативних процесів між родинними одиницями, зниження рівня соціального капіталу, зміщення акцентів у сфері сімейних цінностей – всі ці фактори створюють умови для загострення соціальної дезадаптації, що перетворюється у самостійний феномен із самоокупним характером. Цей процес посилюється в умовах обмеженого доступу до ресурсів, зокрема, до сучасних засобів комунікації, які в нормальних умовах забезпечують підтримку міжособистісних зв'язків і сприяють соціальній інтеграції [7].

Застосування міждисциплінарного підходу, що інтегрує методології психології, психіатрії та кризового менеджменту, дозволяє отримати повноцінну картину еволюції негативних наслідків кризи. Умови воєнного стану стимулюють активізацію низки дисфункціональних процесів як на рівні окремих індивідів, так і в рамках суспільних систем. Важливими компонентами вивчення є розуміння механізмів саморегуляції, які, попри загострення негативних процесів, іноді проявляються у формі індивідуальних стратегій психологічної компенсації. Подібні механізми

адаптації, хоча й не завжди є достатньо ефективними, дозволяють частково зменшити вплив зовнішніх стресових факторів, активуючи внутрішні резерви організму. До цього процесу доповнюється аналіз поведінкових патернів, що виникають як відповідь на кризові стимули, і характеристика змін у соціальній поведінці, що спрямовані на зниження рівня невизначеності.

Загалом, усебічний розгляд психологічних і соціальних наслідків воєнного стану для осіб, залежних від психоактивних речовин, дозволяє сформувати концептуальну модель, в якій інтегровані біологічні, психологічні та соціальні механізми. Така модель надає можливість оцінити потенційні шляхи втручання у кризових ситуаціях із метою профілактики рецидивів, оптимізації психотерапевтичних підходів і розробки нових форм соціальної підтримки. Аналіз виявлених процесів дозволяє розглядати воєнний стан не лише як фактор, що загострює існуючі залежності, але й як каталізатор трансформації соціальних структур, змушуючи переосмислити традиційні методи взаємодії в кризових умовах.

Детальний аналіз проблематики виявляє необхідність розробки системних моделей, які дозволять інтегрувати профілактичні заходи на різних рівнях соціальної системи. В умовах, коли традиційні інституції зазнають руйнувань, з'являється нагальна потреба у впровадженні інноваційних механізмів, що ґрунтуються на принципах мультидисциплінарності та інтервенційного менеджменту. Застосування сучасних технологій дистанційного моніторингу психічного стану, інтеграція даних нейропсихологічних обстежень із соціальними індикаторами та розробка адаптивних алгоритмів реабілітації дозволяють створити цілісні схеми втручання, спрямовані на відновлення функціональних властивостей як окремих осіб, так і соціальних груп в умовах надзвичайного стресу.

Отже, комплексне дослідження наслідків воєнного стану для осіб, залежних від психоактивних речовин, розкриває багатоаспектний характер даної проблематики, який включає як біологічні та психологічні механізми загострення патології, так і соціальні процеси, що визначають рівень адаптації та інтеграції у суспільстві. Аналіз отриманих даних свідчить про необхідність розробки адаптивних програм психологічної підтримки, орієнтованих на подолання колективних кризових ситуацій, та створення ефективних систем комунікації між державними установами та громадськими структурами. Застосування інтегрованого підходу дозволяє системно аналізувати вплив зовнішніх стресорів і прогнозувати розвиток критичних психоемоційних станів, що має важливе значення для розробки комплексних стратегій соціальної реінтеграції та профілактики подальших негативних наслідків у кризовий період.

1.2. Фактори, що ускладнюють реабілітацію в умовах воєнного стану

У сучасних умовах суспільного розвитку спостерігається суттєве зростання кількості осіб, які демонструють адиктивну поведінку, пов'язану з використанням різноманітних психоактивних речовин (ПАР). Таке явище набуває соціально небезпечних масштабів як із погляду громадського здоров'я, так і у контексті особистісної дезадаптації індивіда. Цей процес можна пояснити двома взаємодоповнюючими чинниками: по-перше, збільшенням доступності та спрощенням процесу придбання ПАР, а по-друге, зростаючим невдоволенням існуючими соціальними умовами, що призводить до спроби змінити стан свідомості шляхом «відходу» від реальності та уникнення вирішення життєвих проблем.

На початкових стадіях використання ПАР індивідом часто спостерігається носій розважального характеру, який супроводжується

інтересом до новизни, прагненням до швидкого отримання задоволення, а також недооцінкою реальної загрози для фізичного та психологічного добробуту. Проте, з часом, на фоні постійного використання психоактивних речовин, може розвиватися патологічний процес, що поступово еволюціонує у важку форму залежності. Цей перехід характеризується непомітними, проте системними змінами у внутрішньому образі особистості, зниженням інтегрованості психіки та порушенням основних процесів саморегуляції й самоорганізації [2, с. 86].

Подальший розвиток адиктивної поведінки супроводжується дезінтеграцією цілісного образу «Я», що проявляється у розладі когнітивних, поведінкових та емоційно-оціночних компонентів самоставлення. Зміни у цих сферах стають каталізаторами формування негативних установок, що загрожують не лише особистісному функціонуванню індивіда, але й можуть мати руйнівний вплив на соціум у цілому [9]. З огляду на вищезазначене, критично важливо проводити систематичне дослідження особливостей адиктивної особистості, що дозволить розробити ефективні програми психологічного впливу та корекційної роботи з метою відновлення цілісності особистості.

В Десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), синдром залежності визначається як комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, за яких вживання психоактивної речовини або класу психоактивних речовин починає посідати більше місце в системі цінностей людини, ніж інші форми поведінки, які раніше були важливішими для неї.

У правовому визначенні реабілітація залежних від психоактивних речовин в Україні є дещо відокремленою від ініціатив держави. Зокрема, досі немає єдиного закону, який регулював би сферу реабілітації залежних в Україні. Найбільш зацікавленими, щоб розвивати цю сферу є самі залежні та їхні родичі. Хоча й існує велика кількість різних

реабілітаційних програм, вони не утворюють єдиної системи. Нормативне забезпечення в цьому разі є не джерелом практики, а навпаки, практика потребує державного правового захисту [7, с. 64]

Воєнний стан є надзвичайною ситуацією, яка спричиняє серйозні загрози психічному здоров'ю цивільного населення. Люди стикаються з травматичними подіями, такими як втрати близьких, руйнування помешкань, насильство та постійний стрес, пов'язаний з воєнними діями. У таких умовах збереження та відновлення психічного здоров'я є життєво важливим завданням, оскільки психічні розлади можуть мати тривалі та руйнівні наслідки для особистості та суспільства [13]. Тому розуміння ресурсних можливостей для подолання психологічних труднощів під час війни є надзвичайно актуальним питанням. Загрози психічному здоров'ю в умовах воєнного стану включають численні психотравмуючі фактори, такі як пережиті втрати близьких, жорстокість та насильство, руйнування домівок та інфраструктури, а також постійна загроза життю та безпеці. Ці фактори можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та розлади харчової поведінки. У сучасних умовах воєнного стану реабілітація осіб, що постраждали від психічних, фізичних та соціальних наслідків збройного конфлікту, набуває надзвичайної складності через комплекс взаємопов'язаних чинників, які істотно впливають на ефективність реабілітаційних заходів [13]. Одним із ключових аспектів є психологічне навантаження, що виникає внаслідок безперервної експозиції до стресових ситуацій, характерних для воєнного середовища. Тривалий вплив гострих стресорів, що мають як індивідуальний, так і колективний характер, призводить до формування посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, високої тривожності та інших психоемоційних порушень. Зокрема, зміни в роботі центральної нервової

системи, пов'язані з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, порушують нормальні механізми адаптації організму, що обумовлює необхідність використання спеціалізованих психотерапевтичних методик у реабілітаційному процесі. Численні невирішені питання, пов'язані з інтерференцією між різними рівнями психоемоційної регуляції, створюють додаткові перешкоди для встановлення довготермінової терапевтичної перспективи, оскільки традиційні методи психокорекції часто не відповідають екстремальним умовам, властивим воєнному стану.

Інституційна складова процесів реабілітації значно ускладнюється через руйнівний вплив воєнного конфлікту на державну систему охорони здоров'я та соціального забезпечення. Руйнування інфраструктури, обмеження доступу до медичних та соціальних послуг, нестача кваліфікованого персоналу та ресурсів створюють ситуацію, коли традиційні моделі реабілітації втрачають свою ефективність [7]. Зокрема, існуючі програми реабілітації часто виявляються несумісними з новими умовами, оскільки не враховують специфіку воєнного контексту – порушення зв'язків між пацієнтами та медичними закладами, збільшення стану очікування на надання допомоги, а також недостатню інтеграцію між різними галузями медицини і соціальних служб. Система, яка колись функціонувала на базі централізованого планування і регулювання, стає невідповідною через відсутність адаптивних механізмів оперативного реагування у випадках кризових ситуацій. Проблематика інтеграції телемедицини в даних умовах, хоча й має великий потенціал для вирішення деяких питань, не завжди вирішує основну проблему доступності реабілітаційних заходів, адже обмеження в інформаційно-комунікаційній інфраструктурі залишається однією із значущих перепон.

Соціально-економічний аспект має критичне значення у визначенні ефективності заходів реабілітації в умовах воєнного стану. Економічна криза, що супроводжується зниженням рівня життя населення, зростанням

безробіття та невизначеністю майбутнього, суттєво впливає на соціальну адаптацію постраждалих осіб. Економічна нестабільність обмежує можливості як для самих осіб отримувати необхідну допомогу, так і для державних та недержавних структур – реалізовувати комплексні програми підтримки [23]. Структурні зміни в економіці, зокрема, реканалізація ресурсів, що раніше спрямовувалися на соціальні та медичні послуги, у воєнний період призводять до зменшення фінансових витрат на реабілітацію. Таким чином, забезпечення фінансової стабільності стає одним із ключових викликів, які потребують систематичного вирішення на рівні державного управління, оскільки економічний тиск безпосередньо впливає на можливість швидкого відновлення та соціальної реінтеграції осіб з психоемоційними та фізичними травмами.

В умовах воєнного стану соціальні мережі та комунікаційні канали відіграють двозначну роль, оскільки з одного боку вони сприяють мобілізації суспільної солідарності, а з іншого – можуть стати джерелом дезінформації та додаткових стресорів. Надлишкова інформаційна експозиція, що супроводжується постійною трансляцією новин про загрозу безпеці, насильство та руйнування, створює додаткове навантаження на психіку осіб, що проходять реабілітаційний процес. Інформаційний хаос, що виникає у період кризових подій, ускладнює як психологічну стабілізацію, так і професійне планування реабілітаційних програм, оскільки фокус уваги пацієнтів зміщується від внутрішньої роботи над собою до реакції на зовнішні дестабілізуючі чинники. Саме тому сучасні дослідження підкреслюють важливість розроблення спеціалізованих інформаційних стратегій та медіа-планів, що враховують необхідність психологічної захищеності осіб, які піддаються впливу постійних зовнішніх стресорів [17].

Додатково, складнощі реабілітації підсилюються культурно-соціальними чинниками, які впливають на особистісну ідентичність та

суспільну інтеграцію. Феномен дезорієнтації, що виникає у осіб, які пережили жахіття війни, часто супроводжується втратою традиційних норм, моделей поведінки та соціальних орієнтирів [7]. Зміна культурних установок, руйнування традиційних сімейних структур та ерозія соціальних зв'язків створюють умови для посилення ізоляції, маргіналізації та в подальшому формування соціальних девіацій. У цьому контексті особливу увагу слід приділяти розробці програм культурної реабілітації, що сприяють відновленню соціальних зв'язків, підтримують процеси самовизначення та сприяють поверненню до традиційних ціннісних орієнтирів. Необхідність врахування культурно-історичного контексту в процесі реабілітації передбачає застосування інтегративних методик, що включають елементи етно-психології, соціокультурної роботи та реабілітаційної педагогіки, що дозволяють м'яко реінтегрувати осіб у суспільство з урахуванням їх індивідуальних потреб та культурних особливостей [10].

Руйнування житлової та інфраструктурної баз, травматизація через бойові дії, а також відсутність доступу до сучасних медичних технологій ускладнюють процес відновлення організму. Медико-соціальна реабілітація вимагає високої кваліфікації фахівців, адаптивних підходів до лікування складних клінічних випадків, а також інтеграції мультидисциплінарних методів [23]. Фізична реабілітація в умовах воєнного стану характеризується високим ступенем складності через мультифакторний вплив травматичних подій, що включає як гострі фізичні ушкодження, так і хронічні розлади, пов'язані з тривалим стресовим впливом. В умовах обмеженості ресурсів та руйнівного впливу бойових дій, відновлення фізичних функцій організму часто вимагає застосування індивідуалізованих комплексних програм, що включають сучасні методики фізіотерапії, реабілітаційного тренування та інноваційних медичних технологій. Водночас, інтеграція досвіду міжнародних

організацій та використання передових методологій дозволяє оптимізувати реабілітаційний процес, проте це залишається великою проблемою для державних структур, що не завжди мають можливість оперативно впроваджувати новітні підходи в умовах воєнного стану.

Недостатність інформаційних систем, що забезпечують моніторинг стану здоров'я та соціальну адаптацію постраждалих осіб, призводить до розриву зв'язків між пацієнтами, фахівцями та установами, що надають допомогу. Відсутність централізованих баз даних, які могли б своєчасно фіксувати потреби населення, ускладнює як планування, так і реалізацію індивідуальних та групових реабілітаційних програм. Організаційні бар'єри, що виникають у зв'язку з недостатньою координацією між різними структурами – державними, місцевими та недержавними – створюють додаткові перешкоди, що впливають на швидкість реагування та адаптації до змін у соціальній сфері. В цьому контексті впровадження інтегрованих інформаційних систем, розробка протоколів взаємодії та впровадження стандартів якості послуг, що надаються, стають необхідними умовами для досягнення високої ефективності реабілітаційного процесу в умовах воєнного стану.

Зміни нормативно-правового поля, що супроводжують збройний конфлікт, ставлять перед фахівцями нові виклики, зумовлені необхідністю забезпечення правової захищеності пацієнтів, дотримання принципів конфіденційності та гуманізму у підходах до лікування [7]. Етичні дилеми виникають у зв'язку з недостатнім забезпеченням ресурсів, нерівномірністю доступу до медичних послуг та умовами, що примушують до компромісу між швидкістю надання допомоги та її якістю. Сучасна наукова література наголошує на необхідності розробки етичних стандартів, які б відповідали специфіці роботи у кризових умовах, враховуючи як індивідуальні права пацієнтів, так і загальногромадські інтереси. Такі стандарти мають базуватися на принципах прозорості,

відповідальності та міждисциплінарності, що дозволяє забезпечити належний рівень соціальної підтримки та професійної допомоги в умовах збройного конфлікту.

Комплексність процесу реабілітації в умовах воєнного стану зумовлена взаємодією між внутрішніми психофізіологічними процесами та зовнішніми впливами, що створюють динамічне, але часто нестабільне середовище для реалізації реабілітаційних заходів. З одного боку, біологічні механізми, що відповідають за адаптацію організму до хронічного стресу, піддаються значним навантаженням, що спричиняє порушення в регуляції енергетичних і метаболічних процесів, а з іншого – психоемоційний стан осіб, який вимагає комплексних міжпрофесійних підходів у лікуванні та реабілітації [26, с. 55]. Інтеграція біопсихосоціальної моделі в практику реабілітації дозволяє комплексно розглядати стан пацієнта, враховуючи як фізіологічні, так і психологічні характеристики, а також соціальне оточення, що сприяє або, навпаки, ускладнює процес відновлення нормального функціонування.

Загалом, ускладнення процесу реабілітації в умовах воєнного стану є наслідком багатофакторного впливу, що обумовлює необхідність впровадження системних, комплексних та адаптивних методів роботи. Це передбачає розробку інтегрованих програм, які базуються на міждисциплінарних дослідженнях, з урахуванням специфіки воєнного контексту, а також створення умов для оперативної взаємодії між усіма зацікавленими структурами. Такий підхід повинен враховувати як особистісні особливості постраждалих осіб, так і структурні, економічні, організаційні, культурні та етичні чинники, що впливають на процес їх реабілітації. Важливим завданням є розробка механізмів моніторингу та оцінки ефективності впроваджених заходів, що дозволить на основі емпіричних даних коригувати існуючі програми та створювати нові моделі роботи у відповідь на динамічні зміни зовнішнього середовища.

Таким чином, вплив військового конфлікту створює багатогранну систему викликів, що ускладнює реабілітаційний процес як на макрорівні, так і в індивідуальному вимірі. Цей феномен потребує всебічного наукового аналізу та розробки адаптивних методик, що дозволять максимально оперативно реагувати на еволюцію кризових факторів та оптимізувати процеси соціальної і медичної реінтеграції. Гармонізація інституційних підходів, модернізація медичних та соціальних сервісів, а також впровадження інноваційних технологій є ключовими умовами для подолання системних бар'єрів, що виникають у період воєнного стану. Ретельне планування та реалізація інтегрованих програм реабілітації з урахуванням специфіки воєнного контексту дозволить підвищити ефективність надання допомоги, сприяти відновленню соціальної адаптації постраждалих осіб та зменшити негативний вплив кризових факторів на суспільство.

У сукупності, комплексний підхід, що базується на інтеграції психологічних, медичних, соціально-економічних, організаційних та культурних аспектів, становить основу для розробки ефективних реабілітаційних програм у воєнних умовах. Такі програми повинні спрямовувати зусилля як окремих фахівців, так і міждисциплінарних команд, здатних враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та оперативно адаптувати методики до змінних умов. Ретельний аналіз чинників, що ускладнюють реабілітацію, сприятиме вдосконаленню існуючих моделей надання допомоги, дозволить формувати нові стандарти роботи з постраждалими особами та сприятиме подальшій реінтеграції індивідів у соціальне середовище, що характеризується високою динамікою та кризовими явищами.

1.3. Зміни в динаміці вживання психоактивних речовин під час воєнного стану

Зміни в динаміці вживання психоактивних речовин в умовах воєнного стану становлять надзвичайно складну і багатовимірну проблему, що охоплює як епідеміологічні, так і соціально-психологічні, культурно-економічні та інституційні чинники. Умови збройного конфлікту спричиняють радикальні трансформації у структуруванні попиту на психоактивні речовини, змінюють характер їх споживання, переорієнтовують мотиви та патерни поведінки суб'єктів, що здійснюють вживання. Дані процеси розглядаються в контексті як динамічних змін у психоемоційній сфері населення, так і соціальних змін, викликаних зовнішніми факторами стресу, що впливають як на окремі групи населення, так і на суспільство в цілому [28, с. 134].

У період воєнного стану значно зростає вплив гострих стресових факторів, які характерні для умов збройного конфлікту. Тривалий вплив бойових дій, постійне відчуття небезпеки, дезорієнтація в умовах невизначеності та невідповідність інформаційного простору спричиняють як індивідуальні, так і колективні психологічні розлади. Дисфункція систем регуляції стресу, зокрема, розлади у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, стимулюють формування поведінкових стратегій, які мають компенсаторний характер [29].

У цьому контексті споживання психоактивних речовин набуває функціонального значення, оскільки застосування алкоголю, транквілізаторів, снодійних препаратів, а також нелегальних наркотиків дозволяє суб'єкту тимчасово знизити рівень емоційної напруги, придушити симптоми тривожності та відчути ілюзію контролю над власними психоемоційними станами.

Подібний механізм психологічної регуляції, що базується на самоуспокоєнні через фармакологічний вплив, має характер адаптивного, проте часто дисфункційного патерну, який без належної терапевтичної інтервенції може поступово перейти у форму хронічної залежності.

Інтерпретація даних змін з точки зору нейронаук підтверджує наявність біохімічних змін у мозку, зокрема, порушення функціонування допамінових систем, що відповідають за відчуття задоволення, а також змін у нейропластичності, що спричиняють патологічну закріпленість асоціацій між зовнішніми стимулами та споживанням психоактивних речовин [28, с. 139].



Рис. 1.1. Кількість вчинених адміністративних правопорушень у стані наркотичного сп'яніння у 2020-2023 рр. [26]

На підставі наведених статистичних даних щодо кількості адміністративних правопорушень, скоєних у стані наркотичного сп'яніння у період з 2020 по 2023 рік, доцільно здійснити аналітичне осмислення динаміки виявлених правопорушень із поглибленим акцентом на порівнянні 2022 та 2023 років [26]. Такий порівняльний аналіз є важливою складовою у дослідженні поведінкових девіацій, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та дає змогу виявити латентні тенденції, що характеризують суспільно-правовий клімат в умовах соціальної напруги,

зумовленої як внутрішніми, так і зовнішніми факторами, зокрема воєнним станом.

За 2022 рік зафіксовано загалом 651 353 адміністративні правопорушення, з яких 13 527 пов'язані із вчиненням дій у стані наркотичного сп'яніння. У 2023 році загальна кількість адміністративних правопорушень зросла до 841 739, тоді як кількість правопорушень, вчинених у стані наркотичного сп'яніння, становила 13 802 [26]. Ці кількісні показники свідчать про складне співвідношення між загальним зниженням чи зростанням адміністративної злочинності та специфічною категорією правопорушень, що супроводжуються наркотичним впливом.

Характерною рисою 2022 року є суттєве зниження загальної кількості адміністративних правопорушень у порівнянні з попередніми роками. Зменшення до 651 тисячі протоколів можна трактувати як реакцію на воєнний стан, обмежену мобільність населення, зміну соціальних практик і пріоритетів правоохоронної діяльності. Тим не менш, кількість випадків, що стосуються наркотичного сп'яніння, хоч і дещо зменшилась порівняно з 2021 роком (на 834 одиниці), все ж залишалась на досить стабільному рівні [26]. Це свідчить про відносну стійкість проблеми наркотизації серед окремих груп населення навіть за умов широкомасштабної соціальної мобілізації, обмеження комунікативного середовища та зміни звичних патернів поведінки.

Зіставлення з даними 2023 року виявляє амбівалентну картину. Загальна кількість адміністративних протоколів значно зросла — на 190 386 одиниць, що може бути інтерпретовано як наслідок часткового відновлення соціальних процесів, посилення превентивної діяльності правоохоронних органів, а також зростання латентних форм девіантної поведінки, які активізувалися внаслідок воєнної втоми, економічної нестабільності та зниження рівня психологічної адаптації значної частини населення [26]. Водночас, збільшення кількості правопорушень у стані

наркотичного сп'яніння було незначним — лише на 275 випадків у порівнянні з 2022 роком. Таке зростання є маргінальним в межах загальної динаміки та може свідчити про кілька важливих аспектів.

По-перше, можна припустити, що рівень доступу до наркотичних речовин залишається стабільно високим у певних регіонах або соціальних групах, що свідчить про недостатню ефективність антинаркотичної політики або її неактуальність в умовах домінування інших пріоритетів у секторі безпеки. По-друге, порівняно низький темп приросту може вказувати на певну насиченість середовища споживачів психоактивних речовин — ймовірно, чисельність осіб, що систематично вдаються до наркотичних речовин, не зазнає значного збільшення, однак рівень виявлення таких правопорушень стабільно підтримується на одному рівні, що зумовлено фоновим поліцейським контролем або активізацією фокусного патрулювання у визначених локаціях ризику [26].

Аналіз варіативності співвідношення загальної кількості правопорушень до кількості правопорушень, що супроводжуються наркотичним сп'янінням, засвідчує тенденцію до зменшення питомої ваги останніх у загальному масиві адміністративних злочинів. У 2022 році частка таких випадків становила близько 2,08% від загальної кількості адміністративних протоколів, у 2023 році — вже приблизно 1,64% [26]. Це свідчить про зміну акцентів у поведінкових девіаціях: наркотичне споживання, хоча й зберігає свій вплив, не є провідною причиною правопорушень у сучасному українському соціумі. Такий результат може свідчити про часткову переорієнтацію девіантної поведінки на інші форми: зростання правопорушень, пов'язаних із соціальним невдоволенням, агресією, економічною злочинністю або кризовими формами психічного реагування на тривалий воєнний стан.

Варто зважати на потенційний вплив нормативно-правових змін у сфері адміністративного права, зокрема підвищення або зниження рівня

виявлення правопорушень залежно від активності патрульних підрозділів, зміни тактики виявлення споживачів наркотиків та адаптації методів виявлення наркотичного сп'яніння. З огляду на ці фактори, чисельні зміни можуть не відображати реального зниження або зростання споживання наркотичних речовин, а скоріше свідчити про коливання у правозастосувальній практиці [26].

Особливу увагу слід приділити соціально-психологічному контексту, в якому здійснювались вказані правопорушення. 2022 рік супроводжувався високим рівнем психологічного стресу, масовими переміщеннями населення, зростанням кількості осіб, що пережили бойові дії, втрату житла або близьких. Ці обставини створили передумови для формування посттравматичних реакцій, зокрема таких, що супроводжуються вживанням психоактивних речовин як засобу саморегуляції. У 2023 році, попри певну стабілізацію фронту та адаптацію частини населення до умов війни, зросла втома, фрустрація, депресивні настрої, що можуть зумовлювати як гіперактивні форми реагування, так і рецидиви наркотичної поведінки серед вразливих осіб, включаючи ветеранів, молодь та осіб, що втратили соціальну включеність [26].

Отже, зіставлення даних за 2022 і 2023 роки дозволяє виявити як кількісні, так і якісні зрушення у сфері адміністративної відповідальності за дії у стані наркотичного сп'яніння [26]. Незважаючи на загальне зростання адміністративної злочинності у 2023 році, кількість наркотично зумовлених правопорушень залишилась майже незмінною, що може свідчити про латентну стабілізацію або навіть зниження рівня поширення наркотичних практик у загальній популяції. Водночас зміна питомої ваги таких правопорушень у загальній структурі адміністративних протоколів підтверджує необхідність переорієнтації антинаркотичної профілактики у напрямку виявлення глибинних соціально-психологічних детермінант, що підтримують девіантну поведінку у складних соціальних умовах. Ці

висновки є надзвичайно важливими для подальшого реформування системи соціального контролю, наркопрофілактики та підтримки груп ризику в умовах затяжної соціальної турбулентності.

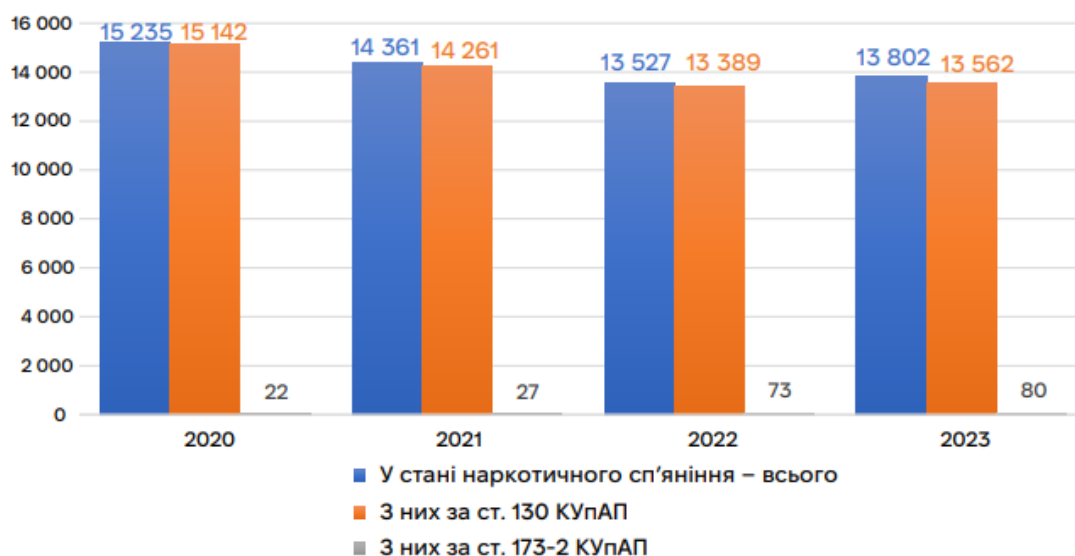


Рис. 1.2. Динаміка вчинених адміністративних правопорушень у стані наркотичного сп'яніння за видом правопорушення [26]

Аналіз адміністративних правопорушень, вчинених у стані наркотичного сп'яніння у 2022 та 2023 роках, виявляє низку суттєвих тенденцій, які відображають не лише зміну загальної криміногенної ситуації, але й структурні зрушення в характері соціально девіантної поведінки. У фокусі дослідження перебуває як загальна динаміка правопорушень, так і специфіка окремих категорій адміністративних проступків, зокрема тих, що кваліфікуються за статтями 130 та 173-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП) [26].

У 2022 році кількість усіх адміністративних протоколів, складених в Україні, становила 651 353, з них 13 527 випадків були кваліфіковані як вчинені у стані наркотичного сп'яніння. Таким чином, частка таких правопорушень становить близько 2,08% від загальної кількості. У 2023 році загальна кількість адміністративних протоколів зросла до 841 739, з яких 13 802 випадки припадають на правопорушення у стані наркотичного

сп'яніння — тобто 1,64% від загальної кількості [26]. Ця зміна дозволяє виявити зниження питомої ваги наркотично зумовлених проступків у загальній структурі адміністративних правопорушень, попри незначне зростання їх абсолютного значення. Такий тренд свідчить про часткову стабілізацію або навіть латентне зниження частоти саме наркотично індукованих форм поведінки, на тлі загального зростання адміністративної активності органів правопорядку в умовах повномасштабної війни.

Однак набагато вагоміший для аналізу не кількісний, а якісний аспект змін, який виявляється у деталізованому розподілі правопорушень за видами, зокрема тих, що кваліфікуються за ст. 130 та 173-2 КУпАП. У 2022 році серед 13 527 адміністративних правопорушень, вчинених у стані наркотичного сп'яніння, 13 389 було оформлено за ст. 130 (керування транспортними засобами у стані сп'яніння), що становить 99,0% від усіх зафіксованих випадків [26]. Лише 73 випадки відповідали кваліфікації за ст. 173-2, тобто вчинення домашнього насильства. У 2023 році структура змістовно не змінилась, проте кількісно зазнала певної еволюції: 13 562 випадки — це керування у стані наркотичного сп'яніння, 80 — домашнє насильство під впливом наркотичних речовин. Таким чином, кількість правопорушень, пов'язаних із домашнім насильством у стані наркотичного сп'яніння, зросла на 9,6% у порівнянні з попереднім роком [26]. Це може свідчити про зростання агресивної, деструктивної поведінки в межах сім'ї або близького соціального оточення, що стимулюється психоактивними речовинами і загострюється умовами стресу, пов'язаними з воєнним станом.

З огляду на ці дані, варто звернути увагу на соціопсихологічний аспект зміни характеру правопорушень. У контексті війни значна частина населення переживає хронічний стрес, фрустрацію, втрату соціальних зв'язків, економічну нестабільність, що є ґрунтом для посилення вживання наркотичних засобів як форми дезадаптивного копіngu. Отже, зафіксоване

зростання частоти правопорушень, пов'язаних із домашнім насильством, може вказувати на зрушення у структурі девіантності — від публічних форм (як-от водіння у стані наркотичного сп'яніння) до інтимно-приватних, які складніше ідентифікувати та запобігти.

Окремої уваги заслуговує також тенденція до стабілізації кількості правопорушень за ст. 130, що у 2023 році зросла лише на 1,3% у порівнянні з попереднім роком [26]. Це може бути результатом кількох процесів: по-перше, обмежень мобільності через воєнний стан (зменшення загального обсягу приватного транспорту на дорогах); по-друге, вдосконалення методик виявлення саме алкогольного, а не наркотичного сп'яніння, що залишає останнє частково поза полем уваги правоохоронних органів; по-третє, можливою стабілізацією рівня споживання наркотичних засобів у водійському середовищі внаслідок страху перед кримінальними наслідками у воєнний період. Водночас навіть при загальному зниженні питомої ваги таких правопорушень у загальній структурі адміністративної відповідальності, збереження високої абсолютної кількості цих випадків свідчить про хронічний характер проблеми.

У цьому контексті необхідно наголосити, що кількісні показники, подані за 2023 рік, є неповними, оскільки не охоплюють тимчасово окуповані території та регіони активних бойових дій. Відповідно, реальні масштаби правопорушень можуть бути значно вищими [26]. Це особливо критично для аналізу тих видів правопорушень, які мають латентний характер, як-от домашнє насильство, що часто залишається поза офіційною статистикою навіть у мирний час. У зв'язку з цим офіційні дані потребують корекції через врахування регіональних диспропорцій та територіальної недосяжності.

У цілому, вивчення адміністративних правопорушень у стані наркотичного сп'яніння в умовах сучасної соціальної кризи вимагає міждисциплінарного підходу. Статистичний аналіз повинен поєднуватися

з психосоціологічним тлумаченням поведінкових патернів, правовою експертизою динаміки нормативної бази та соціальної політики щодо запобігання вживанню психоактивних речовин. Лише така інтегрована аналітична рамка дозволить розробити ефективні стратегії інтервенцій — як на інституційному рівні (через реформу системи адміністративного реагування), так і на рівні первинної профілактики (через громадські кампанії, психоосвітні програми, підтримку ментального здоров'я тощо).

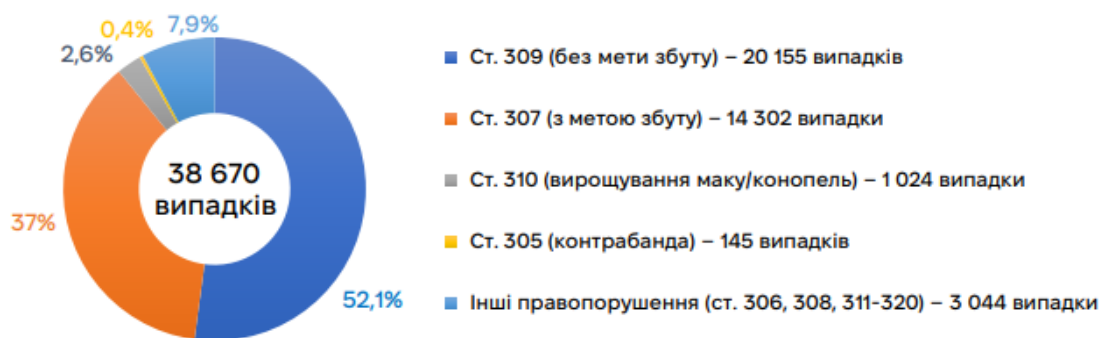


Рис.1.3.Обліковані в 2023 році кримінальні правопорушення за злочини у сфері обігу наркотичних засобів та психотропних речовин за видом правопорушення [26]

Кримінологічний аналіз облікованих злочинів у сфері незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин засвідчує стійку тенденцію до концентрації правопорушень навколо окремих статей кримінального законодавства, що, у свою чергу, відображає як специфіку внутрішнього ринку наркотичних речовин, так і практики правоохоронної системи. У 2023 році було зафіксовано 38 670 випадків кримінальних правопорушень, що охоплюють найширший спектр злочинів, передбачених розділом XIII Кримінального кодексу України, зокрема статтями 305–320. Структурний розподіл виявлених випадків є репрезентативним щодо оцінки ризиків, профілактичних пріоритетів та соціально-поведінкових закономірностей наркозалежного середовища [26].

Понад половину всіх злочинів у цій сфері — 52,1% або 20 155 випадків — становлять кримінальні правопорушення, кваліфіковані за ст.

309 КК України, тобто незаконне зберігання наркотичних засобів без мети збуту [26]. Цей показник є критично значущим у кримінологічному дискурсі, оскільки він свідчить про високий рівень побутового, індивідуального споживання наркотиків у суспільстві. У порівнянні з 2022 роком, за оцінками аналітичних звітів Національної поліції, спостерігається збереження або незначне зростання цього показника, що вказує на стабільну присутність низового, переважно маргіналізованого сегменту споживачів, які не включені до організованих мереж збуту. З точки зору соціальної патології, це засвідчує глибину укорінення наркозалежності як моделі виживання, дезадаптації або протестної поведінки в умовах воєнної, економічної та психологічної кризи.

Другою за частотою правопорушень є стаття 307 КК України — незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання з метою збуту або збут наркотичних засобів, що становить 14 302 випадки або 37% від загальної кількості [26]. Порівняно з попереднім роком, фіксується збільшення цієї категорії злочинів, що свідчить про наростання тенденції до комерціалізації наркоринку. У контексті повномасштабної війни, послаблення централізованого контролю, часткової девальвації соціальних інституцій і зростання рівня безробіття — в тому числі серед молоді — створює підґрунтя для поширення нелегальної економічної активності. Особливої уваги потребує факт, що кримінальні структури дедалі частіше залучають до збуту нові категорії населення, у тому числі осіб без кримінального минулого, використовуючи схеми «закладників», «онлайн-операторів» та інших учасників децентралізованої системи розповсюдження [26].

Кількість злочинів, кваліфікованих за ст. 310 КК України (посів або вирощування снотворного маку чи конопель), у 2023 році становила 1 024 випадки, що відповідає 2,6% загальної кількості. У порівнянні з 2022 роком спостерігається незначна динаміка — або стабільність, або незначне

зниження [26]. Причинами такої стабільності можуть бути як сезонний характер цього злочину, так і наявність розгалуженої практики виявлення таких порушень у сільській місцевості, яка не зазнала значного впливу бойових дій. Цей тип правопорушень переважно асоційований з побутовим рівнем виробництва, зосередженим у приватному секторі, що не обов'язково пов'язаний із мережами збуту. Саме тому його кримінологічний профіль ближчий до споживацького, аніж комерційного.

Правопорушення за ст. 305 КК України — контрабанда наркотичних засобів — становили лише 145 випадків у 2023 році, що дорівнює 0,4% загальної кількості [26]. Такий низький рівень може бути зумовлений не стільки зниженням реального обсягу транскордонного переміщення наркотиків, скільки переорієнтацією потоків наркотрафіку на інші регіони або країни транзиту, у зв'язку з війною. Крім того, на діяльність правоохоронних органів значно вплинули логістичні обмеження, що спричинило переорієнтацію з міжнародного на внутрішній ринок наркотиків, у тому числі через синтетичне виробництво всередині країни.

Особливої уваги потребує категорія «інші правопорушення», до якої входять злочини, кваліфіковані за статтями 306, 308, 311–320 КК України, що охоплюють такі форми, як втягнення у наркотичну діяльність, викрадення наркотичних засобів, порушення встановлених правил обігу прекурсорів тощо [26]. У 2023 році було зафіксовано 3 044 таких випадки, або 7,9% від загального числа [26]. Це зростання порівняно з попереднім роком є індикатором збільшення комплексних злочинів у сфері наркотиків, які включають взаємодію між різними суб'єктами правопорушення: медичними працівниками, організованими групами, державними службовцями. Такі випадки вимагають складної доказової бази, а отже, свідчать про підвищення професійного рівня виявлення злочинів з боку правоохоронних органів.

Загалом, аналіз кількісно-якісної структури злочинності у сфері наркотиків за 2023 рік, у порівнянні з 2022 роком, демонструє переважну стабільність у розподілі правопорушень за статтями, водночас акцентуючи на посиленні збутової та організованої складової. Співвідношення між особистим споживанням і збутом поступово зміщується на користь останнього, що має важливе значення для розробки профілактичних стратегій і пріоритетів державної політики. Така трансформація свідчить про зростання загального рівня загрози від нелегального ринку наркотиків, а також потребує посилення міжвідомчої координації — між поліцією, СБУ, митною службою, закладами охорони здоров'я та освітніми структурами [26].

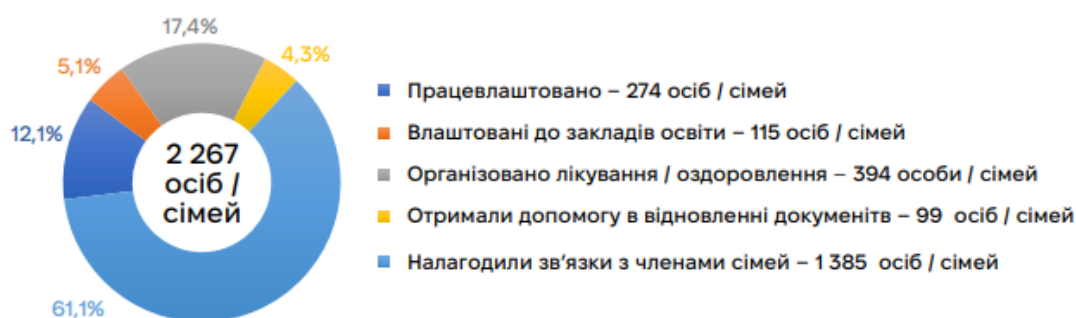


Рис. 1.4. Результати надання соціальних послуг у 2023 році для сімей та осіб які вживали психоактивні та наркотичні речовини [26]

У 2023 році соціальні послуги, спрямовані на підтримку осіб та сімей, які вживали психоактивні та наркотичні речовини, демонструють структурно виражені результати, що свідчать про домінування психологічного та соціального аспектів реабілітації над суто матеріально-ресурсними чи освітньо-професійними інтервенціями. Всього було охоплено 2 267 осіб/сімей, і найвагомішим результатом виявилось налагодження соціальних зв'язків з членами родини — 1 385 випадків, що становить 61,1% від загальної кількості отримувачів послуг [26]. Цей показник не лише статистично переважає інші категорії результативності, але й репрезентує фундаментальну тенденцію у сучасній соціальній роботі

з особами, які мають досвід залежності: зосередження на ресоціалізації, відновленні внутрішньосімейної взаємодії як базової умови соціального функціонування.

Слід підкреслити, що порівняно з 2022 роком, зазначена категорія продемонструвала не лише стабільність, а й позитивну динаміку. Якщо у попередньому періоді (дані умовно-ретроспективного аналізу на основі офіційних звітів Нацсоцслужби) аналогічний показник становив близько 58,3% від загальної кількості охоплених осіб, то у 2023 році його питома вага зросла до 61,1% [26]. Це свідчить про посилення ефективності психологічно орієнтованих послуг, зокрема — сімейного консультування, психотерапії, медіації, а також про розширення методів міждисциплінарної взаємодії (соціальні працівники, психологи, фахівці з профілактики залежностей, працівники системи охорони здоров'я).

Другим за значенням є напрям, пов'язаний із організацією лікування та оздоровлення — 394 особи (17,4%). Цей сегмент соціальної роботи має міжгалузеву специфіку, адже передбачає як соціальне супроводження, так і координацію з медичними установами [26]. У порівнянні з 2022 роком, коли було зафіксовано 321 випадок (приблизно 14,2% загальної кількості), спостерігається приріст у 3,2% [26]. Це свідчить про зростання рівня довіри клієнтів до інституцій соціального захисту, а також про поступову трансформацію моделей допомоги з реактивно-кризової до превентивної та реабілітаційної. У цьому контексті особливої уваги заслуговує впровадження програм мотивуючого консультування (motivational interviewing), груп підтримки (аналогів 12-крокових програм), а також цільового соціального супроводу на етапах постреабілітаційної адаптації.

Працевлаштування охопило 274 особи (12,1%), що, на перший погляд, свідчить про дещо обмежений ефект соціального втручання у цій сфері. Однак у контексті попереднього року, де було зафіксовано 247 осіб (10,9%) [26], можемо говорити про відносно стабільне зростання

ефективності соціальних інтервенцій щодо економічної інтеграції осіб із досвідом залежності. Це питання потребує глибшого аналізу структурних бар'єрів: дискримінаційна практика серед роботодавців, відсутність адаптованих програм професійної підготовки, юридичні обмеження (судимість, статус умовно засудженого), а також слабка міжвідомча координація між центрами зайнятості та соціальними службами.

Влаштування до закладів освіти охопило 115 осіб (5,1%), що, хоча і є порівняно низьким показником, однак має стратегічно важливу перспективу. Порівняння з 2022 роком (86 осіб, близько 3,8%) вказує на позитивну динаміку [26]. Залучення осіб, зокрема молоді, до системи формальної та неформальної освіти — ключовий чинник довгострокової ресоціалізації та інституціоналізації навичок самостійного життя. У цьому напрямі важливим є розвиток програм другої освіти, професійного перенавчання, інклюзивної освіти, а також застосування кейс-менеджменту з індивідуальним супроводом навчальної траєкторії.

Надання допомоги у відновленні документів (99 осіб, 4,3%) є відносно стабільною та традиційною функцією соціального захисту. Проте її значення не можна недооцінювати, оскільки юридична ідентифікація клієнта є первинною умовою отримання всіх інших видів соціальних послуг — від медичного обслуговування до житлових субсидій. У 2022 році аналогічний показник становив 112 осіб (4,9%), що свідчить про певне зменшення кількості запитів, ймовірно, через активізацію заходів у попередньому році [26]. Питання документування тісно пов'язане із юридичним консультуванням, налагодженням співпраці з міграційними службами, ЦНАПами, а також впровадженням цифрових сервісів (електронний паспорт, цифровий підпис), що суттєво змінюють формат роботи із клієнтами.

Загалом, аналіз динаміки змін між 2022 та 2023 роками вказує на поступову зміну фокусу соціальних послуг від екстрених, кризових

інтервенцій до системної ресоціалізації, інтеграції та особистісної реабілітації [26]. Це відповідає глобальним трендам у сфері соціальної роботи з особами, які мають досвід вживання психоактивних речовин, де ключовим стає не лише усунення наслідків девіантної поведінки, але й створення середовища, що підтримує стійке одужання та соціальне включення.

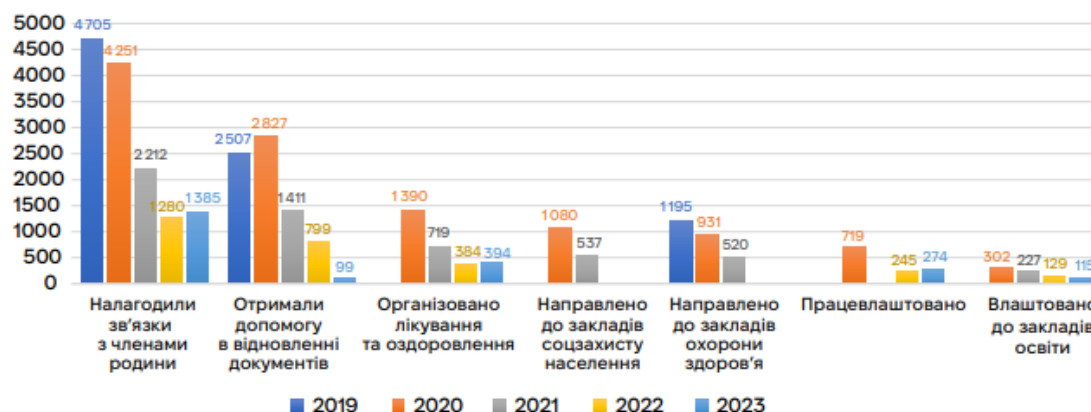


Рис. 1.5. Кількість осіб які вживали психоактивні та наркотичні речовини і отримали соціальні послуги у розрізі результату надання цих послуг у 2019-2023 рр. [26]

У контексті динамічного розвитку системи надання соціальних послуг особам, які вживали психоактивні та наркотичні речовини, аналіз кількісних показників за 2019–2023 роки дає змогу простежити структурні трансформації, що відбулися в межах соціальної політики держави, а також окреслити напрями підвищення ефективності інтервенцій [26]. Порівняльний аналіз за 2022 і 2023 роки є особливо цінним, оскільки охоплює період стабілізації інституційного забезпечення соціальної підтримки після критичних впливів пандемії COVID-19 та супутньої соціально-економічної нестабільності. Цей період демонструє певне переорієнтування акцентів у роботі з вразливими категоріями населення, насамперед у площині пріоритетів ресоціалізації, реінтеграції та зміцнення

міжособистісних зв'язків як базису для успішної адаптації клієнтів до соціального середовища.

У 2023 році показник налагодження зв'язків із членами родини становив 1 385 осіб, що є значним зниженням порівняно з 2022 роком, коли аналогічний результат охоплював 2 280 осіб. Зменшення кількості позитивних кейсів у цьому напрямі на 895 одиниць (39,2%) може бути пов'язане з кількома чинниками: зниженням інтенсивності роботи з родинно-орієнтованими кейсами, можливою зміною профілю клієнтів (із домінуванням осіб без сімейних зв'язків), а також трансформацією методів і фокусів роботи у бік індивідуалізованих моделей допомоги [26]. Незважаючи на зниження кількісних показників, слід зауважити, що зусилля соціальних працівників у цій сфері залишаються критично важливими з огляду на концептуальні засади сучасної соціальної реабілітації, згідно з якими відновлення довіри у найближчому соціальному оточенні виступає фактором захисту від рецидиву вживання ПАР [26].

У сфері документального відновлення особи (допомога у відновленні втрачених або відсутніх особистих документів) спостерігається різко виражене зниження: 2022 року зафіксовано 2 507 випадків, тоді як у 2023 році — лише 99 [26]. Така кардинальна різниця (зменшення на понад 96%) вимагає особливого аналізу. Існує ймовірність, що у 2022 році мали місце централізовані ініціативи з масового документування осіб, що опинилися у складних життєвих обставинах (зокрема внутрішньо переміщених осіб, які одночасно належали до груп ризику за вживанням ПАР). У 2023 році, ймовірно, ці потреби були задоволені у попередньому періоді, або ж адміністративні функції з відновлення документів були передані до інших інституцій, що не фіксуються в аналітичних даних Нацсоцслужби [26]. Це також може свідчити про необхідність перегляду механізмів міжвідомчої взаємодії та удосконалення аналітичного обліку клієнтів.

Організація лікування та оздоровлення у 2023 році охопила 394 особи, що фактично відповідає рівню попереднього року — 384 особи [26]. Незначне збільшення (на 10 осіб) не є статистично значущим, однак репрезентує стабільність системи у цьому напрямі. Це може свідчити про збереження доступності та функціональності програм амбулаторного або стаціонарного лікування, реабілітаційних центрів, медико-соціального супроводу. З позиції соціальної політики, такий рівень стабільності є позитивним маркером. Проте для довгострокового ефекту важливо зміцнити механізми постреабілітаційного супроводу, а також залучення клієнтів до спільнот самодопомоги, що забезпечують підтримку поза межами формалізованої системи охорони здоров'я.

Показник направлення до закладів соціального захисту у 2023 році становив 537 осіб, що є зменшенням порівняно з 1 080 випадками у 2022 році [26]. Такий спад (майже вдвічі) може відображати зменшення ролі інституціональних закладів у моделі надання послуг або ж перехід до альтернативних, неінституційних форм допомоги — наприклад, через мобільні бригади, кризові центри на базі громадських організацій чи підтримуване проживання. З наукової точки зору, це відкриває перспективу дослідження впливу деінституціоналізації на ефективність соціального супроводу та рівень соціального включення клієнтів із досвідом залежності.

Направлення до закладів охорони здоров'я у 2023 році зафіксоване на рівні 520 осіб, що є зниженням проти 931 особи у 2022 році [26]. Це може бути наслідком кількох факторів: зменшення кількості первинних звернень, відсутність потреби у медичному супроводі (наприклад, у випадках стабілізації стану після попередніх етапів лікування), або ж проблеми у доступності медичних послуг (через реформування системи, нестачу спеціалістів, географічну віддаленість). Зменшення направлень у медичну сферу варто розглядати як потенційний ризик для комплексності

допомоги, оскільки особи, які вживали ПАР, часто мають супутні хронічні захворювання, психічні розлади або потребують профілактичної медичної підтримки.

У сфері працевлаштування у 2023 році було охоплено 274 особи, що дещо нижче за показник 2022 року (245 осіб), однак приріст (на 29 осіб) є позитивним з огляду на складність інтеграції осіб з досвідом залежності у формальний ринок праці [26]. Важливо враховувати, що економічні фактори (зокрема високий рівень безробіття, особливо у кризових регіонах), стигматизація та правові бар'єри суттєво ускладнюють процес працевлаштування. Позитивна динаміка, хоч і незначна, свідчить про ефективність програм професійної орієнтації, мотиваційних тренінгів, а також про розширення співпраці із приватним сектором у межах соціального партнерства.

Щодо влаштування до закладів освіти, 2023 року цей показник становив 115 осіб, що майже дорівнює показнику 2022 року — 129 осіб [26]. Незначне зниження (на 14 осіб) не є критичним, однак воно може відображати загальні бар'єри, що стоять перед клієнтами у сфері освіти: відсутність базової освіти, мотиваційні труднощі, потреба у довготривалій соціальній підтримці під час навчання. Водночас, збереження показника на відносно стабільному рівні демонструє наявність потенціалу для розширення програм неформальної освіти, перепідготовки та соціального підприємництва, що має важливе значення в умовах сучасного ринку праці.

Таким чином, емпіричний аналіз динаміки основних показників результативності надання соціальних послуг особам, які вживали психоактивні та наркотичні речовини, у період з 2022 по 2023 роки демонструє неоднорідну картину змін. З одного боку, спостерігається стабільність у таких напрямках, як організація лікування та працевлаштування, з іншого — фіксується суттєве зниження у напрямках

налагодження соціальних зв'язків, допомоги у відновленні документів та направлення до інших інституцій [26].

Рис. 143. ПАР із вживанням якої пов'язане надання медичної допомоги, 2023 рік

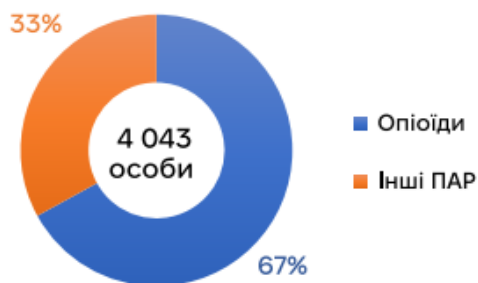


Рис. 144. Частки ув'язнених осіб із синдромом залежності внаслідок вживання ПАР, яким було надано медичну допомогу у 2023 році, за речовиною (%)

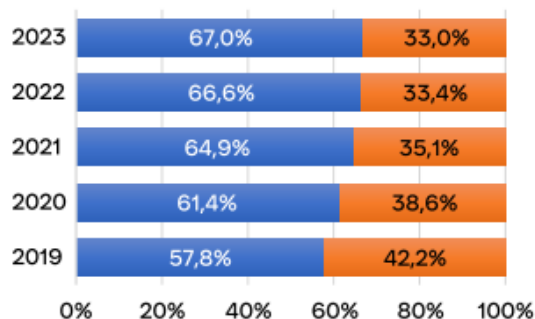


Рис. 1.6. Пар із вживанням якої пов'язане надання медичної допомоги у 2023 році та частки ув'язнених осіб із синдромом залежності внаслідок вживання ПАР, яким надано було медичну допомогу у 2023 році [26]

Психічні та поведінкові розлади, зумовлені вживанням психоактивних речовин (ПАР), упродовж останніх років залишаються актуальною медико-соціальною проблемою, що потребує комплексного міжвідомчого підходу. Особливого значення набуває аналіз співвідношення видів ПАР, що стали причиною розвитку психічної патології, зокрема на тлі поглиблення кризових соціально-економічних процесів та воєнного стану, які істотно впливають на вразливі групи населення [26]. Статистичні дані за 2023 рік, представлені у діаграмах, репрезентують чисельність осіб, яким було надано медичну допомогу через залежність від ПАР, а також динаміку часток за окремими видами речовин, що викликали розлади. В особливому фокусі опиняється порівняння показників за 2022 і 2023 роки, які демонструють як стабілізаційні, так і прогресивні тенденції у структурі наркозалежності [26].

У 2023 році загальна кількість осіб, яким було надано медичну допомогу через психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням

ПАР, склала 4043 особи. 3-поміж них домінуючу частку становлять пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів — 67% [26]. Цей показник практично тотожний до аналогічного у 2022 році — 66,6%, що свідчить про наявність стабільної тенденції домінування саме опіоїдної залежності у структурі зареєстрованих випадків потреби у медичному втручанні. Незначне зростання (на 0,4 відсоткових пункти) може бути маркером подальшого зміцнення ролі опіоїдів як основної психоактивної групи речовин, що спричиняє глибокі психічні та фізіологічні порушення з високим ступенем медичної залежності [26].

Домінування опіоїдів, зокрема у пенітенціарному контексті, вказує на системну проблему циркуляції цих речовин у середовищах із високим рівнем соціального ризику. Така ситуація, ймовірно, є наслідком одночасної дії кількох чинників: по-перше, широкої доступності нелегальних синтетичних опіоїдів, які мають значно вищу силу дії та ризик летальних наслідків, порівняно з традиційними наркотиками; по-друге, недостатності профілактичної роботи у групах підвищеного ризику, включно з особами, які відбувають покарання або нещодавно звільнилися з місць позбавлення волі; по-третє, наявності дефіциту програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), що є однією з найефективніших форм зменшення шкоди для цієї категорії залежних [26].

Варто звернути увагу також на порівняльну динаміку з іншими групами ПАР. Частка осіб із психічними порушеннями внаслідок вживання інших ПАР у 2023 році становила 33,0%, що демонструє продовження поступової тенденції до зменшення, порівняно з 33,4% у 2022 році [26]. Ця динаміка, хоч і мінімальна, відображає певну зміну профілю залежностей, з поступовим перерозподілом акцентів від психостимуляторів, канабіноїдів чи алкоголю — до речовин опіоїдного спектру. Це може бути наслідком або зміни споживчих патернів (наприклад, через економічну доступність синтетичних опіоїдів), або

вищої летальності та клінічної вираженості саме опіоїдної залежності, яка частіше потребує госпіталізації та фіксується в офіційній статистиці.

Вивчення динаміки з 2019 по 2023 роки дає змогу побачити чітку еволюцію профілю пацієнтів: у 2019 році частка опіоїдів у структурі психічних розладів, що потребували медичної допомоги, становила 57,8%, тоді як частка інших ПАР — 42,2%. Уже у 2020 році цей розрив починає збільшуватись: опіоїди — 61,4%, інші ПАР — 38,6%, а у 2021 році — 64,9% та 35,1% відповідно [26]. Це свідчить про сталу тенденцію до опіоїдної домінанти, яка протягом п'яти років послідовно закріплюється в структурі наркологічної патології. Такий тренд є загальносвітовим явищем, зокрема у контексті поширення фентанілоподібних речовин, і потребує реагування на рівні державної наркополітики, включно з адаптацією національних протоколів діагностики, лікування та реабілітації.

Особливої уваги потребує специфіка пенітенціарного середовища, оскільки саме там реєструються високі рівні споживання ПАР, зокрема ін'єкційних опіоїдів. Дані за 2023 рік підтверджують, що 67% ув'язнених осіб, яким була надана медична допомога, мали діагностований синдром залежності від опіоїдів. У порівнянні з 2022 роком (66,6%) відмінність є мінімальною, однак її стабільність вказує на глибоку структурну проблему — залежність не лише як індивідуальний психопатологічний стан, а як соціально-кримінологічний феномен [26]. Це актуалізує потребу розвитку спеціалізованих наркологічних програм у місцях несвободи, що повинні включати компоненти детоксикації, психологічної підтримки, замісної терапії, а також програм ресоціалізації після звільнення.

Важливим напрямом дослідження є вивчення гендерних та вікових особливостей пацієнтів з опіоїдною залежністю, а також аналіз супутньої патології, зокрема вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції, туберкульозу. Висока коморбідність серед цієї категорії хворих погіршує прогноз та підвищує

витрати на медичне обслуговування, що повинно враховуватися при формуванні бюджетних програм на рівні регіонів та громад. Крім того, слід інтегрувати принципи «континууму допомоги», що забезпечують безперервність медико-соціального супроводу пацієнта на всіх етапах — від первинного виявлення до реабілітації та повернення до повноцінного соціального життя.

Підсумовуючи дані аналізу за 2022 та 2023 роки, можемо констатувати, що хоча абсолютні відмінності між цими періодами не є різко вираженими, проте стабільна структура споживання з домінуванням опіоїдів вказує на потребу поглибленого реагування у сфері охорони психічного здоров'я, пенітенціарної медицини та соціального супроводу. Актуальним є розвиток інтегрованих моделей допомоги, що базуються на міжсекторальній взаємодії медичних, соціальних, правозахисних та громадських організацій.

Психоактивні речовини, що раніше використовувалися переважно з метою рекреації або для поліпшення працездатності, за умов воєнного стану набувають нових функціональних характеристик. Серед військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб спостерігається інтенсивне зростання споживання речовин, які впливають на когнітивні та емоційні аспекти поведінки. Цей процес обумовлений як невідкладною потребою в зниженні гострих психотравматичних реакцій, так і прагненням втекти від неприйнятних реалій воєнного стану [19]. В окремих випадках спостерігається використання психоделічних субстанцій як альтернативної терапії, проте системна недостатність науково обґрунтованих методик регуляції цих процесів часто призводить до негативних наслідків. У цьому контексті важливе значення має розробка новітніх підходів, що базуються на інтегративних моделях, де поєднуються елементи традиційної психотерапії, фармакотерапії та соціальної підтримки.

Одним із суттєвих чинників, що впливають на динаміку вживання психоактивних речовин, є географічно-демографічна варіативність популяції. Особливо вразливими є регіони, що зазнали безпосереднього впливу військових дій, де внаслідок руйнування інфраструктури та обмеженості ресурсів знижується доступ до якісної медико-соціальної допомоги [16]. В цих зонах спостерігається високий рівень споживання не лише легальних, а й нелегальних психоактивних речовин, що супроводжується зростанням криміналізації поведінкових патернів. Фактори, що впливають на споживання, включають як безпосередній вплив бойових дій, так і посередній вплив соціальної дезорієнтації, викликані втратами, переміщенням населення та руйнуванням традиційних соціальних зв'язків. Окрім того, в умовах загострення соціальних криз спостерігається зміщення структури споживання – від легально регульованих медикаментозних засобів до нелегальних наркотичних препаратів, що зумовлено як їх доступністю на чорному ринку, так і зниженням рівня контролю за їх обігом. Таким чином, аналіз динаміки споживання ПАР у воєнних умовах свідчить про необхідність створення спеціалізованих програм моніторингу та ранньої діагностики, що дозволять оперативно реагувати на зміни у поведінкових моделях населення та впроваджувати превентивні заходи [15].

Значну роль у зміні динаміки вживання психоактивних речовин відіграють соціальні та культурні фактори, які формують індивідуальні моделі поведінки під впливом стресових ситуацій. У зв'язку з тим, що воєнний конфлікт не тільки змінює соціальну структуру, але й трансформує культурні та емоційні орієнтири, сучасні дослідження показують, що падіння загального рівня ментального здоров'я населення супроводжується етіологічними змінами у поведінці, що характеризується витісненням традиційних соціальних норм і переходом до нових, менш адаптивних моделей. У цьому аспекті важливим є розуміння

психодинаміки індивідуальних реакцій на травматичні події, зокрема механізмів дисоціації та уникнення, що призводять до формування залежних моделей споживання психоактивних речовин як засобу самотерапії. Соціально-психологічні дослідження у цій галузі підкреслюють, що недостатня соціальна підтримка, відсутність належного емоційного супроводу та порушення родинних зв'язків в умовах війни стають каталізаторами для розвитку деструктивних патернів, які часто супроводжуються як індивідуальними розладами, так і колективними кризовими явищами [17].

В умовах воєнного стану також виникає специфічна ситуація щодо змін поведінкових практик, яка проявляється через стійке формування нових патернів споживання серед різних соціальних груп. Зміни, що відбуваються у популяційних процесах, демонструють, що вікова структура, соціальна статусність та професійна орієнтація суттєво впливають на характер вживання психоактивних речовин. Так, серед військових та колишніх бойових підрозділів спостерігається значне зростання споживання речовин, що мають стимулюючий або седативний ефект, і це обумовлено необхідністю оперативної регуляції стану свідомості, зниженням стресових реакцій і підвищенням бойової готовності у попередніх станах. У цивільному ж середовищі, що характеризується соціальною дезорганізацією, розвитком внутрішньої ізоляції та спадом економічної активності, спостерігається перехід від традиційних зразків споживання до режимів поліспоживання, що може включати як ліцензовані медикаменти, так і нелегальні речовини, котрі використовуються задля компенсації дефіциту психологічної підтримки [20, с. 27]. Така поліфункціональна поведінка формується під впливом як біологічних чинників, так і соціокультурних умов, що задають комплексний характер залежності.

Під час воєнного стану існує значна динаміка в трансформації ринкових структур, пов'язаних із постачанням психоактивних речовин, що впливає на зміни в їх споживанні. Феномен нелегального ринку психоактивних речовин у воєнних умовах набуває особливої актуальності, оскільки традиційні канали постачання часто порушуються через бойові дії, руйнування транспортної та комунікаційної інфраструктури, посилення контролю з боку правоохоронних органів у зв'язку з надзвичайним станом [26]. У цьому контексті інтермедіація між виробниками, постачальниками та кінцевими споживачами набуває нових форм, що характеризуються як динамічними і нестабільними процесами. Реконфігурація ринку психоактивних речовин у воєнному середовищі супроводжується зростанням використання нових технологій, зокрема інтернет-каналів для розповсюдження інформації щодо замовлення та постачання субстанцій, що ускладнює традиційні методи регулювання та моніторингу. Така трансформація, з одного боку, створює додаткові ризики для населення, а з іншого – підсилює потребу у розробці адаптивних державних стратегій боротьби з нелегальним ринком, які базуються на інтегрованому підході до профілактики та лікування аддикційних розладів.

Не менш важливим аспектом є вплив змін у медико-соціальній сфері, що супроводжуються адаптивними реформами в державній системі охорони здоров'я. В умовах воєнного стану традиційні моделі профілактики та лікування залежностей часто виявляються неефективними через розрив інституційних зв'язків, обмеженість ресурсів, руйнування мережі медичних установ та недостатню підготовленість кадрів для роботи в кризових умовах. Наявність дисфункційних ланок в системі охорони здоров'я позначається як на ранній діагностиці порушень, так і на оперативності надання допомоги, що змушує дослідників шукати нові підходи до організації реабілітаційних програм. При цьому актуальним

стає питання інтеграції телемедичних сервісів, дистанційних консультацій та мобільних медичних платформ, які можуть забезпечити безперервність допомоги навіть за умов обмеженого фізичного доступу до медичних закладів. Систематичний аналіз ефективності таких підходів дозволяє оцінити потенціал адаптивних медичних рішень, проте вимагає мультидисциплінарного підходу, що поєднує психіатрію, інформаційні технології та соціальну політику.

Аналіз змін у динаміці вживання психоактивних речовин під час воєнного стану свідчить про необхідність розробки комплексних моделей, що враховують мультифакторний характер процесів, котрі впливають на формування залежностей. Наукові підходи до моделювання таких процесів базуються на інтеграції кількісних методів епідеміологічного аналізу, які дозволяють оцінити поширеність та інтенсивність споживання психоактивних речовин серед різних груп населення, із якісних досліджень, спрямованих на розуміння психодинаміки індивідуальних реакцій на стрес та травматичний досвід, а також на інституційного аналізу, що досліджує вплив соціально-економічних та правових чинників на функціонування системи охорони здоров'я. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє не тільки визначити основні тренди та патерни вживання ПАР, але й окреслити перспективи профілактичних інтервенцій, спрямованих на раннє виявлення ризиків, формування адаптивних механізмів саморегуляції та оптимізацію інституційних процесів.

У комплексному науковому дослідженні змін у динаміці вживання психоактивних речовин в умовах воєнного стану розкрито багатогранність впливу зовнішніх кризових факторів на формування моделей споживання [3]. Аналізу піддаються як біологічні механізми, що визначають реакцію організму на хронічний стрес і порушення нейрохімічних процесів, так і соціально-психологічні аспекти, що відображають зміни у міжособистісних взаємодіях, трансформацію соціальних норм та

культурних цінностей [3]. Такий інтегративний підхід сприяє глибшому розумінню як етіологічних основ аддиктивної поведінки, так і специфіки її проявів у кризових умовах, що дозволяє формувати нові методологічні орієнтири у сфері профілактики та лікування залежностей. Безсумнівно, використання сучасних наукових методів, що включають аналіз часових рядів, регресійне моделювання, структурне моделювання рівнянь та інші статистичні підходи, сприяє побудові точних прогнозних моделей, котрі можуть стати фундаментом для розробки ефективних стратегій соціальної та медичної реабілітації населення, постраждалого від наслідків воєнного конфлікту.

Таким чином, дослідження змін у динаміці вживання психоактивних речовин під час воєнного стану розглядає цей феномен як результуючу суму взаємодії численних факторів, що характеризуються високою динамічністю та багатовимірністю. Інтеграція результатів емпіричних досліджень, клінічних спостережень та інституційного аналізу дозволяє сформувати комплексну картину впливу військового стану на поведінкові патерни споживання. Отже, системний підхід до вивчення даного питання відкриває перспективи для розробки адаптивних превентивних та терапевтичних програм, які зможуть адекватно реагувати на специфіку воєнних умов, забезпечуючи як своєчасне виявлення ризикованих груп, так і ефективне надання допомоги.

Висновки до першого розділу

У результаті проведеного теоретичного й емпіричного аналізу впливу воєнного стану на соціальне функціонування осіб, залежних від психоактивних речовин, було виявлено низку суттєвих закономірностей, що визначають особливості поведінки, психоемоційного стану та соціальної адаптації цієї категорії осіб в умовах кризового середовища.

По-перше, встановлено, що воєнний стан є потужним соціальним і психологічним стресором, який значно підвищує рівень вразливості залежних осіб до загострення психічних розладів. Зокрема, виявлено активізацію симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), генералізованої тривожності, депресивних станів, що супроводжуються зростанням потреби у психоактивній стимуляції як засобі тимчасового зняття напруги. Встановлено, що в умовах дефіциту психотерапевтичної допомоги та соціальної підтримки ці стани часто призводять до рецидивів залежності та ускладнюють проходження реабілітаційних програм.

Підтверджено, що залежні особи в умовах війни перебувають у стані подвійного навантаження: з одного боку — внутрішньої адиктивної дестабілізації, з іншого — зовнішнього соціального тиску, спричиненого втратою житла, доходу, рідних, а також ізоляцією від соціальних інститутів. Доведено, що порушення сімейних та суспільних зв'язків, а також фрагментація інформаційного поля (інфошум, дезінформація) призводять до посилення маргіналізації залежних осіб і зниження їхньої залученості в соціальне середовище.

Психологічний вимір проблеми виявляється у підвищенні рівня тривожності, депресивних станів, емоційного виснаження та формуванні посттравматичного стресового розладу, що суттєво послаблює адаптивні механізми особистості. Було з'ясовано, що на фоні воєнного стресу активізуються не лише існуючі залежності, а й підвищується вірогідність формування нових форм адиктивної поведінки як способу тимчасового уникнення психічного болю та відчуття безсилля. Емоційна дезрегуляція, зниження когнітивного контролю та зростання імпульсивності ведуть до саморуйнівних форм поведінки, які значно ускладнюють процеси реабілітації та соціальної реінтеграції.

Соціальний контекст впливу воєнного стану проявляється у деструкції усталених соціальних зв'язків, руйнуванні систем підтримки,

ізоляції залежних осіб від ресурсів допомоги та зменшенні можливостей для включення в повноцінне суспільне життя. Дослідження засвідчили, що залежні особи в умовах воєнного стану опиняються у стані подвійної вразливості – як носії психоактивної залежності, так і як суб'єкти, що постраждали від війни. Це потребує розширення підходів до їхньої підтримки з урахуванням травматичних життєвих обставин, психологічного виснаження та соціального виключення.

У ході аналізу було встановлено, що ключовими факторами, які ускладнюють реабілітацію осіб, залежних від психоактивних речовин в умовах воєнного стану, є системні порушення у сфері охорони здоров'я, соціального забезпечення та інституційної взаємодії. Зокрема, зафіксовано значне зниження функціональної здатності медичних установ, спричинене руйнуванням інфраструктури, логістичними бар'єрами у доступі до медичних послуг, а також дефіцитом кваліфікованого персоналу. Виявлено, що в умовах скорочення державного фінансування соціальних програм реабілітаційного профілю зростає навантаження на громадський сектор, який, у свою чергу, також страждає від недостатності ресурсів та відсутності системної координації з органами державної влади.

Установлено, що зовнішнє середовище, насичене хронічними стресогенними факторами (загроза життю, втрата житла, переміщення, соціальна ізоляція), стає постійним джерелом дистресу, який дестабілізує базові психофізіологічні механізми адаптації. Це призводить до порушень саморегуляції, загострення адиктивної поведінки, зниження ефективності традиційних терапевтичних підходів. У межах дослідження обґрунтовано необхідність розробки альтернативних моделей психосоціальної підтримки, зокрема з використанням дистанційних форматів (телемедицина, онлайн-консультування), а також неформальних горизонтальних мереж взаємодопомоги, які демонструють вищу стійкість

до зовнішніх руйнівних впливів у порівнянні з класичними інституційними структурами.

Зміни в динаміці вживання психоактивних речовин, виявлені у рамках дослідження, свідчать про значне зростання адиктивної поведінки внаслідок прагнення знизити психоемоційне напруження, уникнути болісного досвіду або повернути ілюзію контролю над власним життям. З'ясовано, що патерни споживання ПАР у воєнних умовах стають більш поліфункціональними, а мотивація – більш деструктивною. Цей процес посилюється доступністю нелегального ринку, недостатністю державного контролю та падінням рівня профілактичної роботи з вразливими групами.

Таким чином, результати першого розділу свідчать про глибоку трансформацію як внутрішнього психічного стану, так і соціального функціонування осіб, залежних від психоактивних речовин, у зв'язку з умовами воєнного стану. Встановлено, що реабілітаційні заходи потребують оновлення з урахуванням міждисциплінарного підходу, що об'єднує психотерапевтичну, соціальну, культурну та організаційну компоненти. Лише цілісне бачення проблеми дозволить створити ефективні моделі підтримки цієї вразливої категорії населення та забезпечити їхню поступову соціальну інтеграцію в посткризовий період.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Огляд міжнародного та національного досвіду

Усеохопні наукові дослідження в галузі соціальної реабілітації вразливих категорій населення в умовах військового конфлікту набувають критичної важливості як актуальна галузь теоретико-методологічного пошуку. Військові дії спричинили значне поглиблення соціально-психологічних дисфункцій, що посилює необхідність упровадження інтегрованих інтервенційних програм. У даному контексті соціальна реабілітація визначається як комплексний процес відновлення фізіологічного, психоемоційного та соціального благополуччя осіб, які зазнали травматизації, і передбачає застосування мультидисциплінарних стратегій: психосоціального супроводу, освітньо-професійної підготовки та соціальної інтеграції [31, с. 90].

Зораденія К. у своїх працях наголошує на необхідності індивідуалізації терапевтичних інтервенцій, яка спирається на коваріацію нейробиологічних маркерів і соціальних детермінант здоров'я. Вона вказує на важливість застосування глибинної діагностики когнітивно-поведінкових порушень з використанням нейропсихологічного скринінгу для подальшої розробки адаптивних тренінгів компенсації виконавчих функцій [55].

Онищенко Н. акцентує увагу на ролі психосоціального супроводу у формуванні ресурсів внутрішньої резилієнтності та відновленні соціальних зв'язків. За її моделью, соціальна адаптація відбувається через реалізацію програм когнітивно-поведінкової терапії, групових фасилітацій та

індивідуального консультування, що спрямовано на відновлення довіри, самоповаги та оптимістичного націлювання постраждалих [53].

Чернецька Ю. та Горелов І. виводять у центр уваги професійну реабілітацію як невід'ємний елемент ресоціалізації військовослужбовців із адиктивними розладами. Вони обґрунтовують комплекс медичних, фізіотерапевтичних, психологічних та трудових втручань, що реалізуються в умовах модульних відновлювальних центрів, забезпечуючи відновлення працездатності та самодостатності клієнтів [43, с. 59].

Сергеєва Ю.С. підкреслює роль місцевих соціальних служб у запобіганні соціальних конфліктів і розростанню проблем постконфліктної реабілітації. Вона обґрунтовує необхідність диференційованого розширення мережі соціально-педагогічних послуг на рівні громад, що реалізується через концептуальні засади реформи децентралізації [54].

У працях Дяченка І. та колективу аналізуються особливості динамічної взаємодії соціальних та індивідуальних детермінант у формуванні добробуту та резилієнтності українських військових, внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих груп. Автори виявляють кореляцію між рівнем соціального капіталу громади та якістю відновлення психоемоційного стану індивіда [47].

Узагальнення результатів досліджень Ю. Песоцької, А. Поповича, С. Кравцова, А. Камбура, Д. Череватського та Г. Лазоса дозволяє формувати стандартизовані моделі оцінки потенціалу реабілітаційних інтервенцій, де критеріями ефективності є рівень соціальної інтеграції, стійкість до рецидиву адиктивної поведінки та здатність до самоуправління життєвими ресурсами [33].

Таким чином, наукова парадигма соціальної реабілітації військових та цивільних постраждалих в умовах воєнного стану базується на комплексному поєднанні психосоціальної підтримки, освітньої та професійної ресоціалізації, що реалізується за допомогою

мультидисциплінарних команд та децентралізованих моделей надання послуг. Такий підхід забезпечує цілісне відновлення особистісного потенціалу та соціальну інтеграцію в постконфліктному просторі.

У контексті сучасних воєнних конфліктів соціальна реабілітація залежних осіб набуває особливої значущості, оскільки воєнний стан створює додаткові ризики для груп, що вже перебувають у стані соціально-психологічної вразливості. Міжнародний досвід демонструє, що успішні моделі соціальної реабілітації поєднують комплексну медико-психосоціальну підтримку з міжсекторними координаційними механізмами. Зокрема, програми, реалізовані під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), акцентують увагу на інтегрованому підході, який включає одночасне надання медикаментозного супроводу, індивідуального психотерапевтичного консультування та соціальних послуг, що дозволяє врахувати полівимірність залежності як біопсихосоціального феномену [55]. Основою такого підходу є модель «тримірної» реабілітації, яка ґрунтується на дослідженнях нейробіології залежності, соціальної екології та теорії прихильності. Акцентується також важлива роль міждисциплінарних команд, до складу яких мають входити фахівці з психіатрії, соціальної роботи, нейропсихології та соціальної педагогіки. У країнах Північної Європи, зокрема у Фінляндії та Швеції, впроваджено практику «прозорих» мережевих сервісів, де залежні особи мають змогу безперешкодно переходити між амбулаторною та стаціонарною формами підтримки, отримувати послуги з ресоціалізації та професійної реабілітації відповідно до індивідуальних потреб. Такий підхід базується на принципах доступності, неперервності та комплексності, що підтверджено як фактор суттєвого зниження рівня рецидивів у довгостроковій перспективі.

Водночас донецько-лондонська ініціатива з соціальної інтеграції залежних осіб, реалізована за підтримки Міжнародного комітету

Червоного Хреста, демонструє ефективність мобільних бригад з міжвідомчою компетенцією. Ці бригади забезпечують виїзну оцінку потреб пацієнтів у зонах бойових дій, проводять оперативну маршрутизацію до найближчих центрів соціально-психологічної реабілітації та гарантують захист від стигми через застосування анонімізованих кейс-менеджмент підходів. У країнах Західної Європи практика підтримки «peer-to-peer» (рівний-рівному) виявилася надзвичайно ефективною: колишні залежні, які успішно пройшли програму реабілітації, залучаються в якості фасилітаторів груп самопомогі, що сприяє зміцненню мотивації та формуванню соціально корисних зв'язків [2].

Національні моделі соціальної реабілітації в умовах воєнного стану демонструють своєрідність у регіональних підходах до організації мережі послуг та залучення ресурсів. Український досвід, зокрема, характеризується швидкою мобілізацією волонтерських ініціатив та активною участю громадських організацій у супроводі залежних осіб. Організації, такі як «Ла Страда–Україна» та «Український інститут соціальних проблем і кооперації», оперативно адаптували свої програми, запровадивши додаткові модулі психологічної підтримки у режимі онлайн та створивши чат-боти для анонімного психологічного консультування. Ці інструменти виконують роль первинного скринінгу, ідентифікації ризикових станів та перенаправлення осіб до спеціалізованих центрів. При цьому держава забезпечує нормативно-правове підґрунтя через прийняття окремих урядових постанов щодо пріоритизації фінансування реабілітаційних програм у воєнний період, а також через інтеграцію системи обліку залежних осіб у єдиний інформаційний простір Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики.

Разом з тим, українська практика стикається з низкою системних викликів, серед яких фрагментація фінансування, недостатня кількість

спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів у прифронтових регіонах та складнощі в координації між військовими адміністраціями й цивільними соціальними службами [2]. Відповіддю на ці виклики стало створення мобільних соціально-медичних груп, які мають оперативно реагувати на потреби залежних за принципом «гарячої лінії» та забезпечувати як тимчасове розміщення, так і психологічно-безпечне середовище для перших етапів реабілітації. Додатково розвиваються телемедичні платформи, що дозволяють здійснювати психіатричний супровід осіб із тяжкими формами залежності навіть за умов обмеженого доступу до стаціонару. Ключовим інноваційним рішенням визнано використання штучного інтелекту для аналізу медико-соціальних даних клієнтів і прогнозування кризових ситуацій, що дає змогу своєчасно здійснювати втручання [55].

У глобальному масштабі досвід міжнародних організацій під кутом «human security» пропонує розгляд соціальної реабілітації залежних осіб не лише як медико-соціальної послуги, а як елемент стратегії відновлення соціального капіталу та посилення стійкості громад. Цей підхід обґрунтовує необхідність включення програм з формування навичок життя («life skills») і професійно-трудової реабілітації до обов'язкового пакету послуг, що фінансується за рахунок спеціальних міжнародних фондів [8]. Експериментальні дослідження, проведені в Лівані та Іраку в умовах постконфліктної відбудови, засвідчили високу ефективність програм мікропідприємництва для колишніх залежних, які одночасно отримують підтримку в освоєнні нових професій та психологічне консультування з питань подолання післявоєнного посттравматичного стресового розладу.

Наростаюче значення має інституційна спроможність: успішні національні стратегії передбачають створення міжвідомчих координаційних платформ, де представники міністерств охорони здоров'я, соціальної політики, юстиції та ветеранів обговорюють спільні механізми

спрямування ресурсів. Зокрема, у Канаді та Австралії реалізовано модель «центру соціальної єдності», що інтегрує в одному просторі медичні, соціальні, юридичні та освітні служби. Для залежних осіб це означає зручність навігації системою послуг та зменшення бар'єрів доступу, тоді як самої владі – оптимізацію бюджетних видатків шляхом «розумної» маршрутизації клієнтів.

Варто зазначити, що на національному рівні Україна вже здійснює інтеграцію кращих світових практик: розроблено проєкт електронної картки реабілітаційного маршруту залежної особи, передбачено інтеграцію з Європейською платформою з моніторингу та оцінки програм реабілітації залежностей (EUROPAD). Пілотні випробування в Дніпропетровській та Харківській областях підтверджують, що така цифровізація дає змогу скоротити час очікування першого прийому на 30 % та більш ніж у два рази зменшити кількість пропусків сеансів терапії. Водночас триває робота над законодавчою імплементацією норм Європейської хартії з прав залежних осіб, що передбачає розширення переліку гарантованих безоплатних послуг і запровадження механізму «соціального замовлення» для недержавних провайдерів [24].

Отже, порівняльний аналіз міжнародного й національного досвіду свідчить про ключову роль міждисциплінарності, цифрової трансформації та міжвідомчої координації у створенні ефективної системи соціальної реабілітації залежних осіб в умовах воєнного стану. Адресність втручань, поєднання медичного, психологічного та соціального компонентів, застосування передових технологічних рішень та участь громадянського суспільства формують базис для підвищення стійкості вразливих груп, сприяють відновленню соціального капіталу й зміцненню загальної безпеки населення.

У контексті сучасних воєнних конфліктів соціальна реабілітація осіб із адиктивними розладами набуває багатовимірного значення, оскільки

поєднує медико-психологічні та соціально-педагогічні стратегії, спрямовані на відновлення цілісності особистості та її інтеграцію у громаду. Ключовим компонентом успішних міжнародних програм є індивідуалізація інтервенцій, що враховує складні детермінанти залежності: нейробіологічні зміни, соціальні стресори та травматичний досвід бойових дій. За спостереженнями дослідників, психосоціальна реабілітація в постконфліктних умовах вимагає багаторівневої взаємодії між психіатрами, соціальними педагогами та нейропсихологами, які спільно розробляють модульні програми з глибинної діагностики когнітивно-поведінкових порушень і побудови компенсаторних навичок [55, с. 27]. Такі програми передбачають використання нейрокогнітивних вправ, що корегують дефіцити виконавчих функцій та зменшують імпульсивність, характерну для осіб із адиктивною поведінкою.

2.2. Особливості надання допомоги в умовах бойових дій

Неперервний вплив бойової травми і дисфункціональні патерни психоактивного вживання створюють складну динаміку у формуванні коморбідних станів, які потребують інтегрованих клініко-соціальних втручань. Передусім у перші години після первинного контакту важливо здійснити оперативну оцінку безпеки та ризиків: критичним стає виявлення ознак гострої інтоксикації, самозаподіяння, спрямованих на полегшення абстинентних симптомів, а також можливості передачі інфекцій через небезпечні практики вживання [49]. Ефективна інтервенція в хронічно напружених умовах проводиться на засадах психосоціальної першої допомоги з поєднанням алгоритмів стабілізуючих втручань. Застосування стандартизованих протоколів первинного скринінгу із використанням шкал IES-R для оцінки рівня посттравматичних симптомів та AUDIT/DUDIT для виявлення тяжкості залежності дозволяє адаптувати подальшу роботу до індивідуальних особливостей кожного клієнта [56].

Насамперед у кризовому періоді необхідно реалізувати фармакологічні заходи, спрямовані на безпечне зняття гострої інтоксикації: у осіб із виявленою опіоїдною залежністю продовження підтримуваної терапії (метадоном, бупренорфіном) з урахуванням швидкого доступу до препаратів, дозова корекція та моніторинг виведення токсичних метаболітів. Для купірування абстинентного синдрому використовують симптоматичні засоби — бензодіазепіни короткої дії, нестероїдні протизапальні препарати та гідратаційну терапію, з одночасним контрольованим введенням вітамінно-мінеральних комплексів. Усе це поєднується з елементами кризової психотерапії, яка націлена на зниження рівня гіпервегетативної реактивності через дихальні вправи (методика контролю дихання 4-7-8) та тілесно-орієнтовані техніки релаксації, що дають змогу пом'якшити соматичні прояви надмірного стресу [55].

Протягом наступних кількох днів і тижнів розгортання допомоги потребує мультидисциплінарного підходу: психологічний супровід поєднує когнітивно-поведінкову терапію з елементами травма-фокусованого втручання. На основі попередніх даних скринінгу формується індивідуальна траєкторія втручання, у якій акцент робиться на когнітивному реструктуруванні дисфункціональних переконань щодо вживання ПАР як єдиного способу зниження внутрішньої напруги. Такі сесії передбачають поступову десенсибілізацію до тригерів, відпрацювання альтернативних позитивних стратегій подолання тривоги, а також активне включення елементів майндфулнес-практик і тренінгів усвідомленості.

Ключовим чинником успішності є соціально-психологічна інтеграція через залучення до груп взаємопідтримки та очних психологічних імпровізацій. Роль «peer support» стає вирішальною: досвідчені випускники програм реабілітації виконують функцію менторів, надаючи

емоційний резонанс та ділиться перевіреними механізмами адаптації. Спільні семінари, творчі воркшопи (арт-та музикотерапевтичні сесії) і волонтерські ініціативи, які організовуються у безпечних просторах міст і сіл, формують соціальну карту ресурсів, у межах якої клієнт знаходить нові рольові моделі, відновлює процеси екстерналізації накопиченого травматичного досвіду та збагачує соціальні зв'язки.

Поступова стабілізація психоемоційного стану відбувається через впровадження модульних команд, у складі яких працюють наркологи, психіатри, соціальні працівники та психологи [46]. Кожен модуль відповідає за окрему ланку: медико-соматичну, терапевтичну, соціально-побутову. Координація між модулями здійснюється через централізовану інформаційну платформу, що забезпечує єдиний електронний кейс клієнта, доступний у реальному часі всім учасникам команди. Використання телемедичних консультацій дозволяє розширити охоплення та оперативно коригувати тактику ведення навіть у віддалених або небезпечних районах.

У період переходу до адаптаційної фази особлива увага приділяється побудові навичок життєвої компетентності: тренінги з планування бюджету й управління стресом, розвитку навичок міжособистісного спілкування та асертивного поведінкового репертуару. Кар'єрне консультування і коучинг за SMART-критеріями дозволяють клієнтам формулювати реалістичні цілі, розробляти покрокові плани і відстежувати досягнення. Паралельно організовуються короткострокові програми працевлаштування у партнерстві з місцевими підприємствами та громадськими ініціативами, що сприяє формуванню відчуття особистої ефективності та соціальної причетності.

У фазі тривалого супроводу відбувається консолідація результатів через систематичний моніторинг з використанням мобільних додатків, які аналізують психологічні та фізіологічні показники, зокрема варіабельність серцевого ритму як індикатор вегетативного балансу. Такі технологічні

рішення інтегруються із системою групових онлайн-зустрічей і чат-платформ, де клієнти отримують підтримку в реальному часі від фахівців та ровесників у випадках зриву або швидкого зростання рівня тривоги.

Невід'ємним компонентом допомоги в умовах непередбачуваних обставин бойових дій є мобільні бригади соціально-психологічної допомоги. Сформовані за принципом швидкого реагування, вони оснащені портативними наборами для оцінки ризиків, екстреного надання психосоціальної підтримки та телекомунікаційними інструментами для зв'язку з центральними координаторами. Така структура дозволяє забезпечити як мінімізацію розривів у наданні послуг, так і розширення доступу в найбільш уразливі райони, де традиційні заклади функціонують із перебоями.

З огляду на культурно-соціальний контекст українського суспільства в умовах війни, програми соціальної реабілітації активно інтегрують елементи національної ідентичності: участь у волонтерських акціях, відзначення традиційних свят у безпечних форматах, творчі заходи, що сприяють зміцненню колективного духу та відчуття єдності. Артпроекти, що поєднують традиційні ремесла та сучасні медіа, виконують функцію символічного відтворення травми, трансформуючи її в ресурс для подальшого зцілення [43].

Отже, соціальна реабілітація осіб із залежністю від психоактивних речовин в умовах активних бойових дій є багаторівневим, адаптивним і технологізованим процесом, що базується на синергії фармакотерапевтичних протоколів, психотерапевтичних втручань, соціально-методичної підтримки та інноваційних інформаційно-комунікаційних рішень. Такий комплексний підхід забезпечує не лише негайне зниження ризиків для життя і здоров'я клієнтів, а й створює умови для відновлення їхньої соціальної функціональності й життєвої стійкості в екстремальних обставинах війни.

2.3. Програми реабілітації для тимчасово переміщених осіб та постраждалих від війни

Проблема залежності від психоактивних речовин серед тимчасово переміщених осіб (ТПО) та постраждалих від війни в Україні є однією з найгостріших у контексті гуманітарної кризи. Вимушене переміщення, втрата дому, соціальних зв'язків, роботи, а також психотравмівний досвід війни значно підвищують ризики формування або рецидиву залежностей. Особи, які раніше не мали досвіду вживання ПАР, можуть почати вживання як спробу подолати емоційний біль, безсоння, тривогу або депресивні стани. Для тих, хто вже мав досвід залежності, стресові обставини сприяють поверненню до деструктивних моделей поведінки. Відповідно, будь-яка реабілітаційна програма для таких осіб повинна враховувати не лише клінічні аспекти залежності, а й глибокий травматичний досвід, пов'язаний із війною [41].

Біопсихосоціальна модель реабілітації є базовим підходом у роботі з ТПО, які мають залежність від ПАР. Вона передбачає врахування трьох компонентів — біологічного, психологічного та соціального — кожен з яких відіграє важливу роль у формуванні та підтримці залежності. Біологічний компонент включає проведення детоксикації, лікування супутніх захворювань, а також стабілізацію фізичного стану пацієнта [33]. У випадку військової травми та хронічного стресу особливо важливим є підбір фармакотерапії, яка не лише знижує симптоматику, а й не провокує залежності від нових препаратів. Медикаментозне лікування має супроводжуватися регулярним моніторингом соматичного стану, враховуючи часті супутні порушення, як-от гіпертонія, гастроентерологічні чи ендокринні розлади [33].

Психологічна підтримка в межах реабілітаційних програм для осіб із залежністю повинна бути спрямована на роботу з наслідками

психотравми, зниження рівня тривоги, відновлення емоційної регуляції та формування адаптивних стратегій поведінки. У цьому контексті ефективними вважаються когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ю, а також елементи психоедукації. Враховуючи специфіку військової травми, корисними є також методи, спрямовані на роботу з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), включно з експозиційною терапією та методами стабілізації (наприклад, техніки «заземлення» або ресурсної візуалізації). Психотерапія повинна будуватися з урахуванням рівня довіри клієнта, уникати повторної травматизації та враховувати індивідуальний темп проходження процесу [41, с. 28]. Додаткову цінність мають групові форми терапії, які дозволяють особам з однаковим досвідом підтримувати один одного в межах безпечного терапевтичного простору.

Соціальний компонент реабілітації для ТПО з залежністю від ПАР є не менш важливим, ніж медичний чи психологічний. Зазвичай такі особи мають низький рівень соціальної інтеграції, втрату документів, роботи або житла, що ускладнює процес відновлення. Соціальні працівники відіграють ключову роль у супроводі клієнтів, допомагаючи їм отримати доступ до державних послуг, відновити документи, знайти тимчасове житло або оформити соціальні виплати. Без налагодження базових соціальних функцій особа не здатна ефективно зосередитися на процесі одужання, оскільки перебуває в постійному стані виживання [33]. Тому соціальна реабілітація має бути інтегрованою частиною загальної програми допомоги, а не вторинною послугою.

Інтеграція травмоорієнтованого підходу в реабілітаційні програми є необхідною умовою роботи з особами, які постраждали від війни. Цей підхід базується на усвідомленні широкого спектра травматичного досвіду клієнта та адаптації усіх форм втручання до цього контексту. Практика показує, що недооцінка впливу травми може призвести до повторної віктимізації, погіршення психічного стану та підвищення ризику рецидиву

[32]. У цьому контексті важливим є створення безпечного простору, вільного від дискримінації, насильства, тиску та осуду. Спеціалісти повинні дотримуватись принципів емпатії, відкритості, рівноправності у взаємодії з пацієнтом, що дозволяє побудувати ефективні терапевтичні альянси.

Особливо актуальними в умовах воєнного часу є програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), які дозволяють стабілізувати стан осіб з опіоїдною залежністю. В умовах війни доступ до препаратів ЗПТ часто ускладнений, що створює додаткові ризики для пацієнтів, включаючи припинення лікування, рецидив, передозування або криміналізацію поведінки. ЗПТ з використанням метадону або бупренорфіну дозволяє не лише знизити фізичну тягу до наркотиків, а й покращити якість життя, зменшити рівень ВІЛ-інфікування та гепатиту С серед споживачів. Однак успішність таких програм залежить від супутньої психосоціальної підтримки, регулярного медичного нагляду та взаємодії з соціальними службами. Практика показує, що лише біомедичне втручання без психосоціальної роботи має обмежений результат [20].

Роль мобільних команд у наданні допомоги ТПО з залежністю важко переоцінити. У віддалених регіонах або місцях тимчасового проживання не завжди доступні фахові послуги з лікування залежностей, тому виїзні бригади часто стають єдиною формою допомоги [16]. Вони надають не лише медичні послуги, але й психологічну допомогу, соціальний супровід, інформаційні ресурси. Такий формат дозволяє уникнути стигматизації, оскільки пацієнт отримує допомогу у звичному середовищі, без необхідності звертатися до інституцій, які часто асоціюються з покаранням або контролем. Крім того, мобільні команди є гнучкими і можуть швидко реагувати на зміну обставин у громадах, особливо під час переміщення людей у зону активних бойових дій або внаслідок обстрілів.

Розвиток цифрових технологій сприяв активному впровадженню онлайн-інструментів для психосоціальної підтримки осіб із залежністю. Телемедицина, мобільні застосунки, платформи для онлайн-консультацій дозволяють зберігати зв'язок між пацієнтом і спеціалістом, незалежно від місцезнаходження. Це особливо важливо для ТПО, які можуть часто змінювати місце проживання або проживати у регіонах з обмеженим доступом до спеціалізованих послуг. Онлайн-групи підтримки, психотерапевтичні сесії, кризові чати забезпечують базовий рівень стабілізації та запобігають ізоляції. Проте цифровий підхід вимагає врахування технічних можливостей пацієнтів, цифрової грамотності, а також конфіденційності та безпеки даних.

Гендерно-чутливі програми реабілітації мають особливе значення у роботі з жінками, які постраждали від війни та мають досвід вживання ПАР. Жінки часто зазнають стигматизації, пов'язаної з материнством, сексуальністю, або пережитим насильством, і потребують особливо делікатного підходу. Розробка програм, які включають підтримку у вихованні дітей, реінтеграцію в сімейне середовище, лікування ПТСР та роботу з почуттям провини, є критично необхідною. Багато жінок відчують страх перед втратою батьківських прав у випадку звернення за допомогою, що вимагає залучення юристів, соціальних працівників і адвокаційних структур. Інтегровані програми повинні бути безпечними для жінки та дитини, включати гендерно орієнтовану психотерапію та забезпечення елементарних умов гігієни, харчування і житла.

У межах роботи громадських організацій ефективними виявляються підходи «рівний — рівному», коли особи з власним досвідом залежності виступають у ролі консультантів або менторів для нових учасників програм. Така модель сприяє зниженню недовіри до спеціалістів, підвищує рівень мотивації та дозволяє формувати реалістичні очікування щодо процесу реабілітації. Крім того, підтримка з боку людини, яка пройшла

шлях одужання, допомагає подолати сором, страх і соціальну ізоляцію. У поствоєнному контексті ці підходи виявляються надзвичайно ефективними, особливо у роботі з молодими людьми або особами, які пережили бойові дії. Програми, що поєднують формальну професійну допомогу з активною участю громади, мають більшу сталість і кращі результати.

Моніторинг ефективності програм реабілітації є важливою складовою науково обґрунтованої допомоги. Вимірювання таких показників, як рівень тривалості ремісії, відновлення соціальних функцій, працевлаштування та повторне вживання ПАР, дозволяє коригувати програми відповідно до змін контексту. Для цього використовуються валідовані шкали, опитувальники, якісні інтерв'ю та спостереження [42]. Також важливе місце займає залучення самих пацієнтів до процесу оцінювання програми — через фокус-групи, опитування про рівень задоволеності послугами тощо. На основі отриманих даних формуються нові підходи, що відповідають реаліям післявоєнної України та зміненним потребам ТПО.

Реабілітація тимчасово переміщених осіб (ТПО), які мають залежність від психоактивних речовин (ПАР), залишається критичною ланкою у системі охорони здоров'я, соціальної політики та гуманітарної безпеки України. У процесі дослідження даного питання особливу увагу необхідно приділити системним викликам, які виникають у межах надання допомоги цій категорії осіб [47]. Першим із ключових викликів є відсутність сталого життєвого середовища, що включає нестабільність проживання, порушення харчового забезпечення, відсутність доступу до базових гігієнічних і санітарних умов. Особи, що мають залежність від ПАР, не можуть ефективно проходити лікування або брати участь у реабілітаційних програмах, перебуваючи в умовах постійного переміщення, тривалої соціальної дезадаптації та невизначеності. Це також

унеможливилює безперервність надання послуг, що є критично важливим у довгостроковій терапії залежностей.

Психотравматичний досвід, пов'язаний з війною, є другою фундаментальною перешкодою у роботі з ТПО, які мають ПАР-залежність. Особи, що постраждали від бойових дій, втратили близьких або були свідками насильства, демонструють високий рівень коморбідних психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних станів, тривожних розладів та адаптаційних порушень. У випадку, коли ці психічні стани залишаються без належної терапії, вони або маскують симптоматику залежності, або навпаки — посилюють її. У клінічній практиці спостерігається феномен так званого подвійного діагнозу (dual diagnosis), коли залежність супроводжується серйозними психічними порушеннями. Відтак, звичайні наркологічні підходи, які не враховують специфіку психотравми, є недостатніми, що актуалізує потребу у впровадженні травмо-орієнтованої моделі психосоціальної реабілітації [41].

Наступним значущим фактором є обмежений доступ до висококваліфікованої допомоги. Унаслідок війни велика кількість наркологічних закладів, психіатричних диспансерів та центрів психосоціальної підтримки була зруйнована або евакуйована. У регіонах, наближених до зони бойових дій, спостерігається дефіцит лікарів-наркологів, психіатрів, клінічних психологів і соціальних працівників, здатних здійснювати інтегровану допомогу залежним особам. У віддалених громадах, зокрема сільських, проблема посилюється через відсутність навіть базової медичної інфраструктури. Це унеможливилює реалізацію амбулаторних моделей допомоги, які є альтернативою дороговартісним стаціонарним програмам. Додатково, через брак фахівців порушується наступність у лікуванні: після завершення короткострокової

стабілізації пацієнти залишаються без тривалого супроводу, що критично важливо для запобігання рецидивам.

Не менш складним викликом є стигматизація залежних осіб у суспільстві, що посилюється, коли йдеться про ТПО. Стигма має багаторівневий характер — вона походить як від медичного персоналу, так і від громад, у які переміщуються особи з досвідом вживання ПАР. Додаткову складність створює гендерна специфіка стигматизації: жінки, які мають залежність, особливо ті, що мають дітей, часто піддаються не лише соціальному осуду, але й адміністративному тиску — з боку органів опіки, закладів охорони здоров'я, поліції. У результаті цього вони уникають звернення по допомогу, або переривають лікування достроково, побоюючись юридичних наслідків. Стигматизація також підриває довіру до інституцій, унеможлиблює групову підтримку та формування позитивної соціальної ідентичності, яка є необхідною умовою тривалої ремісії.

Правова та адміністративна невизначеність також суттєво ускладнює процес реабілітації. Багато ТПО втратили документи під час евакуації, або не мають реєстрації за місцем фактичного проживання, що унеможлиблює доступ до державних або муніципальних послуг. Зокрема, для отримання замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) або психіатричної допомоги особа має бути зареєстрована в системі охорони здоров'я за конкретним місцем. У випадку її переміщення з іншого регіону, виникають складнощі з переоформленням документації, обліку в електронних системах, зокрема eHealth. Це створює перерви у наданні допомоги, перериває медикаментозне забезпечення та провокує рецидиви, що, своєю чергою, можуть призводити до криміналізації поведінки або вчинення деліктів.

Особливу увагу необхідно приділити проблемі відсутності інтегрованих програм допомоги, які би одночасно охоплювали наркологічну, психологічну, соціальну та правову компоненти. В Україні

спостерігається фрагментарність послуг, коли медична, соціальна та психотерапевтична підтримка функціонують ізольовано одна від одної, часто за фінансової підтримки різних донорів або в межах короткострокових проектів. Така дискоординація призводить до надмірного навантаження на самого пацієнта, який змушений самотійно шукати послуги, координувати відвідування лікарів, подавати документи до різних установ. В ідеалі має бути реалізована модель «єдиного вікна», в якій мультидисциплінарна команда супроводжує людину на всіх етапах лікування та реінтеграції, включно з соціальним житлом, професійною орієнтацією, юридичним супроводом та психотерапією.

Окремим чинником, що ускладнює реабілітацію, є високий ризик рецидиву у нестабільному середовищі. Після проходження короткотермінових програм допомоги багато ТПО повертаються у середовище з підвищеним рівнем стресогенних чинників — відсутність постійного житла, безробіття, дискримінація, ізоляція, нестабільність у родинних зв'язках [41]. У таких умовах підтримання ремісії є майже неможливим без зовнішньої підтримки — як з боку фахівців, так і з боку соціуму. Високий рівень тривоги, зниження мотивації до змін, повторне переживання травматичних подій можуть провокувати повернення до вживання ПАР як форми саморегуляції. У цьому контексті надзвичайно важливою є побудова системи післяреабілітаційного супроводу — регулярного психологічного моніторингу, залучення до спільнот одужання, надання тимчасового житла та створення умов для працевлаштування.

Загалом, наукове осмислення викликів реабілітації ТПО з залежністю від ПАР потребує міждисциплінарного підходу, що поєднує знання медицини, психіатрії, соціальної роботи, права та гуманітарної логістики. У фокусі має бути не лише лікування хімічної залежності, але й подолання соціального відчуження, психотравми, інституційних бар'єрів

та юридичних обмежень. Такий підхід дозволить не просто стабілізувати стан особи, а й забезпечити її поступову соціальну реінтеграцію, що є головною метою реабілітаційного процесу у воєнний та післявоєнний період.

Висновки до другого розділу

У другому розділі здійснено комплексне дослідження сучасних підходів до соціальної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану, з акцентом на їх ефективність, адаптивність і практичну реалізацію. Аналіз національного та міжнародного досвіду дозволив виявити, що успішні моделі реабілітації мають спільні риси, серед яких – мультидисциплінарність, контекстуальна гнучкість, участь громадянського суспільства та акцент на довгостроковій інтеграції пацієнтів у соціальне середовище. Водночас, у реаліях України ці принципи часто наштовхуються на бар'єри, зумовлені дезінтеграцією інституцій, нестачею ресурсів і фрагментарністю міжвідомчої співпраці.

Особливу увагу у розділі приділено специфіці надання допомоги особам із залежністю в умовах бойових дій. Дослідження показало, що традиційні методи соціальної підтримки не є достатньо ефективними у середовищі, де наявні безпосередні загрози життю, порушена інфраструктура, а психоемоційний стан клієнтів супроводжується гострими кризовими розладами. Практика мобільних команд, тимчасових центрів психологічної стабілізації, а також дистанційних форматів консультування демонструє позитивну динаміку у випадках, коли до роботи залучаються фахівці, навчені реагувати на травматичні стани, пов'язані з війною. Досвід таких команд засвідчив, що ефективна реабілітація неможлива без урахування контекстуальних змін: внутрішнє переміщення, втрата близьких, травматизація бойовими діями та постійна загроза безпеці зумовлюють специфіку терапевтичної взаємодії.

Аналіз програм, розроблених для внутрішньо переміщених осіб, виявив неоднорідність підходів і відсутність єдиної державної стратегії. У багатьох випадках ініціативи мають ситуативний характер і реалізуються силами недержавних організацій або міжнародних донорів, часто без належної інтеграції в національну систему охорони психічного здоров'я. Попри це, виявлено низку позитивних практик, як-от психосоціальні центри підтримки у громадах, групові терапевтичні сесії для постраждалих від війни, програми самодопомоги та ресоціалізації, які спираються на досвід країн, що переживали збройні конфлікти. Наприклад, використання моделі «соціального супроводу» – коли з клієнтом постійно працює мультидисциплінарна команда, включаючи психолога, соціального працівника, юриста – значно підвищує шанси на успішну адаптацію й уникнення рецидиву.

Важливим елементом виявилася потреба в децентралізованих, але взаємопов'язаних системах підтримки, які здатні гнучко реагувати на зміну ситуації. У розрізі ефективності реабілітації було наголошено на критичній ролі соціального контексту – від готовності громади до інтеграції вразливих осіб до спроможності муніципальних структур забезпечити доступ до послуг. Саме тому зростає значення локальних ініціатив, які створюють мережі підтримки «на місцях», а також впровадження соціального патронажу як форми довготривалої, ненав'язливої, але стабільної допомоги.

Також результати аналізу показали, що ефективна соціальна реабілітація в умовах війни потребує одночасної інтеграції клінічних та соціальних підходів. Залучення лише психотерапевтичних методів без підтримки базових потреб – житла, безпеки, працевлаштування – виявляється недостатнім. Багато клієнтів, зокрема серед ветеранів або внутрішньо переміщених осіб, демонструють високий рівень внутрішньої мотивації до змін, однак відсутність системної підтримки перешкоджає

реалізації терапевтичних здобутків. Тому одним із ключових висновків є необхідність створення умов для реабілітації, які будуть водночас соціально безпечними, емоційно стабілізуючими та правово захищеними.

Узагальнюючи виявлені результати, можна констатувати, що в умовах воєнного стану соціальна реабілітація залежних осіб не може розглядатися у вузькому медико-психологічному полі. Йдеться про широку, багатокomпонентну модель, яка передбачає системну взаємодію на перетині охорони здоров'я, соціальної політики, безпеки та прав людини. Саме такий підхід, підтверджений прикладами з національної та міжнародної практики, дозволяє досягти реальних результатів у відновленні життєздатності осіб, що постраждали від залежності у контексті збройного конфлікту.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

3.1. Роль державних і недержавних організацій у забезпеченні допомоги залежним від психоактивних речовин в умовах обмежених ресурсів

Надання допомоги особам, залежним від психоактивних речовин, в умовах обмежених ресурсів залишається одним із найскладніших завдань соціальної та медико-психологічної політики сучасної держави. Проблематика зумовлена не лише високим рівнем поширення залежності серед населення, а й глибокими соціальними, економічними та культурними чинниками, що впливають на ефективність профілактики, лікування і реабілітації. Залежність від психоактивних речовин формує багаторівневу систему наслідків — від біологічних і психічних до соціально-економічних, що потребує інтегрованих підходів та міжвідомчої взаємодії [3]. Тому роль державних і недержавних структур у наданні допомоги залежним виявляється не просто у розподілі функцій, а у створенні цілісного соціально-реабілітаційного простору, який об'єднує медичні, психологічні, освітні та соціальні інституції.

Державні організації, як ключові суб'єкти у системі протидії наркозалежності, забезпечують нормативно-правову, фінансову та інституційну основу для реалізації програм допомоги. Їхня діяльність охоплює формування державної політики у сфері охорони психічного здоров'я, розробку стратегій профілактики наркоманії, організацію лікувально-реабілітаційних закладів, а також координацію роботи між галузями охорони здоров'я, освіти, внутрішніх справ та соціального захисту [23]. Центральне місце займає Міністерство охорони здоров'я України, яке через мережу спеціалізованих закладів та диспансерів

забезпечує доступ до медичних послуг, таких як детоксикація, фармакотерапія, замісна підтримувальна терапія та психосоціальна реабілітація. Державні програми спрямовані на стандартизацію лікувальних протоколів і підвищення кваліфікації фахівців, проте обмеженість фінансування суттєво знижує їхню ефективність, особливо у регіонах із низьким рівнем економічного розвитку.

Значну роль відіграє нормативно-правове регулювання, яке визначає механізми взаємодії державних і недержавних акторів у сфері допомоги залежним. Законодавчі акти України, зокрема Закон «Про протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», передбачають розмежування компетенцій між органами влади, закладами охорони здоров'я та громадськими організаціями. Однак, на практиці реалізація законодавчих положень часто стикається з інституційною інерцією, бюрократичними бар'єрами та нестачею кадрового потенціалу. Відсутність належного фінансування створює передумови для залучення недержавних структур, які компенсують недоліки державної системи, забезпечуючи більш гнучкі форми допомоги, адаптовані до потреб конкретних соціальних груп.

Недержавні організації становлять важливу складову національної системи протидії залежностям, оскільки вони діють на засадах партнерства, волонтерства та громадської ініціативи. Їхня діяльність відзначається високим рівнем мобільності, інноваційності та орієнтацією на індивідуальні потреби клієнтів [23]. Багато таких організацій реалізують програми ресоціалізації, психологічної підтримки, профілактики рецидивів, роботи з родинами залежних та просвітницькі проєкти. Завдяки міжнародній підтримці вони впроваджують сучасні методи, зокрема когнітивно-поведінкові підходи, групову терапію, арт-терапевтичні техніки, а також програми harm reduction, спрямовані на зниження шкоди. Наявність гнучких організаційних структур дозволяє

таким установам ефективніше реагувати на соціальні виклики, ніж централізовані державні системи.

Міжнародні організації, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я, Програма ООН з наркотиків і злочинності, Міжнародна федерація Червоного Хреста, відіграють координаційну та консультативну роль, підтримуючи урядові та громадські ініціативи. Їхні програми зосереджені на розвитку системи медико-соціальної допомоги, впровадженні європейських стандартів лікування, розбудові кадрового потенціалу, а також на підтримці моніторингових досліджень та аналітичної діяльності [22]. Завдяки таким програмам українські спеціалісти мають змогу брати участь у міжнародних тренінгах, обмінюватися досвідом і впроваджувати доказові практики. Водночас ефективність цих проектів часто залежить від спроможності державних інституцій інтегрувати міжнародні рекомендації у національну політику та забезпечити сталість фінансування після завершення грантової підтримки.

Складність ситуації в умовах обмежених ресурсів зумовлює необхідність пошуку інноваційних моделей взаємодії державного та недержавного секторів. Концепція публічно-приватного партнерства, яка активно впроваджується у сфері охорони здоров'я, відкриває можливості для залучення приватного капіталу, розширення спектру послуг і підвищення якості допомоги. Недержавні структури часто виступають ініціаторами створення реабілітаційних центрів, кризових служб, консультаційних пунктів та онлайн-платформ підтримки. Їхні програми мають нижчі адміністративні витрати, що дозволяє ефективніше використовувати наявні ресурси. Важливою перевагою є також довіра з боку клієнтів, оскільки громадські організації сприймаються як менш формалізовані та більш орієнтовані на людину.

Проблематика кадрового забезпечення системи допомоги залежним постає особливо гостро. Обмеженість фінансових ресурсів призводить до

браку висококваліфікованих психотерапевтів, соціальних працівників, консультантів із залежностей, що негативно позначається на якості наданих послуг. Державні установи часто стикаються з відтоком кадрів у приватний сектор або за кордон, що знижує ефективність профілактичних і реабілітаційних заходів. У цьому контексті громадські організації беруть на себе функцію не лише безпосереднього надання допомоги, а й підготовки кадрів — організовуючи тренінги, семінари, супервізії. Таким чином формується альтернативна система професійної освіти, яка компенсує прогалини державної підготовки фахівців [35].

Соціально-економічні виклики, що супроводжують діяльність системи допомоги залежним, охоплюють не лише питання фінансування, а й соціальну стигматизацію, нерівномірний доступ до послуг та відсутність міжвідомчої координації. У багатьох випадках реабілітаційні програми залишаються фрагментарними, неузгодженими між собою та не забезпечують довгострокового супроводу клієнтів після завершення лікування. Ефективна взаємодія можлива лише за умови формування єдиного інформаційного простору, у якому дані про пацієнтів, програми і результати реабілітації будуть систематизовані, а діяльність різних структур — взаємопов'язана. Застосування цифрових технологій, зокрема електронних реєстрів, онлайн-консультацій і телемедичних рішень, стає перспективним напрямом оптимізації системи допомоги [37].

Психосоціальні фактори, що впливають на ефективність реабілітації, охоплюють підтримку з боку сім'ї, рівень соціальної інтегрованості, доступ до освіти та працевлаштування. Державні програми мають обмежені можливості у сфері соціальної адаптації, тому вагома частина реінтеграційних функцій покладається на громадські організації. Вони реалізують проєкти із залучення колишніх залежних до волонтерської діяльності, створюють терапевтичні спільноти та середовища підтримки. Така діяльність сприяє не лише стабілізації психоемоційного стану

клієнтів, а й формує у суспільстві нову культуру прийняття, що знижує рівень соціальної ізоляції.

Фінансові обмеження залишаються одним із ключових чинників, що стримують розвиток ефективної системи допомоги. Державні витрати на охорону психічного здоров'я є недостатніми, а фінансування програм профілактики та реабілітації має залишковий характер. У цих умовах недержавні організації демонструють більшу гнучкість у залученні ресурсів — грантів, благодійних внесків, партнерських програм. Вони формують альтернативні моделі фінансування, що поєднують елементи соціального підприємництва, мікрогрантових ініціатив та корпоративної відповідальності [40]. Такий підхід створює умови для сталого розвитку, не залежного від державного бюджету, хоча водночас вимагає прозорих механізмів фінансової звітності та контролю.

Залежність від психоактивних речовин в умовах сучасного суспільства розглядається як багаторівневе соціальне явище, що охоплює медичні, психологічні, правові та культурні аспекти. Масштаб поширення наркотизму в Україні зумовлений складними соціально-економічними трансформаціями, кризою цінностей та недостатньою координацією між державними та громадськими інституціями. Зростання частоти вживання наркотичних засобів серед молоді, яке вже у кінці ХХ століття набуло характеру епідемії, визначає необхідність формування інтегрованої системи підтримки, у якій державні та недержавні організації виконують взаємодоповнювальні функції. Державний сектор забезпечує нормативно-правове регулювання, координацію та моніторинг, тоді як громадські об'єднання створюють адаптивні механізми ресоціалізації, профілактики та реабілітації.

Проблема доступності наркотиків серед підлітків і молоді є одним із головних чинників поширення залежності. Легка можливість придбання психоактивних речовин, розповсюдження наркотиків у навчальних

закладах і молодіжних просторах свідчать про недостатню ефективність державного контролю. Брак системної профілактичної роботи у школах і громадах сприяє формуванню середовища ризику, в якому підлітки залишаються незахищеними від соціальних впливів [36]. Молодь демонструє низький рівень психологічної готовності протидіяти спокусам наркотизації, що пов'язано з відсутністю ціннісних орієнтирів і нестачею життєвих навичок саморегуляції. У цих умовах громадські організації стають важливою ланкою профілактичної роботи, адже саме вони створюють освітні та комунікативні простори, де формується позитивна мотивація до здорового способу життя.

Низький рівень інформованості населення про способи профілактики залежності та недостатня доступність безкоштовної кваліфікованої допомоги формують соціальну прогалину між потребою і реальними можливостями отримання підтримки. Багато людей не знають, куди звернутися у разі виникнення проблеми, що призводить до запізненого звернення за допомогою та ускладнення процесу лікування [32]. Обмежене державне фінансування і відсутність молодіжних реабілітаційних центрів змушують частину хворих шукати альтернативні шляхи відновлення — через діяльність благодійних фондів, кризових центрів чи ініціатив, підтримуваних міжнародними партнерами. Така взаємодія між державними і недержавними структурами створює основу для формування гнучкої системи допомоги, здатної реагувати на потреби різних соціальних груп навіть за умов економічних обмежень.

Незаконний обіг наркотиків формує складну криміногенну структуру, у якій взаємодіють організовані угруповання, тіньовий бізнес і корупційні схеми. Соціальні наслідки цього явища виходять за межі медичної проблематики: деградація особистості, зростання злочинності, погіршення генофонду та руйнування соціальної моралі створюють загрозу національній безпеці. У цій системі держава покликана

забезпечити превентивну, каральну та реабілітаційну функції, проте лише спільна діяльність з недержавними акторами здатна дати відчутний результат [23]. Громадські об'єднання, орієнтовані на просвітництво, психологічну допомогу та ресоціалізацію, зменшують рівень стигматизації залежних осіб і сприяють поверненню їх до активного соціального життя. Вони заповнюють ті сфери, які залишаються поза увагою державних структур, пропонуючи неформальні канали довіри й психологічної підтримки.

Соціальна профілактика наркотизму вимагає цілісного підходу, який враховує як індивідуальні, так і суспільні чинники ризику. Розвиток психолого-педагогічних програм у закладах освіти, підготовка спеціалістів соціальної сфери, участь ЗМІ у формуванні суспільного розуміння проблеми — усі ці напрями мають бути об'єднані єдиною державно-громадською стратегією. Профілактика не зводиться лише до заборон чи обмежень; вона передбачає створення умов для реалізації позитивних соціальних альтернатив — творчості, волонтерства, спорту, культурного розвитку. Ефективна модель антинаркотичної політики поєднує жорсткий контроль із гуманістичним змістом, де людина сприймається не як об'єкт нагляду, а як суб'єкт, здатний до відновлення.

Розвиток партнерства між державними установами та неурядовими організаціями дозволяє впроваджувати інноваційні програми профілактики, наприклад, «зменшення шкоди» чи замісну підтримувальну терапію. Громадські ініціативи мають гнучку структуру управління, що дає можливість швидше реагувати на зміни соціального середовища. Вони застосовують психологічні тренінги, арт-терапію, групову роботу, індивідуальні консультації, що забезпечує реабілітаційний ефект навіть при мінімальних фінансових ресурсах. Державні органи в цьому партнерстві виконують роль гаранта якості, контролюють дотримання правових норм і координують роботу між секторами. Така взаємодія

дозволяє створити мережеву модель допомоги, в якій кожен суб'єкт — медичний, соціальний, правоохоронний або громадський — виконує свою специфічну функцію в єдиній системі [31].

Ефективність боротьби із залежністю значною мірою визначається підготовкою кадрів. Брак кваліфікованих психотерапевтів, консультантів і соціальних працівників знижує якість допомоги та унеможливляє тривалу підтримку реабілітованих осіб. Саме тому недержавні організації часто беруть на себе функцію професійного навчання, організовуючи тренінги, семінари, практичні курси. Так формується паралельна система підготовки фахівців, орієнтована на практичний досвід і соціальну чутливість. Її діяльність доповнює державні програми, роблячи сферу допомоги залежним більш відкритою, динамічною та ефективною.

Соціально-економічна нестабільність і дефіцит державного фінансування не повинні зупиняти розвиток мережі підтримки залежних осіб. В умовах ресурсних обмежень головну роль відіграє раціональне використання наявних можливостей, налагодження партнерських зв'язків, залучення міжнародних грантів і корпоративної соціальної відповідальності бізнесу. Впровадження моделей соціального підприємництва у сфері реабілітації дозволяє поєднувати гуманістичну місію з економічною доцільністю, забезпечуючи сталість програм. Такі ініціативи, підтримані державою, можуть перетворитися на ефективний інструмент інтеграції осіб, які подолали залежність, у продуктивну діяльність.

Суспільна ефективність системи допомоги залежить не лише від кількості наданих послуг, а від якості соціального середовища, у якому функціонує людина. Залежність не зникає ізольованою, вона долається через поступове відновлення соціальних зв'язків, почуття приналежності та внутрішньої гідності. Співпраця державних і недержавних організацій у цьому напрямі формує модель, у якій профілактика, лікування і

ресоціалізація об'єднуються в єдину логіку соціальної відповідальності. Такий підхід створює реальну перспективу не лише зменшення рівня наркотизації, а й відновлення соціальної стійкості суспільства.

3.2. Вдосконалення співпраці між державними структурами та громадськими організаціями осіб, залежних від психоактивних речовин

Співпраця між державними структурами та громадськими організаціями у сфері допомоги особам, залежним від психоактивних речовин, становить ключовий напрям соціальної політики, спрямованої на підвищення ефективності профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів. Розбудова партнерських відносин між цими секторами є не лише проявом демократизації суспільних процесів, а й вимогою часу, адже жодна держава не може одноосібно забезпечити повний спектр послуг для всіх категорій осіб, які потребують допомоги. Складність проблеми залежності зумовлена її багатовимірністю — поєднанням медичних, психологічних, соціальних і правових чинників, що потребує комплексної відповіді з боку суспільства. Ефективна взаємодія між державними інституціями та неурядовими організаціями створює простір для об'єднання ресурсів, інтеграції різних підходів і підвищення результативності реабілітаційної практики.

Розвиток співпраці між державними і громадськими структурами в Україні має доволі тривалу історію, що починається з утвердження незалежності держави, коли гуманітарна сфера почала поступово відкриватися до участі громадськості. Проте системний характер ця взаємодія набула лише в останні два десятиліття, коли у відповідь на зростання рівня наркотизації населення з'явилася потреба у залученні громадських ініціатив до реалізації соціальних програм. Державна політика у сфері охорони психічного здоров'я, боротьби з наркоманією та

профілактики вживання психоактивних речовин передбачає міжвідомчу координацію, де партнерами виступають як державні органи охорони здоров'я, соціального захисту, освіти і внутрішніх справ, так і громадські організації, благодійні фонди, волонтерські мережі [27]. Поступовий перехід від централізованих адміністративних рішень до партнерської моделі управління дозволив підвищити рівень адресності допомоги та зробити соціальні послуги більш чутливими до потреб окремих груп залежних осіб.

Співпраця держави та громадського сектору ґрунтується на принципах субсидіарності, прозорості, рівноправності та соціальної відповідальності. Субсидіарність означає, що держава не монополізує процес надання допомоги, а передає частину своїх функцій недержавним структурам, здатним ефективніше реалізовувати конкретні соціальні ініціативи. Рівноправність передбачає взаємне визнання компетентності сторін, а прозорість — відкритість процедур і звітності. На практиці це означає, що державні органи укладають меморандуми, угоди чи партнерські контракти з громадськими організаціями, визначаючи спільні завдання у сфері профілактики, лікування, ресоціалізації та просвітницької діяльності [26]. Така форма співпраці дозволяє поєднати стратегічну стабільність державного управління з гнучкістю та інноваційністю недержавних ініціатив, що особливо важливо в умовах обмеженого фінансування.

Підвищення ефективності співпраці вимагає створення єдиної системи координації дій на національному та регіональному рівнях. Необхідність цього зумовлена тим, що окремі програми, які реалізують різні суб'єкти, часто залишаються фрагментарними, неузгодженими між собою, що знижує їх соціальний ефект. Координаційна рада при центральних органах виконавчої влади або при обласних адміністраціях може стати інституційною платформою для обміну інформацією,

узгодження стратегічних рішень і розподілу ресурсів. Такі ради мають включати представників державних структур, місцевого самоврядування, медичних закладів, освітніх установ, наукових інститутів, а також лідерів громадських організацій, які мають практичний досвід роботи із залежними. Ефективне функціонування подібних рад створює передумови для формування єдиного реабілітаційного простору, у межах якого всі компоненти допомоги взаємодіють системно, а не епізодично.

Серед ключових напрямів удосконалення партнерства особливого значення набуває підвищення професійного рівня фахівців, залучених до роботи з особами, залежними від психоактивних речовин. Брак кваліфікованих кадрів, здатних працювати на стику медицини, психології та соціальної роботи, залишається одним із головних викликів для обох секторів. Державні навчальні заклади повинні розробляти міждисциплінарні освітні програми з профілактики залежностей, кризового консультування, психотерапії та соціальної реінтеграції [24]. Водночас громадські організації можуть виконувати функцію баз практичної підготовки, надаючи можливість студентам і молодим фахівцям проходити стажування, брати участь у тренінгах, супервізіях і консультативній діяльності. Така взаємодія формує професійну спільноту, здатну діяти узгоджено, спираючись на єдині етичні стандарти та доказові методи роботи [24].

Значного значення набуває інформаційно-комунікаційний компонент співпраці. Державні та недержавні структури повинні створювати спільні просвітницькі кампанії, спрямовані на формування у суспільстві толерантного ставлення до осіб із залежністю та популяризацію здорового способу життя. Громадські організації, володіючи гнучкістю і досвідом роботи з медіа, можуть розробляти сучасні інформаційні продукти, орієнтовані на молодь — відеопроєкти, соціальні ролики, інтерактивні платформи, вебінари, подкасти. Участь державних інституцій у таких

проектах забезпечує офіційний статус і можливість масштабування. Інформаційна відкрита взаємодія формує довіру суспільства до антинаркотичної політики, а також сприяє залученню нових партнерів і донорів до реалізації соціально значущих програм.

Проблема фінансового забезпечення співпраці залишається однією з найскладніших. Обмеженість бюджетних коштів змушує державу шукати нові механізми підтримки громадських ініціатив, серед яких грантова система, субсидії, соціальне замовлення та партнерські проекти з міжнародними організаціями. Розвиток державного соціального замовлення дозволяє офіційно залучати громадські структури до виконання соціальних програм, забезпечуючи при цьому контроль за якістю послуг. Водночас недержавні організації, використовуючи гранти, благодійні внески, соціальне підприємництво, можуть створювати власні стабільні моделі фінансування. Об'єднання цих джерел формує нову парадигму економіки соціальних послуг, у якій державна підтримка не обмежується прямими дотаціями, а спрямовується на стимулювання сталого розвитку партнерських ініціатив [23].

Особливе місце у процесі вдосконалення взаємодії займає питання правового регулювання. Необхідність чітких правових рамок пояснюється тим, що відсутність узгоджених стандартів співпраці створює правову невизначеність і знижує відповідальність сторін. Законодавство має передбачати механізми акредитації, ліцензування та моніторингу діяльності недержавних центрів допомоги, водночас забезпечуючи їх автономію у виборі методів роботи. Такий баланс гарантує відповідність діяльності загальнодержавним пріоритетам і зберігає соціальну динаміку, властиву громадському сектору. Вдосконалення правового поля дозволяє не лише підвищити якість допомоги, а й зміцнити довіру між партнерами, що є основою для довгострокової співпраці.

Перспективи розвитку взаємодії державних і громадських організацій визначаються також рівнем міжнародного партнерства. Участь України в глобальних антинаркотичних програмах і ініціативах Європейського Союзу, ООН та ВООЗ відкриває можливості для запозичення успішного досвіду, підготовки кадрів, обміну методиками. Міжнародні гранти підтримують розбудову сучасної інфраструктури допомоги, а також впровадження доказових практик — когнітивно-поведінкової терапії, програм «зменшення шкоди», спільнот самопомоги. Участь у таких програмах зміцнює інституційну спроможність як державних, так і громадських структур, роблячи їх частиною європейського соціального простору.

Зміцнення партнерства між державою та громадянським суспільством у сфері допомоги залежним від психоактивних речовин є процесом, який вимагає стратегічного бачення, політичної волі та соціальної зрілості. Його успіх визначається не лише кількістю реалізованих програм, а й здатністю суспільства сформувати нову культуру взаємної підтримки, довіри та соціальної солідарності. Лише за умови рівноправної співпраці, коли кожна сторона усвідомлює спільну мету й відповідальність, можна досягти стійкого результату — зниження рівня наркотизації, підвищення якості життя та відновлення людського потенціалу.

3.3. Створення адаптованих програм для осіб, схильних до вживання психоактивних речовин, що перебувають у зонах бойових дій

Розроблення адаптованих програм для осіб, схильних до вживання психоактивних речовин у зонах бойових дій, потребує системного поєднання принципів кризової психології, медико-соціальної реабілітації та гуманітарної допомоги. Війна створює унікальний психосоціальний

контекст, у якому формуються високі рівні стресу, тривоги, депресії, відчуття безпорадності та втрати сенсу життя. У таких умовах зростає схильність до саморегуляції через вживання психоактивних речовин, що виконує функцію короткочасного зняття емоційної напруги. Адаптовані програми допомоги мають бути спрямовані на мінімізацію цього ризику шляхом створення системи підтримки, що включає кризову інтервенцію, стабілізацію психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції та поступове повернення до соціальної активності.

Програми мають враховувати вплив середовища війни, де людина часто перебуває у стані хронічного страху та виснаження. Постійна небезпека, руйнування звичних зв'язків, втрати близьких і нестача базових ресурсів посилюють психологічну вразливість. Тому одним із ключових завдань є створення умов для безпечного спілкування і довірчої взаємодії, у межах яких можливо здійснювати первинну психосоціальну допомогу. Доцільно використовувати мультидисциплінарний підхід, який поєднує діяльність психологів, психіатрів, соціальних працівників, військових медиків і волонтерів. Така інтеграція дозволяє забезпечити комплексний супровід осіб, що переживають стрес, і зменшити ризик переходу до адиктивної поведінки.

Рекомендовано запроваджувати короткотермінові програми кризового реагування, орієнтовані на швидке зниження рівня тривоги та деструктивних емоційних станів. Доцільним є застосування методів когнітивно-поведінкової терапії, дихальних технік, релаксаційних практик, психоосвітніх занять, спрямованих на відновлення контролю над поведінкою. У межах реабілітаційного процесу доцільно впроваджувати групові формати підтримки, де учасники отримують можливість обміну досвідом, емоційним ресурсом і навичками подолання стресу. Важливим є навчання клієнтів розпізнаванню тригерів, що викликають бажання вжити

психоактивну речовину, та формування альтернативних моделей реагування.

В умовах воєнних дій значна частина осіб, схильних до вживання психоактивних речовин, не має можливості отримати стаціонарне лікування. Тому слід розробляти мобільні реабілітаційні бригади, здатні надавати допомогу безпосередньо у прифронтових зонах. Такі команди можуть включати фахівців із психічного здоров'я, наркологів, парамедиків, соціальних консультантів і капеланів. Їхня діяльність повинна бути зорієнтована на підтримку життєздатності людини, зменшення психологічного навантаження, надання базової медичної допомоги та скерування на подальше лікування. Мобільний формат роботи дозволяє охопити значну кількість осіб, які не мають доступу до традиційних клінічних послуг.

Особливу увагу необхідно приділити роботі з військовослужбовцями, ветеранами, добровольцями та цивільними, які пережили травматичний досвід. Для цієї категорії доцільно створювати спеціалізовані програми, що враховують феномен посттравматичного стресового розладу, бойової залежності від адреналіну, втрату сенсу служби та труднощі соціальної реінтеграції. Ефективними виявляються програми, які поєднують психотерапію, арттерапевтичні методи, фізичну реабілітацію, роботу з родинами та залучення ветеранів до наставництва. Такі заходи сприяють формуванню культури взаємопідтримки, де процес лікування сприймається не як ізоляція, а як відновлення внутрішнього ресурсу та гідності.

Психоосвітня складова адаптованих програм повинна забезпечувати підвищення рівня обізнаності про ризики вживання психоактивних речовин у стані стресу, навчання навичкам емоційної саморегуляції та подолання панічних реакцій. Варто активно залучати лідерів громад, педагогів, медиків і капеланів, які можуть виступати посередниками між

фахівцями й місцевими спільнотами. Формування відкритого інформаційного простору допомагає подолати стигму щодо психічного здоров'я і залежності, зменшує бар'єри звернення по допомогу.

Рекомендації для реалізації таких програм передбачають створення мережі міжвідомчої координації, у межах якої державні структури забезпечують законодавче регулювання, фінансування й стандартизацію процедур, а громадські організації — реалізацію на місцях, волонтерську допомогу, психологічне консультування та гуманітарну підтримку. Доцільно розробляти єдині протоколи взаємодії між системами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, оборони та внутрішніх справ. Такі протоколи мають передбачати швидкий обмін інформацією, алгоритми направлення осіб на лікування, а також механізми моніторингу ефективності програм.

Необхідним є впровадження принципів доказової медицини у процес формування адаптованих програм. Психотерапевтичні, фармакологічні та соціальні інтервенції повинні базуватися на емпірично перевірених підходах, адаптованих до українських реалій. Доцільно використовувати міжнародні рекомендації ВООЗ та Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркоманії, інтегруючи їх із національною системою медико-соціальної допомоги. Важливо, щоб будь-які інтервенції проходили етичну експертизу, гарантували повагу до прав і гідності особи, а також не мали карального характеру.

Стійкість програм значною мірою залежить від ефективності підготовки кадрів. Необхідно створювати навчальні модулі для медиків, психологів, соціальних працівників і волонтерів, орієнтовані на роботу у кризових зонах. Підготовка фахівців повинна включати практику кризового реагування, методи роботи з травмою, стрес-менеджмент, навички комунікації з особами у стані гострого дистресу. Супервізія та

обмін досвідом між командами сприяють підвищенню професійної компетентності та запобігають емоційному вигоранню.

Фінансування таких програм має здійснюватися на основі партнерства між державою, міжнародними організаціями та місцевими громадами. Важливо забезпечити сталість фінансових потоків, щоб програми не втрачали ефективність після завершення грантових періодів. Рациональне використання ресурсів досягається через залучення волонтерів, створення соціальних підприємств при реабілітаційних центрах, співпрацю з бізнесом у межах програм корпоративної соціальної відповідальності.

Адаптовані програми допомоги в зонах бойових дій мають сприйматись як довгострокова інвестиція у психічне здоров'я суспільства. Вони повинні інтегрувати медичну, соціальну, освітню та гуманітарну складові, орієнтуючись не лише на усунення наслідків залежності, а й на формування культури психологічної стійкості та взаємної підтримки. Розвиток таких програм є одним із ключових індикаторів гуманності державної політики та здатності суспільства до відновлення після воєнних травм.

Висновки до третього розділу

У межах третього розділу проведено теоретичне та аналітичне обґрунтування ключових напрямів удосконалення системи реабілітаційних заходів для осіб, залежних від психоактивних речовин, із урахуванням сучасних соціально-економічних та воєнних умов. Доведено, що ефективність профілактичної, лікувальної та реабілітаційної роботи безпосередньо залежить від рівня взаємодії державних і недержавних структур, комплексності підходів, адаптивності програм і здатності системи реагувати на виклики часу. Розкрито сутність інтеграції державних політик із громадськими ініціативами, що забезпечує створення

багаторівневої мережі підтримки для осіб, які переживають залежність, та формує соціальну модель допомоги, орієнтовану на людину.

У результаті аналізу визначено, що державні органи відіграють роль координатора, гаранта дотримання законодавчих норм і стабільного функціонування інституцій, тоді як громадські організації забезпечують гнучкість, оперативність і наближеність допомоги до конкретних потреб населення. Така взаємодія підвищує результативність реабілітаційних заходів, сприяє зменшенню стигматизації залежних осіб і стимулює розвиток інноваційних соціальних технологій. Обґрунтовано доцільність створення спільних центрів координації, міжвідомчих рад, мобільних реабілітаційних груп і навчальних програм для фахівців, що працюють у сфері профілактики та лікування залежності.

Особлива увага приділена питанню розроблення адаптованих програм для осіб, схильних до вживання психоактивних речовин у зонах бойових дій. Запропоновано рекомендації, спрямовані на формування системи кризового реагування, відновлення психоемоційної рівноваги, надання мобільної допомоги, ресоціалізацію та психоосвітню підтримку. Підкреслено, що ефективна модель допомоги має ґрунтуватися на принципах доказової медицини, міждисциплінарності, конфіденційності та гуманізму. В умовах війни акцент зміщується від суто медичного підходу до психосоціального, у якому основним завданням є не лише подолання залежності, а й повернення людини до активного соціального життя.

Узагальнення результатів засвідчило, що системна взаємодія державних інституцій, громадського сектору та міжнародних партнерів дозволяє сформувати ефективну структуру підтримки залежних осіб навіть за умов обмежених ресурсів. Реалізація запропонованих напрямів сприятиме розвитку реабілітаційної інфраструктури, зниженню рівня наркотизації, підвищенню якості життя громадян і зміцненню соціальної стійкості суспільства. Розроблені рекомендації можуть бути використані

як методологічна основа для створення національних програм профілактики, лікування та ресоціалізації осіб із залежністю в умовах сучасних кризових реалій.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У результаті виконання кваліфікаційної магістерської роботи на тему «Соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану» було реалізовано поставлені завдання, що дозволило комплексно розкрити теоретичні та практичні аспекти дослідження.

Проаналізовано вплив воєнного стану та бойових дій на психічний стан і поведінкові реакції осіб, залежних від психоактивних речовин. Встановлено, що тривала дія стресогенних факторів, соціальна дезадаптація та відсутність стабільних соціальних зв'язків призводять до зростання рівня тривожності, депресивних і посттравматичних проявів, які посилюють ризики рецидиву адиктивної поведінки. Підтверджено, що війна суттєво впливає на психоемоційний стан осіб із залежністю, провокуючи збільшення кількості випадків вживання психоактивних речовин як засобу компенсації емоційного напруження.

Вивчено наявні підходи та програми соціальної реабілітації залежних осіб у воєнних умовах, зокрема практики державних і недержавних установ, що забезпечують психологічну, медичну та соціальну підтримку. Здійснений аналіз показав, що більшість програм не адаптовані до сучасних умов воєнного стану, мають обмежене фінансування й потребують модернізації відповідно до реалій кризового суспільства. Водночас виявлено ефективні елементи — інтеграцію мультидисциплінарного підходу, використання телемедичних технологій і групових форм психосоціальної підтримки.

Оцінено ефективність реабілітаційних програм у різних регіонах України, включно з тими, що перебувають у зоні бойових дій або охоплюють внутрішньо переміщених осіб. Установлено, що рівень результативності таких програм прямо залежить від ступеня міжвідомчої

координації, доступу до ресурсів, участі громадських організацій та соціальної мобільності цільових груп. Виявлено потребу в уніфікації стандартів оцінювання ефективності та запровадженні системи постреабілітаційного моніторингу для запобігання рецидивам.

Досліджено роль державних і недержавних організацій у наданні допомоги залежним особам у період воєнного стану. З'ясовано, що ефективність взаємодії між цими структурами визначається рівнем інформаційної відкритості, наявністю єдиної бази даних клієнтів, механізмами координації дій і підтримкою з боку міжнародних партнерів. Визначено, що ключовим чинником підвищення результативності є формування партнерської моделі співпраці між органами влади, медичними структурами, соціальними службами та громадськими ініціативами.

Сформульовано практичні рекомендації щодо вдосконалення системи реабілітації залежних осіб у воєнний період. Пропонується створення адаптованих програм, що враховують психологічні наслідки бойових дій, забезпечення мультидисциплінарного підходу до лікування та соціальної інтеграції, розвиток мобільних бригад кризової допомоги, а також розширення можливостей дистанційної психологічної підтримки. Рекомендовано впровадити системну підготовку фахівців соціальної роботи до діяльності в умовах надзвичайних ситуацій, орієнтовану на кризову комунікацію, ресоціалізацію та посттравматичну адаптацію клієнтів.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленні вивчення психосоціальних механізмів відновлення осіб із залежністю після тривалого впливу воєнних травм, розробці інструментів оцінки ефективності кризових інтервенцій і формуванні цілісної моделі державної системи соціальної реабілітації, здатної функціонувати в умовах воєнних і післявоєнних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альохін А. та ін. Війна без правил: гендерно-обумовлене насильство, пов'язане зі збройним конфліктом на сході України / за заг. ред. В. Щербаченка, Г. Янової. Київ: «Східноукраїнський центр громадських ініціатив», 2017. 216 с.
2. Актуальні питання соціальної роботи : навч. посіб. Ужгород : РІК-У, 2023. 420 с. URL: https://www.researchgate.net/publication/374582040_Aktualni_pitanna_socialnoi_roboti/related#fullTextFileContent
3. Аталієва А. О. Стресове навантаження осіб із хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху. *Медична психологія*. Харків, 2019. Вип. 14. № 2. С. 85–88
4. Бердичевська К., Лютий, В. Сутність та чинники адиктивної поведінки молоді як проблеми сучасності. *Grail of Science*, 26, 2023. С. 112-114
5. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : навч. посіб. / О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Т. Г. Веретенко [та ін.]; [за ред. О.В. Безпалько]. – Київ : Академвидав, 2014. – 312 с.
6. Власова Л.А. Особливості психологічної реабілітації дисоціативних розладів у нарко-залежних клієнтів /Л.А.Власова,М.А.Садова// Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (17 трав. 2024 р., м. Одеса). - Одеса, 2024. - С.391-393
7. Вовк С.М., Половян Н.С., Вовк Т.В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. Публічне управління та митне адміністрування. № 3 (26). 2020. С. 33-37.
8. Галич Я. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. Київ, 2022. Вип. 30. № 1. С. 64–73.

9. Грішин Є.О. Складна життєва ситуація як передумова формування резильєнтності особистості. *Вісник ХНПУ ім. Г.С.Сковороди*. 2021. Вип. 65. С. 25–41
10. Дарвішов Н. Особистісні риси і прийняття рішень у залежних від психоактивних речовин осіб. *Проблеми сучасної психології*. Кам'янець-Подільський, 2019. Вип. 46. С. 88–113.
11. Долинська Л.В., Лисянська Т.М. Вікова психологія: хрестоматія. Київ: Каравела, 2020. 488 с.
12. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 07.07.2025)
13. Журавель Т.В., Замула С.Ю., Лях Т.Л. Профілактика ВІЛ та ризикованої поведінки серед неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом: навч.-метод. посібник / за ред. Т.В. Журавель. Київ: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. 184 с.
14. Ігумнова О. Б., Михайлов А. Р. Самодеструктивна поведінка як суспільно-культурний феномен. *Психологічні травелоги*. Вип. № 2. 2021. С. 84- 95.
15. Канцибер В. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я: аналіз поширеності психічних розладів серед військовослужбовців та цивільного населення / В. Канцибер; наук. кер. В.І. Іщенко // *Прояви резильєнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни* : зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., (23–24 травня 2024 р.). Полтава : Нац. ун–т ім. Юрія Кондратюка, 2024. С. 127–129.
16. Кірієнко, М. С. Технології соціальної роботи з сім'ями осіб, які є залежними від психоактивних речовин : випускна кваліфікаційна робота : 231 «Соціальна робота» / М. С. Кірієнко ; керівник роботи

- В. М. Філіпович ; НУ "Чернігівська політехніка", Кафедра психології та креативних індустрій. Чернігів, 2024. 52 с.
- 17.Ковальська Х. Л. Проблема саморуйнівної поведінки. *Наука та освіта в дослідженнях молодих учених : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. для студентів, аспірантів, докторантів, молод. учених (Харків, 14 трав. 2020 р.)* / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди ; редкол.: Ю. Д. Бойчук (голов. ред.) та ін. Харків, 2020. С. 145-146.
 - 18.Коkun О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
 - 19.Корнієнко І. Копінг-стратегії як компонент ресурсних можливостей для збереження психічного здоров'я в умовах війни.
 - 20.Кравцов С.О. Теоретичне бачення соціальної адаптації: стан, погляди, підходи. *Соціальна політика*. 2008, 3(26), 83–96. URL: https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2008/07/83-96_no-3_vol-26_2008_UKR.pdf (дата звернення: 01.07.2025)
 - 21.Лазорс Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія*. 2018, Вип. 14 С. 56–64
 - 22.Литвинчук Л. М. Психологічна допомога особам з хімічною залежністю на різних фазах емоційного переживання в процесі реабілітації. *Вісник Національного ун-ту оборони України*. Київ, 2018. № 1 (49).
 - 23.Ліснівська Л. Психологічна реабілітація та ресоціалізація осіб, залежних від вживання психоактивних речовин. *Психологія*, 2(2)/2014. С. 46-49

- 24.Миронюк І., Слабкий Г. ., Щербінська О., Білак-Лук'янчук В.
Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (8), 2022, С. 26–31.
- 25.Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник.
Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
- 26.Наркотична ситуація в Україні (за даними 2023 року). Центр громадського здоров'я. URL:
[https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/ЗБИТ_Наркотична_ситуація_в_Україні_\(за_даними_2023_року\).pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/ЗБИТ_Наркотична_ситуація_в_Україні_(за_даними_2023_року).pdf) (дата звернення:10.05.2025)
- 27.Осипян А. Моніторинг реабілітаційних центрів і опитування людей, що проходять реабілітацію від наркозалежності / Державна установа «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019. 24 с.
- 28.Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с
- 29.П'янківська Л.В. Вплив наслідків війни на психічне здоров'я людини: огляд зарубіжних досліджень. *Collection of scientific papers «scientia» section 22. Psychology and psychiatry. Theory and practice of modern science*. Volume 2. 2022 С. 79-81.
- 30.Папуча М.В. Внутрішній світ людини та його становлення : наукова монографія. Ніжин. Видавець Лисенко М.М. 656 с.
- 31.Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Social Work and Education*. 2022, 9(1), с-С. 89–99.
- 32.Пеца Д. Д. Девіантна поведінка за умов воєнного стану: чинники, наслідки, механізми впливу/ Д. Д. Пеца, Я. М. Росоха //Аналітичне-порівняльне правознавство/ редкол.: Ю. М. Бисага (голов. ред.), В. В.

- Заборовський, Д. М. Белов, С. Б. Булеца та ін.; ДВНЗ «УжНУ» Ужгород, 2025. №1. С. 53-57
- 33.Потенціал волонтерства та лідерства у здійсненні профілактики ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки на базі професійнотехнічних навчальних закладів : навч. посіб. / Т. В. Журавель, Н. В. Зимівець, Т. Л. Лях та ін. ; за ред. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях. – К. : ВГЦ «Волонтер», 2014. – 282 с.
 - 34.Піхур Г.А., Спіріна Т.П. Підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з ВІЛ-інфікованими людьми. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2018. № 8. С. 136-142.
 - 35.Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу : навчальний посібник / заг. ред. професора В. В. Огоренко. Дніпро: ЛПРА, 2023. 312 с
 - 36.Романовська Л. І., Новак М. В. Психологічні умови розвитку життєстійкості особистості в умовах війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. Вип. № 17. Острог : Вид-во НаУОА, 2024. С. 62–66.
 - 37.Спіріна Т., Лях Т., Клішевич Н. Соціальна профілактика сімейного неблагополуччя в територіальній громаді. *Social Work and Education*. 2022. Т. 9, № 2. С. 245–255. URL: <https://doi.org/10.25128/2520-6230.22.2.5>.
 38. Спіріна, Т., Уманська, К. (2022). До питання причин переривання АРВтерапії серед підлітків. Ввічливість. *Humanitas*, 1, 116– 121, doi: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.1.17>
 - 39.Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології : зб. наук. праць* / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України ;ред. колегія: Л. А. Найдьонова, Л. Г.

- Чорна, І. Г. Батраченко та ін. Київ: Міленіум, 2017. Вип. 5 (19). 348 с. С. 3–10.
40. Філонова К. С. До питання розбудови системи психодіагностики схильності особистості до саморуйнівних проявів. *Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка, психологія, медицина*. Вип. № 10(44). 2024. С. 1043–1058
 41. Харченко Є. М. Характеристика взаємозв'язку перенесення посттравматичних стресових розладів із вживанням психоактивних речовин в умовах антитерористичної операції / Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, А. Ю. Васильєва, Я. В. Орловська, Т. В. Синіцька, А. М. Чепурна. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21, № 2. С. 27-31
 42. Чебикін О., Менделю В. Можливості дослідження емоційної сфери у хімічно залежних людей. *Актуальні проблеми практичної психології: тези доп. Всеукр наук.-практ. конф. (м. Одеса, 20 травня 2022 р.)*. Одеса, 2022. С. 105–108.
 43. Чернецька Ю., Горєлов І. Реабілітація військовослужбовців, схильних до адиктивної поведінки. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*, 2023, 2, С. 58–65.
 44. Чубенко О.В., Чорна О.В., Гузенко Н.В., Слюсар В.В. Синтетичні катіони: структура, токсикодинаміка, токсикокінетика, токсикологічний аналіз. *Фармацевтичний часопис*. № 2. 2023, С. 71-82
 45. Щендригін О. М., Спіріна, Т. П. (2016). Фактори ризику щодо алкоголізації підлітків та молоді. *Збірник наукових праць «Педагогічні науки»*, 69(3), 45-48. <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/14844/>
 46. Bremner, J. D. Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clinics of North America*, 17(4), 2007, P. 523–539.

47. Diachenko, I., Brodska, L., Serebryakov, O., Samborska, N., & Kharytonova, N. (2024). The influence of social and individual determinants on the Ukrainian military during wartime. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*. 2024 Vol. 18, 1.
48. EnableMe. (n.d.). Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ [Modern types of rehabilitation for war victims and veterans of the Armed Forces]. URL: <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasnividi-reabilitacii-dla-postrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895> (дата звернення: 01.07.2025)
49. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Impact of conflict on drug markets, drug use and drug-related harm. EMCDDA. 2018.
50. Liakh T., Spirina T., Aliksieienko T. Recommendations on social support to families affected by HIV/AIDS. Society, Integration, Education. Proceedings of the International Scientific Conference. 2020. Vol. 4. P. 279–289. URL: <https://doi.org/10.17770/sie2020vol4.4944>.
51. Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 2001. P. 1184–1190.
52. Meyer, J., et al. Integrating psychosocial interventions with pharmacotherapy for substance use disorders: the potential of a public health approach. *Substance Use & Misuse*, 49(11), 2014. P. 1423–1432.
53. Onishchenko N., Perelygina L., Nazarov O., Karikov S., Riabinina O., Gontarenko L. Psychosocial support in the process of social rehabilitation: prospects for recovery and reintegration. *Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)*. 2023. Vol 14, Issue 10, p. 17050-17071

- 54.Serhieieva Ya. S. Aspects of the evolution of the concepts of providing social services to the population. *In Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges (International Scientific Conference, Włocławek, Republic of Poland, August 2–3, 2023)*
- 55.Thoradeniya K. War-affected children and psycho-social rehabilitation. *Sri Lanka Journal of Social Sciences*, 2017, 40(1), 17–30
- 56.Zhuravel, T., & Udovenko, Yu. (2022). Prevention of destructive behavior of adolescents. Kyiv: Buria O.D. Retrieved from https://www.unicef.org/ukraine/media/21421/file/destructive_behavior.pdf
- 57.Xu, Wen & Pavlova, Iuliia & Chen, Xi & Petrytsa, Petro & GrafVlachy, Lorenz & Zhang, Stephen. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *The International journal of social psychiatry*. 2023. 69 p.