

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Кафедра психології особистості та соціальних практик

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Навчально-професійний проєкт
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ ІЗ
НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Виконала: студентка
II курсу групи ЕКПм-1-24-1.4з
заочної форми навчання
Сидор Олена Євгенівна
Науковий керівник:
Юрченко Р.А., докторка філософії,
старша викладачка кафедри
психології особистості
та соціальних практик

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	10
1.1. Загальна характеристика підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	10
1.2. Ознаки соціально-психологічної підтримки та супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	19
1.3. Проблеми соціально-психологічної підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	26
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	31
2.1. Організація та методики емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей осіб з наркозалежністю.....	31
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей осіб із наркозалежністю.....	35
2.3. Вдосконалення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	49
Висновки до другого розділу.....	52
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВІДУ ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	54
3.1. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	54
3.2. Зміст програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	57

3.3. Апробація стратегій соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.....	66
Висновки до третього розділу.....	71
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	79

АНОТАЦІЯ

Актуальність дослідження обумовлена значним зростанням проявів залежної поведінки в сучасному суспільстві, особливо в умовах затяжної соціальної напруги, інтенсивних воєнних дій та економічної нестабільності. Поширення різноманітних форм залежностей — хімічних, поведінкових, психологічних — загрожує не лише психічному здоров'ю індивіда, а й ефективному функціонуванню соціуму в цілому. Залежна поведінка у кризових умовах часто виступає як неадаптивна копінг-стратегія, що блокує формування конструктивних механізмів подолання стресу та інтенсифікує прояви психоемоційної дезадаптації. За даними сучасних досліджень, кількість українців, які потребують якісної психологічної підтримки, постійно зростає, а зловживання психоактивними речовинами (ПАР) та розвиток адиктивних патернів мають тенденції до зростання.

Актуальність дослідження соціально-психологічної підтримки з наркотичною залежністю зумовлена зростанням ризиків наркотизації в українському суспільстві, особливо на тлі тривалих кризових ситуацій та соціальних трансформацій. Сформована потреба в розробці ефективної системи супроводу, яка здатна забезпечити тривалу реабілітацію, стійку ресоціалізацію та психоемоційну стабілізацію наркозалежних. Комплексна соціально-психологічна підтримка дозволяє впроваджувати не тільки медичні та фармакологічні втручання, але й фахові психосоціальні заходи (когнітивно-повідінкова терапія, мотиваційне інтерв'ю, групова та індивідуальна психотерапія, профільна рецидивів, соціальна адаптація).

Об'єктом дослідження є соціально-психологічна підтримка осіб з наркотичною залежністю.

Предметом дослідження є особливості соціально-психологічної підтримки осіб, які страждають на наркотичну залежність, в умовах воєнного стану.

Кваліфікаційна робота присвячена соціально-психологічній підтримці осіб, які страждають на наркотичну залежність, в умовах воєнного стану. У

процесі теоретичного аналізу наведено характеристику підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану. Визначено ключові особливості осіб з наркотичною залежністю з психологічної точки зору. Окреслено проблеми соціально-психологічної підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану. У процесі емпіричного дослідження визначено соціально-психологічні особливості осіб із наркозалежністю: результати дозволили підкреслити низький рівень самоконтролю, схильність до імпульсивних дій, високу конфліктність, проблеми соціальної адаптації; знижений або середній рівень задоволеності життям за усіма сферами; середній рівень сприйняття соціальної підтримки. Сформовано рекомендації щодо вдосконалення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю. Розроблено та апробовано програму соціально-психологічного супроводу таких осіб у сучасних умовах, що дозволило підтвердити її ефективність.

Ключові слова: замісна підтримувальна терапія, наркотична залежність, соціально-психологічна підтримка, соціально-психологічний супровід. Ключові поняття: залежна поведінка, адикція, кризова ситуація, психокорекція, профіль особистості, ММРІ, якість життя, соціальна підтримка, психологічна допомога.

ВСТУП

Проблема наркотичної залежності є особливо актуальною для сучасної України. В усьому світі кількість наркозалежних осіб складає близько 200 млн – за даними ООН. Це – 12% населення у віці від 15 до 30 років та 3% від усього населення планети. Кількість наркозалежних, на жаль, щороку зростає, тож цю проблему можна вважати справжньою глобальною катастрофою світового масштабу, яка має значні прояви і в Україні. За різними даними в Україні було зафіксовано близько 600 тис – 1 млн осіб, що страждають на наркозалежність, проте кількість тих, чиє життя так чи інакше було пов'язане з наркотичними речовинами, є значно більшою та не входить в офіційну статистику.

Відомо, що наркоманія, як захворювання, що має також психічну природу, негативно впливає на фізичне здоров'я людини. Проте, значним є її вплив і на психоемоційний стан, адже особи, що страждають на таку залежність, стикаються з багатьма психологічними проблемами. Конфлікти з оточуючими, не усвідомлення себе як особистості, викривлене сприйняття навколишнього світу, внутрішні конфлікти, постійна тривога, схильність до депресивного розладу – усе це є поширеним серед наркозалежних осіб. Окрім цього, наркозалежність можна вважати одним із напрямків травматизації особистості, через що особа, що бореться зі своєю хворобою, потребує кваліфікованої психологічної допомоги та підтримки. Саме тому на рівні спеціальних установ для реабілітації наркозалежних осіб, а також в цілому на суспільному рівні організовується соціально-психологічний супровід осіб з наркозалежністю. Психолог допомагає таким особам побороти психологічні проблеми та легше перенести процес відмови від наркотиків. Окрім цього, соціально-психологічний супровід у такому випадку передбачає також проведення реабілітаційної роботи з особою та здійснення її ресоціалізації.

Особливо актуальним соціально-психологічний супровід осіб з наркозалежністю є під час воєнного стану. Такі особи можуть додатково стикатись з негативними факторами, пов'язаними з війною та її наслідками.

Тому їх психоемоційний стан може погіршитись. У зв'язку з цим, стикаючись з низкою проблем та викликів, наркозалежні особи в умовах воєнного стану потребують більш ефективного соціально-психологічного супроводу. Тому, важливою стає розробка ефективних підходів до забезпечення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю під час воєнного стану, у чому полягає актуальність даного дослідження.

Вивченням проблеми надання психологічної допомоги наркозалежним особам, здійснення їх соціально-психологічного супроводу займалися такі вітчизняні науковці, як В. Галич, Л. Литвинчук, В. Свідовська, Ю. Чернецька, та інші. Погоджуючись із позицією С. Діхтяренко, варто зазначити, що підвищення ефективності лікування, реабілітації та ресоціалізації осіб із наркотичною залежністю потребує розробки цільових психокорекційних і реабілітаційних програм. Головною метою таких програм має бути формування нової особистісної структури, здатної до адекватного реагування на соціальні подразники та відтворення соціально-важливих моделей поведінки [7]. Як підкреслює Л. М. Литвинчук у своїх наукових дослідженнях, ефективність реабілітаційного процесу осіб, залежних від опіоїдів, значною мірою зумовлюється характером і змістом їхніх особистісно-емоційних трансформацій у ході відновлення. Одним із провідних чинників успішної реабілітації є активна залученість пацієнта до реабілітаційного процесу, сформована установка на профілактику захворювання та дотримання рекомендацій фахівців — лікарів і психологів. Водночас одним із ключових завдань психологічної роботи з наркозалежними особами дослідниця вважає розвиток внутрішньої мотивації до звернення по професійну допомогу [20]. Однак, особливості соціально-психологічного супроводу наркозалежних осіб в умовах воєнного стану вивчені недостатньо. Важливо додати, що до цього питання частково звертались і закордонні науковці. Зокрема, це дослідження Т. Горського, Д. Піти, Д. Прохазки, М. Біртель, Л. Вуд, Н. Кемпа, С. Майє, М. Фаррелл, М. Феррі, Л. Амато, М. Даволі та ін. Однак, враховуючи те, що в умовах війни особи з наркозалежністю стикаються з низкою негативних

факторів, виникає потреба у вдосконаленні сучасних підходів до їх соціально-психологічного супроводу. Тому виникає потреба у створенні власної програми соціально-психологічного супроводу наркозалежних осіб.

Об'єкт дослідження: соціально-психологічна підтримка осіб з наркотичною залежністю.

Предмет дослідження: особливості соціально-психологічної підтримки осіб, які страждають на наркотичну залежність, в умовах воєнного стану.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати і емпірично дослідити особливості соціально-психологічної підтримки осіб із наркотичною залежністю, розробити і апробувати програму соціально-психологічної підтримки наркозалежних осіб в умовах воєнного стану з метою покращення їх психоемоційного стану.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Здійснити аналіз наукових джерел щодо проблематики соціально-психологічної підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану;
2. Емпірично дослідити соціально-психологічні особливості осіб з наркозалежністю та особливості здійснення соціально-психологічного супроводу таких осіб;
3. Розробити та апробувати програму соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.

У процесі дослідження буде використано наступні **методи:**

теоретичні: аналіз наукових джерел з проблематики соціально-психологічного супроводу наркозалежних осіб, синтез, систематизація, порівняння та узагальнення теоретичної інформації;

емпіричні: методи дослідження соціально-психологічних особливостей наркозалежних осіб; розробка та апробація програми соціально-психологічного супроводу; якісний та кількісний аналіз отриманих даних за допомогою статистико-математичних методів.

Для дослідження соціально-психологічних особливостей осіб з наркозалежністю буде обрано спеціальні методики, які нададуть можливість визначити їх актуальний психоемоційний стан.

Наукове значення отриманих результатів полягає в актуалізації особливостей проведення соціально-психологічної підтримки наркозалежних осіб, а також у визначенні основних методів та підходів, які для цього застосовуються.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що вони можуть бути використані для поліпшення роботи психологів у центрах реабілітації та інших спеціалізованих установах, де надається допомога особам із наркотичною залежністю. Це допоможе адаптувати їх діяльність відповідно до сучасних умов здійснення соціально-психологічного супроводу.

Структура кваліфікаційної роботи складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (найменувань, із них 7 — іноземними мовами) та додатків. Обсяг основного тексту — близько 70 сторінок, містить 9 таблиць і 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Загальна характеристика підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Особи з наркотичною залежністю мають значну потребу у забезпеченні ефективної підтримки та супроводу, актуальність чого зростає в умовах воєнних дій, враховуючи додаткові проблеми, з якими вони стикаються. Тому, у даному дослідженні насамперед важливо розглянути загальні особливості підтримки осіб із наркотичною залежністю в умовах воєнного стану.

Насамперед, слід зазначити, що наркоманія є нездоровою, патологічною формою залежності, яка виникає після первинного, здебільшого добровільного прийому психоактивної речовини. Такий підхід підтримується вітчизняними науковцями, які розглядають наркотичну залежність не лише як медико-біологічне, а насамперед як глибинно-психологічне явище, що охоплює всі сфери життєдіяльності особистості — емоційну, мотиваційну, когнітивну та соціальну [11; 14]. У процесі формування адикції відбуваються суттєві зміни у структурі особистості, її ціннісних орієнтаціях, способах подолання стресу та соціальній поведінці, що свідчить про системний, деструктивний характер цього феномену [9]. Вчені наголошують, що первинна мотивація до вживання наркотичних речовин часто пов'язана з прагненням до емоційного полегшення або втечею від психологічного дискомфорту, проте з часом така поведінка набуває ознак патологічної залежності, що підпорядковує собі всю особистісну активність [6]. Дослідники підкреслюють, що у виникненні та закріпленні адиктивної поведінки вирішальну роль відіграють соціально-психологічні чинники: особливості мікросоціального оточення, рівень підтримки в сім'ї, соціальні норми та культура спілкування [13; 10]. Таким чином, наркоманія розглядається сучасною українською психологічною наукою як багатовимірне, особистісно

та соціально детерміноване явище, що поєднує внутрішні психологічні передумови з впливом соціального середовища. Ефективна профілактика і реабілітація осіб із залежністю потребує врахування психологічних механізмів адиктивного процесу і при спробі змінити адиктивні стереотипи поведінки суб'єкт стикається з внутрішнім опором, оскільки трансформація означає порушення сформованої психічної рівноваги та викликає стан емоційного дискомфорту.

Основним детермінантом адиктивної поведінки виступає прагнення уникнути нестерпної реальності, однак психологічні механізми такої «втечі» є індивідуально специфічними. Мотиви вживання психоактивних речовин можуть бути як усвідомленими, так і латентними, що свідчить про складну багаторівневу детермінацію адиктивних форм поведінки. Споживання психоактивних речовин (далі ПАР) дає тимчасовий стимулюючий ефект у випадках стану стресу, нервового напруження, відсутності гарного настрою, втоми, болю, особистого горя і втрати [22]. Надмірне вживання наркотиків може спричинити зміни в роботі мозку, розвиваючи інтенсивну психологічну та фізичну залежність. Зловживання наркотиками й наркозалежність стали гострою глобальною проблемою сучасності. Наркоманія спричиняє суттєві фізіологічні й психологічні порушення. Як наслідок, погіршується мислення, знижується самоконтроль, деформується самовираження, погіршуються стосунки з оточенням. Дослідники виокремлюють чимало негативних наслідків наркоманії, серед яких актуальними є порушення соціальної інтеграції, міжособистісної взаємодії, емоційної сфери та психологічна деградація [17]. Повільно втрачається самоконтроль і здатність протистояти бажанню вживати наркотики. Людина відчуває сильний абстинентний синдром і опиняється в пастці темного кола, з якого немає виходу. Наркотична залежність є постійним, хронічним та інтенсивним використанням певного патерну поведінки, який вийшов з-під контролю індивіда. Формування та розвиток наркотичної залежності – безперервний процес, що має початок, індивідуальний перебіг і результат. Вона також є формою залежної

(адиктивної) поведінки, яка пов'язана із залежністю від вживання наркотичних речовин для того, щоб змінити психічний стан. Також така залежність переживається як неможливість жити без об'єкта адикції, як непереборний потяг до нього. Ця поведінка має виражений аутодеструктивний характер, адже безумовно деформує організм і особистість [2, с. 4].

Більшості людей, які вживають наркотики, важко розпізнати ознаки наркозалежності. Зазвичай про залежність повідомляє член сім'ї або друг. Кожна речовина по-різному впливає на організм споживача. Однак, є кілька симптомів, які допоможуть вам помітити залежність у вас або у вашої близької людини. Зміни в поведінці часто є найбільш помітними симптомами. До них відносяться підвищена агресія або дратівливість, млявість, депресія, зміна кола спілкування, різка зміна звичок і пріоритетів, фінансові проблеми і, можливо, злочинна діяльність. Зміни в зовнішності можуть бути додатковою підказкою щодо можливого вживання наркотиків. Налиті кров'ю або затуманені очі, розширені або звужені зіниці, зміна ваги, синці, інфекції або інші фізичні ознаки в місці входу наркотику в організм є поширеними видимими ознаками зловживання. Порушення нормальної роботи мозку, зміни особистості, дисфункція серця та інших органів можуть бути ознаками тривалого зловживання наркотиками [12; 26].

Окрім цього, слід додати, що люди, які зловживають психоактивними речовинами, можуть страждати від сильної суспільної та внутрішньої стигми. Мало відомо про те, як соціальна підтримка може зменшити стигму та покращити їхнє психічне здоров'я і благополуччя. Допомога людям, які зловживають психоактивними речовинами, у використанні їхньої соціальної підтримки може бути плідною для боротьби з негативним впливом інтерналізованої стигми та сорому на психічне здоров'я та благополуччя [39].

Також слід зазначити, що важливість підтримки осіб з наркотичною залежністю зумовлена соціальними, психологічними та фізичними наслідками для здоров'я і благополуччя таких осіб. Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, впливають на соціальне функціонування окремих

людей, а також створюють тягар для суспільства. Ці розлади призводять до медичних або психіатричних станів, інвалідності та смерті внаслідок нещасних випадків або захворювань, спричинених або погіршених вживанням психоактивних речовин, а також до підвищення рівня суїцидальності, що негативно впливає на суспільство в цілому. Інші соціальні проблеми, пов'язані з використанням психоактивних речовин, включають нестабільність житла, бездомність, злочинну поведінку (жертви чи злочинця) та ув'язнення, передачу ВІЛ через вживання наркотиків внутрішньовенно або ризиковану сексуальну поведінку, а також безробіття або залежність від соціальної допомоги. Витрати, пов'язані з цими соціальними проблемами, вражають, створюючи економічний тягар для урядів і платників податків, які витрачають значні суми на лікування наркозалежності, медичних і психіатричних розладів та інших супутніх проблем, наприклад, пов'язаних із соціальною залежністю, безробіттям, залученням до системи кримінального правосуддя або соціальних послуг [40].

Залежність від психоактивних речовин (ПАР) є серйозною соціальною проблемою та проблемою громадського здоров'я, тому розробка ефективних методів лікування є пріоритетним завданням. Лікування такої залежності є складним. В одному з досліджень аналізували управління в надзвичайних ситуаціях, короткотривалу інтенсивну амбулаторну терапію на основі підкріплення в поєднанні з управлінням в надзвичайних ситуаціях, терапію за допомогою підказки, альтернативну програму для тих, хто вибув з програми замісної підтримувальної терапії метадоном (ММТР), а також розширену програму аустріч-консультування. Всі методи лікування вивчалися в порівнянні з контрольним (стандартним) лікуванням, тому не було можливості визначити, який тип психосоціальної терапії був найбільш ефективним. Висновки полягають у тому, що як розширене аустріч-консультування, так і короткотривала інтенсивна амбулаторна терапія на основі підкріплення в поєднанні з управлінням у надзвичайних ситуаціях мали значно кращі результати, ніж стандартна терапія в рамках лікування. Це стосувалося

рецидиву вживання опіоїдів, повторного зарахування на лікування та утримання в лікуванні [42].

Також, варто зазначити, що люди, які вживають наркотики, потребують підтримки сім'ї та суспільства в процесі лікування та реабілітації. Тому, вкрай важливо визначити психологічні, соціальні та мотиваційні чинники, які можуть допомогти їм у процесі лікування. За результатом дослідження С. Шахтабаді, А. М. Джалалі, Р. Джалалі та А. Голамі [44], варто відмітити, що деякі демографічні змінні, такі як стать, рівень освіти, робота, сімейний стан, вік, рівень освіти, дохід, кількість дітей та досвід вживання наркотиків, були пов'язані з психологічним функціонуванням. Окрім того, місце проживання, робота, сімейний стан, вік, дохід і тип вживання наркотиків були пов'язані з соціальним функціонуванням. Сімейний стан, кількість дітей, вік першого досвіду вживання наркотиків та тип наркотиків були пов'язані з мотивацією до лікування.

Із огляду на це, підтримка осіб з наркотичною залежністю спрямована на надання комплексної допомоги наркозалежним особам з метою подолання їх залежності. Це і використання психологічної реабілітації, і використання інших методів психологічної допомоги. Крім цього, передбачається поєднання соціальної роботи та психологічної підтримки. Так, в умовах війни використовуються такі технології соціальної роботи для підтримки наркозалежних осіб: соціальний контроль; соціальна профілактика; соціальна терапія; соціальна реабілітація; соціально-правовий захист; соціальне страхування; соціальне обслуговування; соціальне опікунство; соціальний супровід; соціальний патронаж; корекція; рекламно-інформаційні технології. Одним із ключових аспектів підтримки наркозалежних осіб є проведення соціальної реабілітації. Соціальна реабілітація є комплексом заходів, які спрямовані на те, аби відновити зруйновані чи втрачені суспільні зв'язки та відносини, соціально та особисто значущі характеристики, властивості та можливості суб'єкта. Окрім цього, це комплекс заходів, які спрямовані на

відновлення людини у правах, соціальному статусі, здоров'ї та дієздатності [15].

Окрім цього, для осіб з наркотичною залежністю як до воєнного стану, так і в умовах війни, організовується надання наркологічної допомоги, яка є частиною психіатричної. Згідно зі статтею 10 Закону України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності. Також така допомога надається у недержавних організаціях, що надають медичні та реабілітаційні послуги особам з наркозалежністю. Відповідно, наркологічна допомога є комплексом заходів, спрямованих на лікування та реабілітацію наркозалежних осіб, і при цьому мають медичний, соціальний та юридичний аспекти [4].

Також слід звернутись до поняття психологічної реабілітації. Етап психологічної реабілітації є одним з етапів лікування залежності. Психологічна реабілітація – це процес психологічного лікування з використанням речовин, які мають однаковий психологічний вплив на залежних, таких як наркотики, алкоголь, вуличні наркотики, такі як кокаїн, героїн або амфетаміни, а також рецептурні препарати, з метою допомогти пацієнту припинити зловживання наркотичними речовинами, щоб уникнути негативних психологічних наслідків цього явища, особливо при надмірному вживанні наркотиків, а психологічна реабілітація наркозалежних здійснюється шляхом навчання пацієнта новому та ефективному способу поведінки з навколишнім середовищем без наркотиків, зокрема, пацієнта необхідно тримати подалі від поганих друзів, які вживали наркотики разом з ним, щоб гарантувати, що пацієнт не повернеться до згубної звички знову. Також психологічна реабілітація є комплексом заходів реабілітаційної медицини, які спрямовані на відновлення психічних та фізичних сил людини, що перенесла психічне захворювання, до контрольного рівня, тобто здатності виконувати професійні обов'язки [5].

Шлях лікування наркозалежності та повернення до здорового і безпечного життя не є ні легким, ні швидким, це справа всього життя, яка

вимагає відданості та наполегливої праці, щоб повністю позбутися зловживання наркотиками та рецидиву залежності. Етап реабілітації наркозалежності є найважливішим етапом у лікуванні, головною метою якого є реінтеграція залежних людей після одужання в суспільство, задля того, щоби вони стали позитивно продуктивними та впливовими особистостями. Реабілітація наркозалежних відбувається одразу після фази абстинентного синдрому, зокрема після етапу детоксикації. У період реабілітації пацієнт потребує психологічної та соціальної підтримки з боку друзів і сім'ї, оскільки деякі близькі люди мають сильний вплив на завершення процесу лікування та реабілітації [28].

В умовах війни підтримка осіб з наркозалежністю також здійснюється на загальних засадах соціально-психологічного супроводу людей, які зазнали наслідків травм війни. Справа в тому, що особи з наркозалежністю також могли постраждати від наслідків повномасштабної війни, проживаючи на тимчасово окупованих територіях або на територіях, де ведуться активні бойові дії. Не виключено, що наркозалежні особи можуть постраждати від обстрілів ворога. Крім того, такі особи можуть брати участь у бойових діях або мати родичів, які загинули чи отримали тяжкі поранення. Соціально-психологічний супровід у такому випадку варто розуміти як один із різновидів соціальної роботи, який заснований на класичній моделі соціальної роботи з клієнтом, що передбачає використання різних методів і форм соціальної роботи у залежності від індивідуальних потреб та проблем клієнта, враховуючи наявні у нього психологічні ресурси та сильні сторони, і при цьому з акцентуванням уваги на посттравматичному зростанні та залученні до соціальної активності реципієнта, одержувача цих послуг. Окрім того, важливу роль також відіграє психологічна допомога та супровід, враховуючи психологічні наслідки залежності [18].

Також передбачається соціальна та психологічна підтримка. Коротко охарактеризуємо сутність соціальної, психологічної та соціально-психологічної підтримки:

- 1) Соціальна підтримка – є сукупністю різних форм допомоги та підтримки, які надаються людині з боку соціального оточення. Основними формами соціальної підтримки є матеріальна, емоційна, інформаційна та інструментальна. Забезпечує психологічне благополуччя та добробут особистості;
- 2) Психологічна підтримка – є безпосередньою роботою з людьми, видом допомоги, що надається кваліфікованим спеціалістом особі або групі осіб, передбачає зменшення психоемоційного напруження, покращення якості життя та соціальної адаптації. Успішно організований психологічний супровід відкриває перспективи особистісного зростання, допомагає людині увійти в ту «зону розвитку», яка їй поки що недоступна, а також створює умови для переходу особистості до самодопомоги. [31];
- 3) Соціально-психологічна підтримка (супровід) – є спеціально організованою діяльністю, спрямованою на полегшення реінтеграції вразливих категорій населення до умов мирного життя. Йдеться про відновлення та збереження психологічного здоров'я, професійну самореалізацію (працевлаштування, навчання, професійну переорієнтацію), збереження (або створення) сім'ї та поглиблення стосунків із значущим оточенням [19].

Загалом, така підтримка спрямована на відновлення внутрішніх ресурсів та надання додаткових ресурсів, завдяки чому супровід підсилює здатність справлятися з проблемами, стаючи медіатором покращення психологічного здоров'я людини. Також, із його допомогою забезпечується оптимізація взаємодії людини з близьким і віддаленим оточенням: родичами, сусідами, друзями, колегами, членами територіальних, релігійних та інших спільнот. Особливо важливим є відновлення психічного здоров'я, професійної самореалізації, збереження і поглиблення стосунків з оточенням, підсилення здатності справлятися з власними проблемами тощо.

Роль психолога у житті особи, яка стикається з наркозалежністю, є особливо ваговою. Він здійснює психологічну реабілітацію особи,

допомагаючи тим самим повернутись у звичайний світ, який позбавлений залежності та проблем, пов'язаних із прийняттям психоактивних речовин. Так, особа буде довго потребувати допомоги та підтримки психолога. Його основне завдання полягає у наданні допомоги у розвитку таких життєвих навичок, як прийняття рішень, ефективне спілкування, які сприяють задоволенню базових особистісних і соціальних потреб. Відповідним чином, робота психолога покликана забезпечити комплексне відновлення особи з наркозалежністю, що є важливим і в умовах повномасштабної війни [8].

Окрім того, варто також відмітити важливість такого аспекту підтримки наркозалежних осіб, як надання доступу до соціальних послуг і правозахисна допомога. Особам, які перебувають у зоні бойових дій, організовують мобільні медичні бригади для доставки ліків для замісної терапії. Окрім цього, тим, хто втратив своє житло, надають притулки та місця у реабілітаційних центрах. Для таких осіб забезпечується доступ до безпечних ін'єкційних матеріалів для профілактики поширення інфекцій. Правозахисна діяльність спрямована на всебічну підтримку наркозалежних осіб та дотримання їх прав. Передбачається боротьба з дискримінацією наркозалежних осіб у місцях їх тимчасового перебування. Окрім цього, можливою є гуманізація наркополітики під час воєнного стану, зменшення каральних заходів проти тих, хто вживає наркотичні речовини, натомість створення кращих умов для їх реабілітації. Для ефективної допомоги необхідна координація між державними структурами, громадськими організаціями та міжнародними партнерами. Також для осіб з наркотичною залежністю в умовах війни (воєнного стану) забезпечується надання інтегрованої допомоги та інтегрованих послуг. Забезпечується максимальна доступність послуг, створюється дружня атмосфера, відсутня стигма та дискримінація. Окрім цього, існує командний підхід та співпраця між надавачами різних послуг. Інтегруються методи та моделі фінансового, адміністративного, клінічного та сервісного рівнів, тим самим підвищуючи якість наркозалежних осіб, які опинились у складній життєвій ситуації [1].

Таким чином, підтримка осіб з наркотичною залежністю в умовах війни є обов'язковою. Вона має враховувати соціальні, психологічні та адміністративні заходи, покликані забезпечити всебічну допомогу, підтримку та супровід осіб з наркотичною залежністю. Це, у свою чергу, допоможе вирішити психологічні та соціально-психологічні проблеми таких осіб, а також забезпечити їх соціальну реабілітацію [1].

Отже, проблема соціально-психологічної підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану є надзвичайно актуальною, оскільки поєднує вплив двох складних чинників — адиктивної поведінки та наслідків війни, що суттєво ускладнює процес реабілітації та соціальної адаптації таких осіб.

1.2. Ознаки соціально-психологічної підтримки та супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

В умовах воєнного стану соціально-психологічна підтримка та супровід осіб з наркозалежністю здійснюються на загальних засадах, які були окреслені попередньо, і при цьому враховуючи контекст війни та її можливі наслідки для таких осіб.

У першу чергу, соціально-психологічна підтримка та супровід таких осіб враховує ключові принципи та стандарти лікування розладів, які пов'язані з вживанням психоактивних речовин:

- 1) доступність, привабливість лікування, відповідність потребам наркозалежної особи;
- 2) дотримання етичних норм при проведенні усіх втручань;
- 3) використання ефективної координації між системою кримінального правосуддя і системами медичної та соціальної допомоги для сприяння лікуванню розладів у наркозалежних осіб;
- 4) відповідність втручань конкретним розладам, які пов'язані з вживанням наркотичних речовин, а також доказовим даним;

- 5) швидке реагування на потреби у лікуванні та догляді серед наркозалежних осіб;
- 6) постійний моніторинг та оцінка комплексного підходу в реалізації послуг, тактик і процедур лікування та взаємозв'язки з допоміжними послугами [30].

Також ключовим методом лікування осіб з психічними та поведінковими розладами, спричиненими вживанням наркотичних речовин, залишається замісна підтримувальна терапія, тобто відбувається їх медикаментозне лікування. У такому випадку також здійснюється соціально-психологічна підтримка та супровід для забезпечення психологічного подолання існуючих розладів за допомогою спеціальних методів психологічної допомоги та психотерапії. Комплексний підхід, який реалізовується у такому випадку, допомагає досягти позитивного результату [25; 33].

Забезпечується ресоціалізація осіб, які мають наркотичну залежність. Вона являє собою «відновлення, збереження й розвитку соціально корисних зв'язків із соціальним середовищем, формування в них нових соціально схвалених моделей поведінки, норм і цінностей, позитивного соціального досвіду й суб'єктності з метою повноцінного функціонування в суспільстві». Основними складниками ресоціалізації осіб з наркозалежністю в умовах воєнного стану є реабілітація, соціальна адаптація й інтеграція у суспільство, що надає можливість створити умови для повторного входження наркозалежної особи у соціальне середовище [21].

Окрім того, під час воєнного стану, разом із соціально-психологічною підтримкою та супроводом осіб із наркозалежністю, продовжується використання соціальної реабілітації та психологічної реабілітації. Однак особливості соціально-психологічного супроводу та підтримки характеризуються тим, що вони є особливою формою здійснення пролонгованої соціальної та психологічної допомоги. При цьому спрямовані не на виправлення недоліків і перебудову особи з наркозалежністю, а на пошук

прихованих ресурсів її розвитку, опору на власні можливості і створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків зі світом людей. Відповідно, соціально-психологічний супровід у такому випадку є системною діяльністю психолога, що спрямовується на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-консультативних і психотерапевтичних умов, завдяки чому забезпечується розвиток знань, вмінь і навичок, успішна адаптація, реабілітація, особистісне становлення, нормалізація стосунків для успішної інтеграції і самореалізації наркозалежної особи [31].

Окрім цього, варто відмітити наступні аспекти роботи психолога з наркозалежними особами в умовах воєнного стану [34]:

1. Використання оцінювання та психометричних тестів. Психологи використовують різноманітні інструменти оцінки для визначення психологічних факторів, які сприяють виникненню наркозалежності. Вони можуть проводити комплексні оцінки, щоб допомогти визначити інтенсивність і характер залежності людини, а також будь-які супутні розлади психічного здоров'я. Ці оцінки можуть допомогти визначити основні причини залежності, такі як травми в минулому, емоційні розлади, тимчасовий стрес і особистісні особливості.
2. Розробка плану лікування. На основі результатів оцінки психологи розробляють персоналізовані плани лікування, які включають низку науково обґрунтованих методів і технік.
3. Проведення психотерапії. Психологи використовують різні форми психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), діалектична поведінкова терапія (ДПТ) та сімейна терапія, щоб допомогти пацієнтам дослідити основні причини їхньої залежності та виробити нові механізми подолання труднощів. Психотерапія може допомогти людям розвинути навички подолання, керувати тригерами та запобігти рецидивам.
4. Підтримка та настанови. Психологи можуть надавати постійну підтримку та настанови протягом усього процесу одужання,

допомагаючи пацієнтам залишатися вмотивованими та йти до своїх цілей. Психологи також можуть проводити мотиваційну терапію, яка допомагає пацієнтам знайти мотивацію для зміни своєї адиктивної поведінки. Ця терапія може допомогти людям, які не наважуються звертатися за лікуванням або чинять опір змінам.

5. Співпраця з іншими фахівцями. Психологи часто працюють у складі мультидисциплінарної команди, співпрацюючи з іншими фахівцями, такими як психіатри, лікарі, соціальні працівники та консультанти з питань залежності, щоб гарантувати, що клієнти отримують комплексну допомогу.
6. Сімейні сесії. Психологи також відіграють важливу роль в інформуванні основних опікунів або членів сім'ї про залежність. Вони пояснюють тригерні фактори, які призводять до рецидиву, і як впоратися з такими фазами. Таке консультування може допомогти членам сім'ї зрозуміти залежність і надати підтримку своїм близьким в одужанні.
7. Групова терапія. Психологи можуть проводити сеанси групової терапії, які можуть бути ефективними у сприянні соціальній підтримці, наданні відчуття спільноти та допомозі людям вчитися у тих, хто пережив подібну боротьбу.
8. Однією з важливих ознак соціально-психологічної підтримки та супроводу осіб з наркозалежністю в умовах воєнного стану є використання спеціальних методів психотерапії. Серед них можна зазначити наступні [29]:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Метод, який зосереджується на взаємозв'язку між думками, емоціями і поведінкою людини. Цей підхід заснований на ідеї, що думки, емоції та поведінка взаємодіють між собою і можуть бути взаємозалежними. Терапевти КПТ прагнуть змінити негативні думки пацієнтів: зміна, яка дає можливість тим, хто одужує, справлятися з життєвими викликами. КПТ може бути дуже ефективним засобом лікування психічних розладів і залежності, окремо або

в поєднанні з іншими методами лікування. Це допомагає тим, хто на ранньому етапі одужання, впоратися з симптомами, запобігти рецидиву, вивчити механізми подолання та подолати емоційну травму;

- Індивідуальне та групове консультування. Це структуруване спілкування, у процесі якого консультант клієнта усвідомлює проблему спілкування, активізує внутрішні ресурси та ініціює зміни в поведінці. Групове консультування створює простір для обміну досвідом і підтримує, сприяє соціальній інтеграції та сприяє подоланню ізоляції, що супроводжує залежність. Обидва підходи сприяють формуванню нових поглядів на життєву ситуацію та забезпеченню реабілітації [19];

- Діалектична поведінкова терапія. Діалектична поведінкова терапія (ДПТ), є різновидом когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на формування навичок емоційної регуляції, міжособистісної ефективності, важливості та толерантності до стресу. ДПТ клієнтам краще керувати емоціями, налагоджувати стосунки й долати кризові ситуації, поєднуючи елементи поведінкового тренінгу та майндфулнесу (Linehan, 1993);

- Експериментальна терапія. Коли більшість людей уявляють собі лікування залежності, вони думають про традиційну розмовну терапію: серію розмов, що розтягуються на кілька сеансів. однак практичне навчання також може бути потужним інструментом для тих, хто на початку одужання. Експериментальна терапія ефективна для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, оскільки вона глибоко зачіпає емоції пацієнта. Учасники досліджують підсвідомі думки та почуття за допомогою керованих образів, рольових ігор та інших видів діяльності. Таким чином люди, які не можуть сформулювати складні емоції (або передати деталі своєї травми), можуть почати їх опрацьовувати;

- Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (emdr). Це восьмифазна терапія, що включає поєднання рухів очей і ряду інших елементів. він вимагає від учасників розглянути три періоди часу: минуле, теперішнє та майбутнє. аналізуючи минулу травму, пацієнти проходять

через поточний дистрес і розвивають установку, необхідну для позитивних дій у майбутньому.

Особливо важливим в умовах війни стає залучення сімейної підтримки та використання сімейної терапії. Участь сім'ї є ключем до вирішення будь-якої хронічної проблеми зі здоров'ям, і залежність не є винятком. Оскільки всі близькі пацієнта відчують шкідливі наслідки вживання психоактивних речовин, головним завданням реабілітації є розширення фокусу лікування з окремої людини на всю родину. У сімейній терапії консультант сприяє обговоренню та сеансам вирішення проблем з усією групою, а також з окремими особами чи підгрупами. У багатьох випадках включається навчальний компонент, щоб подружжя, брати і сестри, батьки та діти краще зрозуміли модель хвороби залежності.

Окрім того, нижче представимо ключові ознаки соціально-психологічної підтримки та супроводу осіб з наркотичною залежністю в умовах війни:

- Кризова психологічна допомога. Надання екстреної психологічної підтримки у випадках загострення страху, панічних атак, посттравматичних розладів. Робота з ПТСР;
- Забезпечення безперервності лікування. Організація доступу до замісної підтримувальної терапії у прифронтових територіях та зонах бойових дій;
- Психосоціальний супровід. Надання консультативної підтримки щодо соціальної адаптації та повернення до нормального життя. Надання допомоги у працевлаштуванні, навчанні та соціалізації;
- Профілактика рецидиву. Проведення групових та індивідуальних сесій. використання методів КПТ;
- Робота з родинами залежних осіб. навчання родичів та близьких ефективним методам взаємодії з наркозалежними особами;
- Інформаційно-просвітницька діяльність. поширення інформацію про шкоду наркотиків та можливості лікування;

- Забезпечення базових потреб шляхом надання житла, харчування, засобів особистої гігієни для тих наркозалежних, які втратили житло через війну. окрім цього, також організовуються тимчасові центри реабілітації та підтримки для наркозалежних осіб.

Також актуальним є використання ефективних моделей реабілітації наркозалежних осіб, розроблених закордонними вченими, які вже зараз поступово впроваджуються в Україні. У перспективі вони зможуть покращити сучасний стан соціально-психологічної підтримки та супроводу. Основними формам допомоги наркозалежним, які в умовах воєнного стану продовжують використовувати в Україні, є: детоксикація (в усіх наркологічних закладах), лікарські консультації (в усіх наркологічних закладах), замісна підтримувальна терапія (допомога наркозалежним), амбулаторні реабілітаційні програми, стаціонарні реабілітаційні програми, терапевтичні спільноти, стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації. Крім того, створено групи анонімних наркоманів [16].

Можливим є використання таких закордонних моделей [16]:

- Мінесотська модель лікування залежної поведінки, а саме – програма «12 кроків», яка передбачає поступову допомогу наркозалежним особам від встановлення первинного контакту та створення мотивації до одужання до використання методів ресоціалізації та реінтеграції, завдяки чому відбувається повернення наркозалежної особи у суспільство;
- Розвиваючі моделі Т. Горські та Д. Піти, які передбачають довготривалу професійну роботу з наркозалежними особами та використання теорії психосоціального розвитку, у процесі чого відбуваються еволюційні зміни особистості наркозалежної особи. Наркозалежна особа визнає свою залежність, виліковується від неї та вчиться заново жити у суспільстві;
- Комплексний підхід, який допомагає управляти стійкою ремісією. Передбачає ресоціалізацію наркозалежних шляхом відновлення їх

фізичного, психічного та соціального здоров'я, формування відповідних навичок, допомоги у навчанні, розвитку професійної компетентності, вирішенні житлових питань, культурної та соціальної адаптації тощо.

Під час повномасштабної війни наркозалежні особи можуть зіткнутись з низкою негативних факторів. Можуть мати обмежений доступ до медичної допомоги, стикатись з великою кількістю стресових факторів, вимушеним переселенням, соціальною ізоляцією, що лише посилює проблему наркозалежності та збільшує ризики для їх життя та здоров'я. Тому наразі важливим є надання комплексної медичної допомоги та доступу до замісної терапії, всебічної психологічної підтримки у вигляді індивідуальних та групових сесій, забезпечення соціальної інтеграції наркозалежних осіб та їх залучення до реабілітаційних центрів, вдосконалення правозахисної діяльності. З огляду на це, важливо не лише забезпечити наркозалежних осіб медичною допомогою, але й інтегрувати їх у систему соціального захисту та підтримки. Це допоможе і подолати наркозалежність, і зменшити негативні наслідки війни для даної групи осіб, враховуючи їх вразливість.

Отже, соціально-психологічна підтримка наркозалежних осіб у воєнний період набуває особливої важливості, адже вона спрямована не лише на подолання залежності, а й на відновлення психологічного балансу, ресоціалізацію та повернення людини до конструктивного функціонування в суспільстві.

1.3. Проблеми соціально-психологічної підтримки осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Враховуючи особливості соціально-психологічного супроводу та підтримки наркозалежних осіб в умовах війни, важливо відмітити, що такі особи під час повномасштабної війни стикаються з багатьма проблемами, які перешкоджають їх ефективності.

У першу чергу, варто відмітити в цілому психологічні наслідки наркотичної залежності для особи [32]:

- психологічні наслідки залежності залежать від типу зловживання наркотиками та індивідуальних факторів, як-от наявні психічні розлади. Статті дослідження NIH 2014 року «Наркотики, мозок і поведінка: наука про залежність» висвітлюють трансформаційний вплив наркотиків на мозок і поведінку, наголошуючи на залежності як на хворобі мозку зі значними психологічними компонентами;
- наркоманія глибоко впливає на психологічне здоров'я, проявляючи низку наслідків, які порушують як когнітивне, так і емоційне функціонування. Когнітивні порушення внаслідок залежності передбачають проблеми з прийняттям рішень, пам'яттю та здатністю вивчати нову інформацію. Ці проблеми виникають через нейропластичні зміни в мозку, особливо в областях, пов'язаних із винагородою, стресом і самоконтролем, на які сильно впливають речовини, що зловживають;
- емоційно люди, які борються із залежністю, можуть відчувати підвищений рівень тривоги, депресії та нестабільності настрою. Вживання речовин спочатку може маскувати ці проблеми, але з часом, коли структура та функції мозку продовжують змінюватися наркотиками, ці проблеми з психічним здоров'ям можуть стати більш серйозними. Хронічний характер залежності може призвести до циклу, коли емоційний стан людини значною мірою залежить від присутності або відсутності наркотику, що ще більше ускладнює спроби одужання;
- взаємодія між вживанням наркотиків і психологічним здоров'ям є складною. Зловживання психоактивними речовинами може посилити наявні психічні розлади і навіть може сприяти розвитку нових психічних захворювань. Цей двоспрямований зв'язок підкреслює важливість одночасного лікування як залежності, так і психічного здоров'я під час

лікування, щоб покращити результати одужання та зменшити ризик рецидиву.

Соціальна шкода, пов'язана із вживанням психоактивних речовин, включає міжособистісні проблеми, які негативно впливають на стосунки з членами сім'ї, друзями, колегами та членами суспільства. Також варто відмітити, що окрім серйозних порушень і втрати фізичного здоров'я, люди з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю та наркотиків, можуть серйозно страждати від психосоціальних проблем, міжособистісних проблем, втрати роботи, труднощів у навчанні та правових проблем. В умовах повномасштабної війни ці проблеми можуть посилитись, що може стати причиною необхідності зміни підходів до здійснення соціально-психологічного супроводу, адже наявність цих проблем буде свідчити про його неефективність [43].

Варто підкреслити, що війна може стати однією з причин збільшення кількості наркозалежних осіб, оскільки таким чином вони можуть намагатись зменшити вплив стресу. На жаль, наразі немає достатньої кількості офіційних статистичних даних, які б свідчили про динаміку кількості наркозалежних осіб під час війни, проте не виключено її збільшення.

Окрім цього, варто відмітити наступні проблеми соціально-психологічної допомоги наркозалежним особам під час повномасштабної війни:

- перебої у постачанні ліків для замісної терапії через руйнування медичних закладів і аптек, проблеми з логістикою медикаментів;
- загострення психічних розладів у результаті стресу та травматичних подій, підвищення рівня тривожності, депресії та ризику самогубств;
- збільшення соціальної ізоляції та дискримінації наркозалежних осіб через відсутність належних умов для отримання допомоги. стигматизація наркозалежних осіб як «не пріоритетної» групи в умовах гуманітарної кризи;

- збільшення ризику інфекційних захворювань через переривання програм профілактики ВІЛ/СНІД та гепатитів.

Попри це, слід додати, що в умовах повномасштабної війни продовжується надання соціально-психологічної підтримки наркозалежних осіб. Активізувалось надання замісної терапії державними медичними установами через закриття приватних медичних закладів. Окрім цього, активно є співпраця з міжнародними організаціями та донорами, які допомагають в отриманні медикаментів, у впровадженні нових форм допомоги та терапії для наркозалежних осіб. Продовжується функціонування Всеукраїнського об'єднання людей із наркозалежністю, яке має представництво у 23 регіонах країни [24; 37]. Відповідно, не дивлячись на існуючі проблеми, соціально-психологічна підтримка наркозалежних осіб продовжується і надалі.

Отже, проблеми соціально-психологічної підтримки наркозалежних осіб під час війни свідчать про необхідність посилення міжсекторальної взаємодії, удосконалення системи кризової допомоги та державних програм, орієнтованих на зниження стигми, психологічне відновлення і реінтеграцію постраждалих осіб у суспільство.

Висновки до першого розділу

Результати проведеного теоретичного аналізу дають можливість зробити висновки:

1. Під час повномасштабної війни продовжується надання всебічної підтримки, здійснення соціально-психологічного супроводу наркозалежних осіб. Для цього використовуються загальні підходи до надання допомоги наркозалежним особам, які включають у себе соціальні, психологічні, адміністративні та правові заходи.
2. В умовах війни, із врахуванням психологічних та соціальних проблем наркозалежних осіб, посилюється надання психологічної допомоги з метою

подолання психічних проблем і розладів, з якими вони наразі стикаються. Для цього використовуються спеціальні методи психотерапії та психологічної допомоги.

3. Основними ознаками соціально-психологічного супроводу наркозалежних осіб в умовах воєнного стану також є використання кризової психологічної допомоги, забезпечення безперервності лікування, здійснення психосоціального супроводу, застосування заходів профілактики рецидиву, проведення роботи з родинами залежних осіб, організація інформаційно-просвітницької діяльності, забезпечення базових потреб осіб, які мають наркотичну залежність.
4. Підтримка та супровід осіб з наркотичною залежністю здійснюється шляхом їх комплексної соціальної та психологічної реабілітації і адаптації, надається соціальна допомога, організовуються реабілітаційні центри, надається гуманітарна допомога для задоволення базових потреб наркозалежних осіб. Крім того, передбачається використання закордонних методик та моделей соціально-психологічного супроводу і підтримки, які підтвердили свою ефективність. Врахування закордонного досвіду допоможе покращити сучасний стан соціально-психологічної підтримки осіб з наркотичною залежністю.
5. Проблеми, що характерні для соціально-психологічної підтримки наркозалежних осіб в умовах війни, пов'язані з перебоями у постачанні ліків, психологічними та психіатричними проблемами і розладами, соціальною ізоляцією та дискримінацією, підвищеним ризиком інфекційних захворювань. Для вирішення цих проблем надалі продовжується надання соціально-психологічної підтримки та комплексної допомоги.

Таким чином, дослідження підтверджує, що соціально-психологічна підтримка осіб із наркозалежністю у воєнний період є не лише питанням медичної чи психологічної допомоги, а комплексною соціальною стратегією збереження людського потенціалу в умовах національної кризи.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація та методики емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей осіб з наркозалежністю

Для визначення соціально-психологічних особливостей осіб з наркозалежністю в умовах воєнного стану проведено емпіричне дослідження. Метою емпіричного дослідження стало комплексне вивчення соціально-психологічних особливостей осіб із наркотичною залежністю, які перебувають на замісній підтримувальній терапії. Дослідження спрямоване на виявлення рівня їхньої якості життя, особистісних характеристик і сприйняття соціальної підтримки, що дозволяє оцінити наявні ресурси та визначити ключові проблемні сфери для подальшого вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу.

Дослідження було проведено з дотриманням етичних стандартів наукової діяльності, зокрема анонімності та добровільності участі респондентів. Дослідження було проведено у спеціалізованих закладах Дніпропетровської та Сумської області. У дослідженні взяли участь 19 осіб віком від 20 до 50 років. За віковою структурою більшість респондентів належать до групи 30-39 років (8 осіб), дещо менше – до групи 40-49 років (8 осіб). Осіб віком 50+ було 2, і ще 1 учасник належав до вікової категорії 20-29 років. За статтю у вибірці переважають чоловіки – 13 осіб, тоді як жінок було 6. За рівнем освіти більшість респондентів мають середню спеціальну або середню освіту (11 осіб), тоді як вищу освіту зазначили 5 осіб, ще 3 мали лише базову середню освіту. Щодо сімейного стану: одружених/у шлюбі – 6 осіб, розлучених – 5, самотніх/ніколи не були у шлюбі – 8. Досвід вживання наркотичних речовин становив у середньому від 10 до 20 років, при цьому найкоротший термін – близько 7 років, найдовший – понад 25 років. Щодо

замісної підтримувальної терапії: 15 осіб перебувають на лікуванні, середній термін – від 3 до 8 років; 2 респонденти проходять терапію менше року, ще 2 не залучені до програми.

Усі респонденти є пацієнтами програми замісної підтримувальної терапії та на момент проведення дослідження перебували під наглядом медичних фахівців. Більшість учасників – чоловіки, що узгоджується з даними щодо більшої поширеності наркотичної залежності серед чоловічого населення працездатного віку. Відбір учасників здійснювався на добровільній основі. Перед початком дослідження кожному респонденту було надано інформацію про його мету, завдання та особливості проведення. Усі учасники підтвердили свою згоду на участь, гарантовано було дотримано принципів анонімності та конфіденційності.

Дослідження проводилося у змішаному форматі: частина опитувальників була надана в електронному вигляді (Google-формах), що забезпечило зручність збору та подальшого опрацювання даних. Разом із цим, частина респондентів заповнювали форми у паперовому форматі за стандартизованими бланками. Такий підхід був обраний для забезпечення відповідності процедури вимогам методики, що містить великий перелік тверджень і потребує уважного ознайомлення з кожним із них.

У дослідженні використано три методики.

Перша – Скорочений багатофакторний особистісний опитувальник MMPI (Міні-мульт). Міні-мульт є адаптованою скороченою версією класичного багатофакторного особистісного опитувальника MMPI, який широко використовується в клінічній психології та психіатрії. Він складається зі 71 твердження, що вимагає від респондента відповіді «так» або «ні».(Додаток А) Методика дозволяє оцінити такі основні шкали [36]:

- Гіпохондрія (Hs) – схильність до надмірної уваги до власного здоров'я та наявність психосоматичних скарг.
- Депресія (D) – рівень пригніченості, відсутності інтересу до життя, низької самооцінки.

- Істерія (Hy) – схильність до використання фізичних симптомів як способу уникнення проблем чи привернення уваги.
- Психопатія (Pd) – наявність конфліктності, імпульсивності, схильності до порушення соціальних норм.
- Паранойя (Pa) – рівень підозрілості, схильність до конфліктів і захисних реакцій.
- Психастенія (Pt) – тривожність, нерішучість, нав'язливі думки.
- Шизофренія (Sc) – вираженість порушень мислення, емоційної нестійкості, ізоляції від соціуму.
- Гіпоманія (Ma) – схильність до підвищеної активності, імпульсивності, надмірної комунікабельності.
- Соціальна інтроверсія (Si) – рівень замкненості, труднощі у міжособистісному спілкуванні.

Методика дозволяє отримати багатовимірну характеристику особистості, визначити психоемоційний стан респондентів, їхню схильність до тривожності, депресивності, агресії чи соціальної ізоляції.

Наступна методика – Опитувальник якості життя ВООЗ (WHOQOL-BREF). Ця методика розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я та є міжнародно визнаним інструментом оцінки якості життя. Вона містить 26 запитань, об'єднаних у чотири основні групи [27]:

- Фізичне благополуччя (оцінка рівня енергії, сну, відчуття болю, здатності до фізичної активності).
- Психологічне благополуччя (оцінка настрою, когнітивних здібностей, самооцінки, задоволеності власним життям).
- Соціальні відносини (якість міжособистісних стосунків, підтримка з боку близьких, задоволеність інтимним життям).
- Середовище (економічні ресурси, безпека, доступ до медичних і соціальних послуг, можливості для відпочинку). (Додаток Б)

Кожне запитання оцінюється за п'ятибальною шкалою, де вищий бал відповідає більшій задоволеності певною сферою. Результати дозволяють виявити як сильні сторони, так і проблемні аспекти життя респондентів, що потребують цілеспрямованої підтримки.

Остання методика – Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS). MSPSS оцінює суб'єктивне сприйняття підтримки з боку трьох джерел: сім'ї, друзів і значущих інших (партнера, близької людини, наставника). Шкала складається з 12 тверджень, кожне з яких оцінюється за семибальною шкалою Лайкерта – від «повністю не згоден» до «повністю згоден». (Додаток В) Методика дозволяє виявити, наскільки респонденти відчують себе соціально включеними та захищеними. Соціальна підтримка є важливим ресурсом для успішної ресоціалізації, зниження ризику рецидиву та підтримки психоемоційної стабільності [3].

Застосований комплекс методик дає змогу оцінити три взаємопов'язані складові життя осіб із наркозалежністю:

- об'єктивні та суб'єктивні аспекти якості життя, що дозволяє виявити проблемні сфери (фізичну, соціальну, економічну, психологічну);
- особистісні та емоційні особливості, які визначають поведінкові стратегії та рівень адаптації до соціуму;
- рівень соціальної підтримки, що є ключовим фактором реабілітаційного потенціалу.

Дослідження проводилося з дотриманням етичних норм психологічної практики. Учасники були поінформовані про цілі та завдання дослідження, способи використання результатів, а також про право відмовитися від участі на будь-якому етапі. Усі дані збиралися та оброблялися конфіденційно, результати наведено лише в узагальненому вигляді. Отримані результати стали підґрунтям для подальшого аналізу особливостей респондентів і розроблення пропозицій щодо вдосконалення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану.

Отже, організація емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей осіб із наркозалежністю в умовах війни є надзвичайно важливою, адже саме емпіричні дані дозволяють зрозуміти глибину соціально-психологічних труднощів, уточнити потреби респондентів і визначити конкретні напрями удосконалення системи підтримки.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей осіб із наркозалежністю

Проведемо аналіз результатів, отриманих після проведення комплексного емпіричного дослідження. Спершу проаналізуємо результати, отримані за методикою ММРІ.

Загальні результати, отримані за цією методикою, представимо у Таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Результати за методикою ММРІ

	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш
№ опитуваного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
вік	30 - 39	50 +	30 - 39	40 - 49	40 - 49	40 - 49	40 - 49	40 - 49	40 - 49	30 - 39	30 - 39	50 +	40 - 49	30 - 39	30 - 39	20 - 29	40 - 49	30 - 39	30 - 39
замісна підтримувальна терапія	так	так	так	так	так	так	так	так	так	так	так	так	ні	так	ні	так	так	так	так
стать	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ж	ч	ч	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ж	ч
L (щирість)	47	55	47	47	55	39	39	47	47	39	39	47	39	47	47	55	39	47	45
F (достовірність)	45	40	55	50	65	50	90	50	60	70	85	75	70	75	65	75	90	65	72
K (корекція)	47	53	47	50	44	41	35	53	41	41	32	47	35	41	35	38	41	47	48
1 (Hs) Іпохондрія	44	50	53	55	61	47	71	41	35	59	61	59	65	53	50	46	71	53	60
2 (D) Депресія	61	57	77	61	61	65	77	53	57	65	69	69	81	77	69	57	97	57	59
3 (Hy) Істерія	59	63	67	52	56	52	82	52	41	67	59	74	71	63	63	48	82	45	47

4 (Pd) Психопатія	59	45	68	40	54	40	68	40	63	40	59	63	59	77	59	49	77	40	55
6 (Pa) Паранойяльність	57	45	57	63	63	51	99	63	63	81	81	69	81	63	63	57	87	69	71
7 (Pt) Психастенія	54	58	66	46	50	58	62	46	50	62	46	62	50	46	54	22	66	54	65
8 (Se) Шизоїдність	50	28	50	35	49	36	78	32	44	52	65	54	62	64	38	47	80	46	64
9 (Ma) Гіпоманія	85	68	97	61	79	61	96	62	91	61	84	91	84	109	84	73	109	61	65

* С – Суми, Ш – Шахтарське

У межах емпіричного дослідження скорочений багатофакторний особистісний опитувальник ММРІ («Міні-мульт») було використано для виявлення провідних особистісних і психоемоційних характеристик респондентів, які проходять замісну підтримувальну терапію. Отримані дані дали змогу виявити низку спільних тенденцій, що відображають особливості соціальної адаптації, емоційної регуляції та міжособистісної взаємодії в досліджуваній групі.

Опитувальник Міні-мульт — це скорочений багатофакторний варіант ММРІ, що містить 71 питання й 11 шкалу. Серед них три шкали (L, F, K) показують оцінювальні функції: початок щирості, ступінь достовірності результатів і внесення корекції через обережність у відповідях. Вісім базових шкал Міні-мультують оцінку основних властивостей особистості. т-бали менше 40 розглядаються як низькі, понад 65–70 — як високі.

Розподіл опитуваних за рівнями балів ММРІ зображено на рисунку 2.2.1.

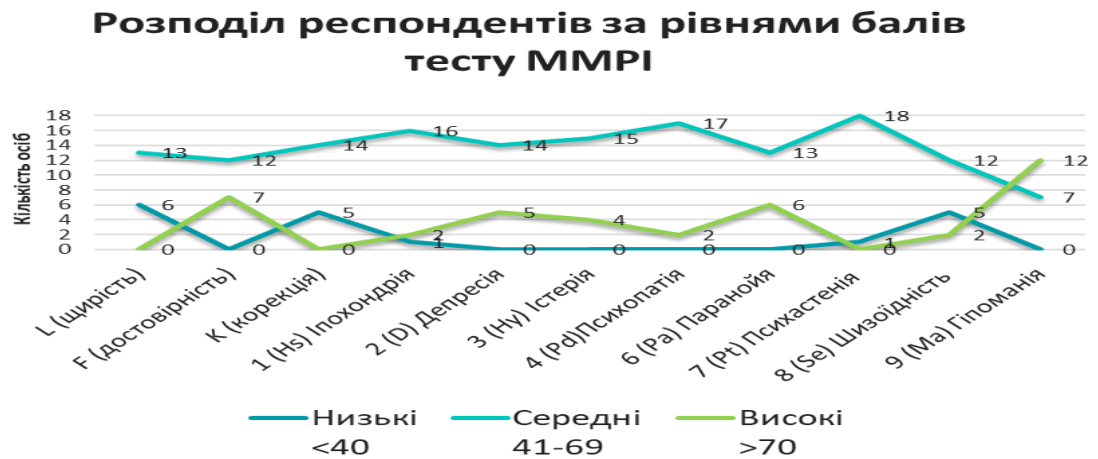


Рис. 2.2.1 Розподіл респондентів за рівнями балів тесту MMPI

Шкали L, F, K. За показниками шкал коректності виявлено, що 7 із 19 респондентів демонструють ознаки нещирості або демонстративності у відповідях (підвищені значення $F > 70$ – респонденти № 7, 11, 12, 14, 16, 17, 19). Ще 2 (№10 та №13) демонструють рівно 70 балів, що теж є високим значенням. Підвищена F-шкала свідчить про тенденцію перебільшувати симптоми, прагнення привернути увагу або про емоційну дезорганізованість у частини учасників. Натомість знижена K-шкала (виявлена у 5 осіб: № 7, 11, 13, 15, 16) вказує на послаблені захисні механізми, підвищену вразливість до стресу та меншу схильність до стримування негативних емоцій. Поєднання підвищеної F із низькою K у частини респондентів означає, що заявлені скарги найчастіше відповідають суб'єктивному переживанню, але водночас можуть бути елементами експресивної поведінки або способом комунікації потреб (наприклад, прохання про допомогу). Отже, у групі простежується двояка картина: з одного боку – схильність до демонстративної експресії, з іншого – реальна емоційна вразливість.

Шкала 4 (Психопатія). Значення > 60 Т-балів зафіксовано у 6 із 19 учасників (№ 3, 7, 9, 12, 14, 17). Це висока частота, яка свідчить про широке поширення рис, що асоціюються з імпульсивністю, схильністю до порушення соціальних норм, низькою відповідальністю та труднощами у встановленні стабільних міжособистісних відносин. На практиці такі пацієнти частіше схильні до ризикованої поведінки, мають проблеми із дотриманням режимних

рекомендацій і можуть демонструвати агресивні або маніпулятивні реакції у міжособистісному контакті.

Шкала 2 (Депресія). Значення > 60 Т-балів виявлено у 13 осіб (№ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17). Це свідчить про часті ознаки пригніченого настрою, знижену мотивацію, песимістичне ставлення до власних ресурсів і підвищений ризик суїцидальних думок у окремих випадках. У поєднанні з високими показниками шкали 4 така депресивна симптоматика набуває специфічного вигляду: епізодичні спалахи агресії або апатії, коливання настрою й труднощі у тривалому утриманні реабілітаційної мотивації.

Шкала 3 (Істерія). Значення > 60 Т-балів відмічено у 9 респондентів (№ 2, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 17). Підвищені значення цієї шкали інформують про схильність до соматизованих скарг, експресивного переживання труднощів і використання тілесних симптомів як механізму уникнення або регуляції емоцій. У контексті реабілітації це може означати часті звернення зі скаргами на фізичні симптоми, які не завжди мають чітку соматичну верифікацію, і потребують диференційної діагностики та психотерапевтичної роботи із навичками емоційної регуляції.

Шкала 6 (Паранойяльність). Значення > 70 Т-балів зареєстровано у 6 осіб (№ 7, 10, 11, 13, 17, 19). Для цих респондентів характерні підвищена підозрілість, ворожість до оточення, тенденція до інтерпретації соціальних сигналів як ворожих або загрозливих. Така конфліктна позиція утруднює терапевтичний контакт, робить малоефективними стандартні групові інтервенції без попередньої роботи з довірою й безпеки.

Шкала 9 (Гіпоманія). Значення > 70 Т-балів виявлено у 11 учасників (№ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17). Ці дані вказують на підвищену активність, імпульсивність, прагнення до ризику й слабку здатність до тривалої концентрації на завданнях. У поєднанні з високою шкалою 4 це підсилює ризик рецидивної ризикової поведінки та утруднює дотримання дисципліни лікувальної програми.

Комбіновані профілі окремих учасників дають підстави для особливої уваги. Респондент № 7 має одночасно високі F (90), 6 (99) та 8 (78) – це поєднання демонстративності, вираженої параноїальної спрямованості та тривожно-депресивних компонентів; такий профіль потребує індивідуального підходу з опрацюванням механізмів захисту та побудови терапевтичної довіри. Респондент № 15 (4 = 77; 9 = 109) поєднує виражені антисоціальні риси з надмірною гіпертимністю та ризиковою поведінкою, що вимагає контролю за імпульсами й цілеспрямованої роботи над плануванням і наслідками поведінки. Респондент № 17 (F = 90; 6 = 87; 9 = 109) характеризується значною емоційною нестабільністю, підозрілістю та високою гіперактивністю – цей портрет свідчить про підвищений ризик кризових станів і можливих психотичних епізодів за загострення.

Узагальнено дані тесту подані у Таблиці 2.2.2

Таблиця 2.2.2

Зведені дані по респондентам за тестом ММРІ

№	Шкала	Мінімум	Максимум	Середнє	Інтерпретація
1	L (щирість)	39	55	46	середній рівень, часткова демонстративність
2	F (достовірність)	40	90	66	тенденцію перебільшувати симптоми, прагнення привернути увагу, недостовірність
3	K (корекція)	32	53	43	низька захисність, відкрита поведінка
5	Hs (Іпохондрія)	35	71	54	повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні владі, повільно пристосовуються
4	D (депресія)	53	97	67	підвищена тривожність, апатія
5	Hu (істерія)	41	82	60	емоційна лабільність, соматизація
6	Pd (психопатія)	40	77	56	імпульсивність, соціальні порушення

7	Pa (паранойяльність)	45	99	68	підозрілість, ворожість
8	Pt (психастенія)	22	66	54	нав'язливі думки, нерішучість
9	Sc (шизоїдність)	28	80	51	емоційна нестійкість, ізоляція
10	Ma (гіпоманія)	61	109	80	гіперактивність, імпульсивність

Візуалізацію представлено на рис. 2.2.2.

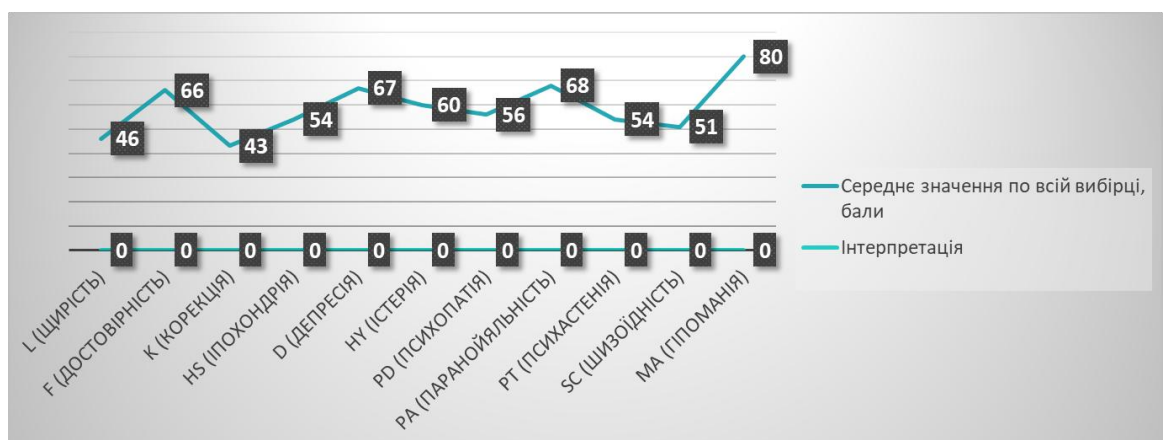


Рис.2.2.2 Зведені дані по респондентам за тестом MMPI. Середнє значення по вибірці за методикою MMPI

Отже, за результатами аналізу даних за цією методикою можна сказати, що група респондентів характеризується низьким рівнем самоконтролю, схильністю до імпульсивних дій, високою конфліктністю та проблемами соціальної адаптації. У значної частини опитаних спостерігається підвищена тривожність і депресивність, що ускладнює процес ресоціалізації. Виявлені особливості потребують застосування програм психологічної корекції, зокрема розвитку емоційного інтелекту, когнітивно-поведінкових технік для зниження імпульсивності та агресивності, а також соціально-реабілітаційних заходів, спрямованих на формування конструктивних моделей поведінки та підвищення відповідальності за власне життя.

Проаналізуємо результати, отримані за наступною методикою – методикою оцінки якості життя BOO3, WHOQOL-BREF. Цей опитувальник

було застосовано для оцінки рівня якості життя осіб із наркозалежністю, які перебувають на замісній підтримувальній терапії. Методика дозволяє визначити рівень задоволеності життям у чотирьох основних сферах: фізичного та психологічного благополуччя, самосприйняття, соціальної підтримки та соціального благополуччя.

У Таблиці 2.2.3 представимо узагальнені результати за даною методикою.

Таблиця 2.2.3

Результати за методикою оцінки якості життя ВООЗ

Сфера	Мінімум	Максимум	Кількість учасників із пониженим рівнем	Кількість учасників із середнім рівнем	Кількість учасників із підвищеним рівнем
Сфера 1 – фізичне та психологічне благополуччя (МАХ 35)	7	18	18 (№ 1-4, № 6-19)	1 (№5)	-
Сфера 2 – самосприйняття (МАХ 30)	9	25	2 (№ 7, 11)	11 (№2, 3, 4, 5, 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19)	6 (№ 1, 8, 9, 10, 12, 13)
Сфера 3 – соціальна підтримка (МАХ 15)	3	15	6 (№ 4, 5, 7, 8, 10, 19)	8 (№6, 11, 12, 14-18)	5 (№ 1, 2, 3, 9, 12)
Сфера 4 – соціальне благополуччя (МАХ 40)	12	40	5 (№ 7, 10, 11, 16, 18)	10 (№ 2-6, 12, 14, 15, 17, 19)	4 (№ 1, 8, 9, 13)

Для інтерпретації використано наступні критерії:

- 1) 0-20 % – низький показник;
- 2) 21–40 % – знижений показник;
- 3) 41–60 % – середній показник;
- 4) 61–80 % – підвищений показник;
- 5) 81–100 % – високий показник.

Візуально результати представимо на Рис.2.2.3.



Рис.2.2.3. Результати за методикою оцінки якості життя ВООЗ

Підкреслимо, що отримані показники свідчать про те, що більшість респондентів мають знижені або середні рівні задоволеності життям, що відображає обмежені ресурси як у фізичному, так і в соціально-психологічному вимірах. Жоден з учасників не продемонстрував високих результатів у всіх сферах одночасно, що свідчить про комплексність проблем, з якими стикаються особи із залежністю.

Розглянемо детальніше результати за кожною зі сфер. За сферою 1 – Фізичне та психологічне благополуччя – середні значення варіювалися в межах 20-51 %, що переважно відповідає пониженому або середньому показникам. Показники цієї сфери виявилися найнижчими серед усіх інших сфер. Найнижчі результати зафіксовано у респондентів № 7, 11, 16 та 18 (20-26 %), що може свідчити про наявність хронічних захворювань, психоемоційне виснаження, зниження мотивації до самодогляду та загальне незадоволення власним станом. Вищі показники (понад 50 %) спостерігалися у респондента № 5, проте навіть вони не досягли високого рівня задоволеності. Ці результати свідчать, що переважна більшість учасників має значні обмеження у фізичній та психологічній сфері, що безпосередньо пов'язано як із наслідками наркотичної залежності, так і з соціальною дезадаптацією.

За результатами оцінки сфери 2 – Самосприйняття, можна сказати, що у цій сфері показники коливалися від 30 % до 83 %, причому значна частина респондентів продемонструвала середній або підвищений рівень. Найвищі результати спостерігалися у респондентів № 8, 12 та 13 (70-83 %), що може свідчити про відносно кращу самооцінку та збережену віру у власні сили. Водночас у респондентів № 7 та 11 показники залишилися низькими (30-40 %), що вказує на наявність проблем із самоповагою, почуттям власної цінності та впевненістю у здатності змінювати життя. Загалом у цій сфері виявлено певну варіативність результатів, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями особистості, тривалістю перебування на програмі замісної терапії та наявністю підтримуючого соціального оточення.

Результати оцінки сфери 3 – Соціальна підтримка характеризуються переважно середніми та підвищеними значеннями. Лише один респондент (№ 13) продемонстрував високий рівень соціальної підтримки (100 %), ще четверо – підвищений рівень (№ 1, 2, 3, 9). У половини учасників (близько 50 %) результати залишилися на рівні середніх показників, а у респондента № 7 – на низькому рівні (20 %). Це свідчить про нестачу міцних соціальних зв'язків та ресурсів підтримки, що є критичним чинником у процесі реабілітації. Відсутність підтримки з боку сім'ї та близьких ускладнює формування мотивації до лікування та ресоціалізації, підвищує ризик рецидивів.

Наостанок, показники сфери 4 (Соціальне благополуччя) у більшості респондентів відповідають середньому або пониженому рівню (30-65 %), що вказує на низьку задоволеність власним економічним становищем, житловими умовами, доступом до медичних і соціальних послуг. Винятком став респондент № 13, у якого показник сягнув 100 %, що може бути пов'язано з кращим матеріальним становищем або ширшими можливостями соціальної інтеграції.

Загалом отримані результати демонструють, що більшість осіб із наркозалежністю перебувають у стані соціальної незахищеності, мають

обмежений доступ до ресурсів і низьку задоволеність умовами життя, що вимагає комплексної підтримки не лише медичного, а й соціального характеру.

Згідно з цим, можна сказати, що фізичне та психологічне благополуччя респондентів є переважно низьким, що відображає наслідки тривалої залежності, супутніх захворювань та психоемоційної нестабільності. Самосприйняття у частини респондентів залишається відносно збереженим, однак у багатьох виявлено низьку самооцінку та відсутність впевненості у власних силах. Соціальна підтримка є критично недостатньою для більшості учасників, що знижує їхній потенціал до успішної ресоціалізації та підвищує ризик рецидиву. Соціальне благополуччя також перебуває на недостатньому рівні, що пов'язано з економічними труднощами, відсутністю стабільної роботи та слабкими соціальними зв'язками.

Отримані дані підтверджують необхідність комплексного підходу до реабілітації осіб із наркотичною залежністю, який має поєднувати медичну підтримку, психологічну допомогу та заходи соціальної інтеграції. Розвиток програм соціального супроводу, спрямованих на зміцнення соціальних зв'язків, підвищення самооцінки та покращення умов життя, є важливою умовою підвищення ефективності замісної терапії та зменшення ризику рецидивів.

Застосування методики MSPSS дозволило оцінити суб'єктивне відчуття підтримки з боку трьох основних джерел – партнера, сім'ї та друзів, а також розрахувати загальний рівень сприйняття соціальної підтримки. MSPSS — короткий валідний інструмент для оцінки суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки з трьох джерел: родини, друзів та значущої особи. Опитувальник складається з 12 запитань, розділених на три субшкали по 4 питання; відповідні оцінки були за 7-бальною шкалою (від 1 — дуже не погоджуюсь до 7 — дуже погоджуюсь). Віщі суми балів свідчать про більш виражене відчуття підтримки.

Для інтерпретації результатів середнього балу по шкірній субшкалі рівень оцінки підтримують:

- 1,0–2,9 — низька підтримка.
- 3,0–5,0 — помірна підтримка.
- 5,1–7,0 — високий рівень підтримки. [41].

Результати показали суттєву варіативність між респондентами, що свідчить про неоднорідність соціальних ресурсів у групі осіб із наркотичною залежністю. Результати за цією методикою представимо у Таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

Результати за методикою опитування щодо рівня сприйняття підтримки

№ опитуваного	Вік	Стать	Замісна підтримувальна терапія	Партнер (ср. бал)	Інтерпретація Партнер	Сім'я (ср. бал)	Інтерпретація Сім'я	Друзі (ср. бал)	Інтерпретація Друзі	Загальний бал	Інтерпретація загального балу
1	30 - 39	ч	так	6,00	високий рівень	5,25	високий рівень	5,25	високий рівень	5,50	високий рівень
2	50 +	ч	так	5,00	середній рівень	5,00	середній рівень	4,75	середній рівень	4,92	середній рівень
3	30 - 39	ч	так	3,50	середній рівень	4,00	середній рівень	3,25	середній рівень	3,58	середній рівень
4	40 - 49	ч	так	5,50	високий рівень	5,75	високий рівень	3,00	середній рівень	4,75	середній рівень
5	40 - 49	ч	так	2,75	низький рівень	3,50	середній рівень	2,75	низький рівень	3,00	середній рівень
6	40 - 49	ч	так	4,50	середній рівень	6,00	високий рівень	3,00	середній рівень	4,50	середній рівень
7	40 - 49	ж	так	2,50	низький рівень	2,75	низький рівень	2,50	низький рівень	2,58	низький рівень
8	40 - 49	ч	так	4,00	середній рівень	4,00	середній рівень	2,50	низький рівень	3,50	середній рівень
9	40 - 49	ч	так	5,50	високий рівень	6,25	високий рівень	4,50	середній рівень	5,42	високий рівень
10	30 - 39	ч	так	2,75	низький рівень	2,50	низький рівень	4,50	середній рівень	3,25	середній рівень
11	30 - 39	ж	так	5,00	середній рівень	1,00	низький рівень	4,00	середній рівень	3,33	середній рівень
12	50 +	ч	так	4,25	середній рівень	4,50	середній рівень	5,50	високий рівень	4,75	середній рівень
13	40 - 49	ж	Ні	3,50	середній рівень	4,25	середній рівень	3,25	середній рівень	3,67	середній рівень
14	30 - 39	ж	так	2,50	низький рівень	1,75	низький рівень	2,00	низький рівень	2,08	низький рівень

15	30 - 39	ч	так	3,00	середній рівень	2,25	низький рівень	3,75	середній рівень	3,00	середній рівень
16	20 - 29	ж	Ні	3,75	середній рівень	3,50	середній рівень	3,25	середній рівень	3,50	середній рівень
17	40 - 49	ч	так	3,75	середній рівень	3,25	середній рівень	2,50	низький рівень	3,17	середній рівень
18	30 - 39	ч	так	3,50	середній рівень	2,00	низький рівень	4,00	середній рівень	3,17	середній рівень
19	30 - 39	ч	так	3,50	середній рівень	3,50	середній рівень	2,75	низький рівень	3,25	середній рівень

Визначено показник сприйняття підтримки від партнера. Отримані дані свідчать, що лише незначна частина респондентів (приблизно 20 %) продемонструвала високий рівень підтримки від партнера (респонденти № 1, 4, 9). Більшість учасників мали середній рівень підтримки, а кілька респондентів (№ 5, 7, 10, 14) – низький рівень підтримки, що свідчить про відсутність стабільних партнерських відносин або про їхню низьку якість. Цей результат вказує на недостатність емоційно значущих стосунків, які могли б виконувати функцію захисного чинника під час реабілітації.

Також визначено показник сприйняття підтримки з боку сім'ї. За цим показником простежується ще більша диференціація результатів. Високий рівень підтримки зафіксовано лише у респондентів № 1, 4, 6 та 9. Більшість учасників отримали середні результати, тоді як у респондентів № 7, 10, 11, 14, 15 та 18 виявлено низький рівень підтримки з боку сім'ї. Це свідчить про серйозні порушення сімейних зв'язків, що є типовим для осіб із наркотичною залежністю і значно ускладнює процес ресоціалізації. Наявність підтримки сім'ї є критично важливим фактором успішного подолання залежності, тому низькі показники вказують на потребу у відновленні або зміцненні сімейних відносин.

Показники сприйняття підтримки з боку друзів виявилися загалом нижчими, ніж підтримка з боку партнера чи сім'ї. Лише два респонденти (№ 1 та № 12) показали високий рівень підтримки, тоді як у більшості учасників результати були середніми або низькими. У респондентів № 5, 7, 8, 14, 17 та 19 спостерігався низький рівень підтримки друзів, що може бути наслідком

втрати соціальних зв'язків через спосіб життя, пов'язаний із залежністю. Відсутність позитивного соціального оточення підвищує ризик рецидивів і знижує ефективність соціальної реабілітації. Підсумкові результати показали, що більшість респондентів перебувають на рівні середнього сприйняття підтримки, лише двоє (№ 1 та № 9) продемонстрували високий рівень підтримки, а двоє (№ 7 та № 14) – низький рівень підтримки. Це означає, що соціальні ресурси в групі є обмеженими, а соціальні зв'язки – нестабільними.

Результати опитування за методикою у розрізі рівнів сприйняття від низького до високого зображено на рисунку 2.2.4

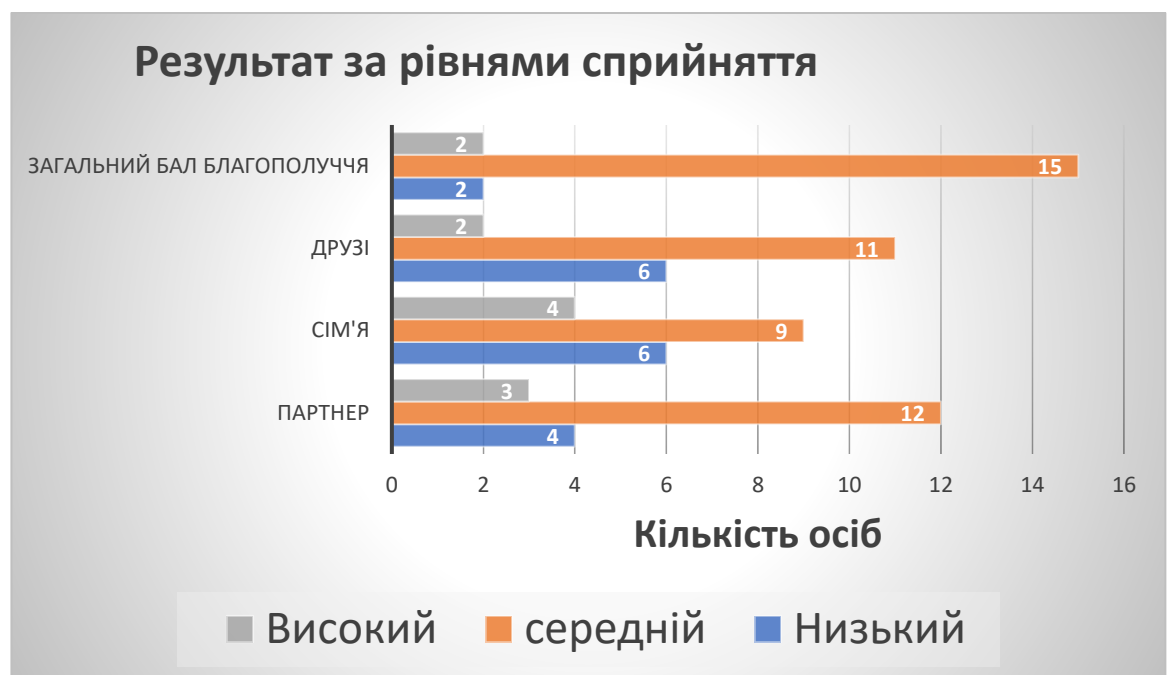


Рисунок 2.2.4 Результати за методикою опитування щодо рівня сприйняття підтримки MSPSS

Узагальнення результатів опитування здійснюється шляхом обчислення середнього балу вибору за кожним із показників, після чого отримані дані представлено у зведеній таблиці 2.2.5 для подальшого аналізу:

Таблиця 2.2.5

Середні показники MSPSS (1–7 балів)

Джерело підтримки	Мінімум	Максимум	Середнє	Інтерпретація
Партнер	2,50	6,00	3,93	помірний рівень підтримки

Сім'я	1,00	6,25	3,74	непостійна, вибіркова підтримка
Друзі	2,00	5,50	3,53	середній рівень довіри
Загальний індекс підтримки	2,08	5,50	3,73	помірна соціальна інтегрованість

Відповідно, можна сказати, що для більшості респондентів характерний середній рівень сприйняття соціальної підтримки, що вказує на наявність певних ресурсів, але водночас свідчить про їхню недостатність для ефективної ресоціалізації. У частини учасників виявлено низький рівень підтримки з боку сім'ї та друзів, що є серйозним бар'єром на шляху успішної соціальної адаптації. Високі показники спостерігаються переважно в тих респондентів, які мають сім'ю або стабільні партнерські відносини, що підтверджує важливість значущого соціального оточення для відновлення особистості. Недостатність підтримки вимагає розроблення програм, спрямованих на відновлення сімейних зв'язків, залучення близьких до процесу реабілітації та створення середовища позитивної соціальної взаємодії, наприклад, через групи взаємодопомоги та реабілітаційні спільноти. Ці результати підтверджують, що соціальна ізоляція є одним із ключових факторів, що підтримують залежність, а соціальна підтримка виступає критично важливим ресурсом для досягнення стабільної ремісії.

Кореляційний аналіз взаємозв'язку показників MMPI та MSPSS

За результатами кореляційного аналізу статистично визначено обернені зв'язки між окремими шкалами опитувальника MMPI та загальним індексом сприйняття соціальної підтримки за методикою MSPSS.

Таким чином, встановлено сильний обернений кореляційний зв'язок між шкалою F (достовірності) та загальним індексом підтримки MSPSS ($r = -0,64$; $t = -3,40$; $p < 0,05$), що відображає те, що вищі показники недостовірності відповідей асоціюються з нижчим рівнем сприйнятої соціальної підтримки.

Також виявлено помірні негативні кореляційні зв'язки між загальним індексом MSPSS та такими клінічними шкалами MMPI:

шкала 1 (іпохондрії): $p = -0,52$; $t = -2,53$; $p < 0,05$;

шкала 6 (паранойяльності): $p = -0,49$; $t = -2,31$; $p < 0,05$;

шкала 8 (шизоїдності): $p = -0,51$; $t = -2,42$; $p < 0,05$.

Отримані результати демонструють системну закономірність: підвищення рівня іпохондричних, паранояльних та шизоїдних тенденцій у досліджуваних корелює зі зниженням суб'єктивного сприйняття психологічного благополуччя і соціальних зв'язків. Такий закономірний взаємозв'язок узгоджується з теоретичними положеннями про те, що психопатологічні симптоми можуть послабити якість стосунків та відчуття підтримки з боку оточення.

Отже, результати емпіричного дослідження свідчать, що проблема наркозалежності у воєнний період набуває багатовимірного характеру, поєднуючи особистісні дезорганізації, соціальну ізоляцію та низький рівень підтримки. Це підтверджує, що ефективний супровід має бути комплексним, спрямованим як на внутрішню стабілізацію особистості, так і на відновлення її соціальних ресурсів і життєвих зв'язків.

2.3. Вдосконалення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Аналіз результатів емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей осіб із наркотичною залежністю виявив низку проблемних аспектів, що потребують системного удосконалення на рівні підходів до реабілітації, соціального супроводу та психологічної підтримки. Особливої актуальності ці питання набувають в умовах воєнного стану, коли зростає психоемоційне напруження, підвищується ризик соціальної дезадаптації, а ресурси медичної та психологічної допомоги значною мірою обмежені.

Отримані дані засвідчили, що респонденти демонструють високий рівень емоційної нестабільності, знижений самоконтроль, схильність до імпульсивних дій, підвищену тривожність та депресивні стани. За результатами методики MMPI у більшості учасників виявлено домінування

психопатичних, істеричних і параноїдальних рис, що ускладнює процес побудови конструктивних соціальних зв'язків. Особливо насторожує поєднання клінічно значущих показників одразу за кількома шкалами у частини респондентів, що свідчить про глибину особистісних дезорганізацій та високу ймовірність рецидиву.

Показники якості життя (WHOQOL-BREF) виявили загальне незадоволення фізичним, психологічним і соціальним благополуччям. Найнижчі оцінки отримано в сферах фізичного стану та соціальної підтримки. Це свідчить про значне виснаження життєвих ресурсів, знижену мотивацію до лікування та ресоціалізації, а також брак позитивних зовнішніх стимулів. Окремі респонденти демонструють вкрай низький рівень адаптації, що вказує на потребу в індивідуалізованих програмах реабілітації.

Методика MSPSS підтвердила фрагментарність та нестабільність соціального оточення. Більшість учасників мають лише середній або низький рівень підтримки з боку партнера, сім'ї або друзів. У кількох випадках зафіксовано повну відсутність ефективної соціальної підтримки, що значно знижує ймовірність успішного подолання залежності та повернення до повноцінного соціального функціонування. Високі показники за цією шкалою властиві лише тим, хто має стабільні сімейні або партнерські зв'язки, що підтверджує критичну роль міжособистісного середовища в процесі реабілітації.

З огляду на вищезазначене, доцільним є впровадження таких напрямів удосконалення соціально-психологічного супроводу:

1. Розробка індивідуалізованих програм психокорекції, що враховують результати особистісної діагностики (наприклад, тип емоційної реакції, рівень тривожності, наявність афективних або поведінкових порушень). Застосування когнітивно-поведінкової терапії, тренінгів емоційного інтелекту, методів арт-терапії та мотиваційного консультування є доцільним у цьому контексті.

2. Посилення соціальної інтеграції через розвиток спільнот взаємодопомоги, де особи із залежністю можуть отримати емоційну підтримку, позитивні соціальні зразки поведінки та відчуття приналежності. Особливу увагу слід приділити роботі з родичами та партнерами залежних осіб, залучаючи їх до програм сімейної терапії, освітніх заходів і психоедукації.

3. Покращення доступу до соціальних послуг і ресурсів, зокрема юридичного супроводу, працевлаштування, житлової підтримки та медичної допомоги. З огляду на низькі показники за сферою соціального благополуччя, вкрай важливо створювати умови для економічної стабільності респондентів, що сприятиме зменшенню деструктивної поведінки.

4. Розробка кризових інтервенцій, спрямованих на надання невідкладної психологічної допомоги в умовах підвищеного стресу, спричиненого війною. Доцільним є створення мобільних груп психологічної підтримки, що працюють у тісній взаємодії з закладами охорони здоров'я та соціального захисту.

5. Сприяння формуванню внутрішньої мотивації до змін, що можливо шляхом реалізації програм підтримки особистісного зростання, зміцнення самооцінки, розвитку навичок саморегуляції та відповідальності за власне життя. Це особливо актуально для респондентів із зовнішнім локусом контролю, схильних до позиції «жертви».

Комплексність виявлених труднощів вимагає міждисциплінарного підходу, у якому мають бути задіяні соціальні працівники, психологи, психотерапевти, медичні фахівці та представники громадських організацій. Удосконалення системи соціально-психологічного супроводу повинно базуватися на принципах гуманізму, індивідуального підходу, міжособистісної підтримки та соціального включення.

Отже, удосконалення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану є невідкладним завданням, оскільки лише системний підхід, що поєднує індивідуальну психокорекцію, соціальну

інтеграцію та підтримку сімейних зв'язків, може забезпечити стійку ремісію й реальну реінтеграцію людей із залежністю у суспільство.

Висновки до другого розділу

За результатами проведеного емпіричного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Представлено результати емпіричного дослідження соціально-психологічних особливостей осіб із наркотичною залежністю в умовах воєнного стану. Застосування комплексного діагностичного інструментарію (MMPI, WHOQOL-BREF, MSPSS) дозволило отримати всебічну характеристику респондентів за такими критеріями: особистісна структура, рівень якості життя та суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки.

2. Аналіз результатів засвідчив, що більшість осіб із наркотичною залежністю мають високий рівень особистісної дезорганізації, схильні до депресивних і тривожних станів, демонструють імпульсивність, знижений самоконтроль, агресивність і труднощі у соціальній адаптації. Якість життя респондентів є переважно низькою, особливо у сферах фізичного та психологічного благополуччя, що свідчить про хронічне психоемоційне виснаження та обмежений доступ до базових ресурсів.

3. Найбільш критичним визначено низький рівень соціальної підтримки, що підтверджує наявність соціальної ізоляції та дефіциту значущих стосунків. Цей чинник є суттєвою перешкодою для успішної ресоціалізації та стабільної ремісії. У межах дослідження було визначено потребу в удосконаленні системи соціально-психологічного супроводу, яка має ґрунтуватися на індивідуалізованому, міждисциплінарному та ресурсно-орієнтованому підході.

4. Отримані результати дозволяють зробити висновок про необхідність впровадження цілісних програм, що включають психологічну підтримку, соціальну реабілітацію, роботу з родинами, формування навичок

саморегуляції та мотивації до змін. Умови воєнного стану підсилюють складність реабілітаційного процесу, тому зусилля фахівців мають бути спрямовані не лише на стабілізацію стану осіб із залежністю, а й на їхню реінтеграцію в соціальне середовище.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує, що успішне подолання наркотичної залежності неможливе без належного рівня соціально-психологічної підтримки, заснованої на глибокому розумінні індивідуальних особливостей, соціального контексту та умов воєнного часу, які сьогодні визначають нові рамки для психологічної практики.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Розробка програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркотичною залежністю потребує чіткого розуміння специфіки їхньої адаптації у сучасних умовах. Воєнний стан істотно змінює соціальне середовище, у якому перебувають ці особи, накладаючи додаткові ризики на перебіг їхньої залежності та процес ресоціалізації. Втрата стабільності, вимушене переміщення, загроза життю, обмежений доступ до медичних і психологічних послуг зумовлюють нові виклики, що ускладнюють як індивідуальне відновлення, так і соціальну інтеграцію. У цьому контексті особливого значення набувають чинники, що визначають можливості адаптації: рівень емоційної стабільності, наявність соціальної підтримки, здатність до конструктивного подолання стресу та внутрішня мотивація до змін. Водночас результати емпіричного дослідження свідчать про високий рівень тривожності, емоційної нестабільності та фрагментарність підтримуючого середовища, що суттєво ускладнює процеси реабілітації. Далі актуально розглянути ключові особливості соціально-психологічної адаптації осіб, які мають наркотичну залежність, в умовах воєнного стану. Саме це є необхідною передумовою для побудови ефективної програми їхнього супроводу, яка враховуватиме не лише індивідуальні потреби клієнтів, а й специфіку суспільних викликів сьогодення.

Згідно з попереднім теоретичним аналізом відомо, що соціально-психологічна адаптація є невід'ємною частиною процесу лікування залежності й суттєво впливає на довготривалі результати реабілітації. Лікування від наркотичної залежності неможливе без повернення людини до повноцінного функціонування у суспільстві, де вона знову стикається з реальними труднощами та стресами. Саме цей етап стає ключовим випробуванням для

особистості, адже він передбачає не лише відмову від психоактивних речовин, але й формування нової життєвої позиції, розвиток автономності та здатності брати відповідальність за власне майбутнє [35].

Важливим завданням соціальної адаптації є формування у людини нових моделей поведінки, заснованих на позитивній мотивації, здоровому способі життя та духовно-моральних цінностях. Цей процес покликаний допомогти подолати внутрішні бар'єри, відновити втрачені соціальні навички, навчитися протистояти спокусам і стресам, які можуть призвести до рецидиву. Особливої ваги набуває підтримка найближчого оточення – рідних та друзів, а також залучення пацієнта до групових програм, що дають змогу отримати новий досвід і зміцнити впевненість у власних силах. Окреме місце у соціально-психологічній адаптації займає групова терапія та зустрічі з тими, хто вже пройшов реабілітацію. Приклад людей, які зуміли відновити своє життя після залежності, стає важливим мотивуючим фактором. Крім того, участь у батьківських групах допомагає сім'ям змінити власне ставлення до проблеми та створити сприятливу атмосферу вдома. Це, у свою чергу, знижує рівень конфліктності й підвищує ефективність реабілітаційного процесу [23].

Враховуючи зазначене, розроблена програма соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану спрямована на комплексне вирішення проблем, що виникають на етапі соціальної адаптації. Вона інтегрує психологічні, медичні та соціальні компоненти, дозволяючи не лише стабілізувати стан клієнтів, але й забезпечити поступове відновлення їхньої здатності до автономного функціонування у суспільстві. Програма базується на виявлених потребах цільової групи, враховує високий рівень стресових факторів та обмеженість ресурсів, що характерні для умов воєнного стану.

Ключовим принципом програми є індивідуалізація втручань. Для кожного учасника розробляється персональний план підтримки, що враховує його психоемоційний стан, рівень соціальної підтримки, мотивацію до змін та поточний рівень ресоціалізації. У цьому контексті програма поєднує різні

форми роботи: індивідуальні консультації, групову терапію, тренінги емоційної регуляції, психоедукаційні модулі, а також спеціалізовані методи роботи з травмою.

Соціальна складова програми передбачає активну участь родини та найближчого оточення клієнта, що сприяє формуванню сприятливого середовища для підтримки тверезості. Особлива увага приділяється групам взаємодопомоги та peer-support, які дозволяють учасникам обмінюватися досвідом і отримувати додаткову мотивацію для подолання залежності. У межах програми також передбачено кейс-менеджмент, юридичну та гуманітарну підтримку, допомогу у працевлаштуванні та освітньо-профорієнтаційні заходи, що сприяють відновленню економічної самостійності.

Важливо, що програма включає механізми моніторингу та оцінки ефективності втручань на різних етапах (3, 6, 12 місяців), що дозволяє коригувати індивідуальні плани відповідно до динаміки стану клієнта та змін зовнішніх умов. Особливу роль відіграють алгоритми дій у кризових та надзвичайних ситуаціях, які передбачають дистанційні форми роботи, мобільні бригади та резервні канали комунікації.

Враховуючи це, програма соціально-психологічного супроводу є цілісним інструментом, який забезпечує підтримку осіб із наркозалежністю на всіх рівнях адаптації в умовах воєнного стану, поєднуючи терапевтичну роботу з реабілітаційними та соціальними інтервенціями, що підвищує ефективність ресоціалізації та знижує ризик рецидиву.

Отже, соціально-психологічна адаптація осіб із наркозалежністю у воєнний період постає як складний, багаторівневий процес, що вимагає врахування не лише клінічних, а й соціальних, емоційних та морально-ціннісних чинників. Її успішність безпосередньо залежить від рівня внутрішньої мотивації, емоційної стійкості та наявності підтримуючого соціального середовища, яке стає вирішальним ресурсом відновлення особистості після пережитої залежності.

3.2. Зміст програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

За результатами проведення дослідження з метою поліпшення соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю було розроблено програму, яка базується на виявлених потребах вибірки і враховує специфіку роботи в умовах воєнного стану. Програма розрахована на комплексну роботу з індивідуальними та груповими потребами, включає медичний, психологічний та соціальний компоненти і передбачає чіткі процедури моніторингу, безпеки та міжсекторної координації.

Програма соціально-психологічного супроводу осіб із наркотичною залежністю в умовах воєнного стану має на меті створення цілісної системи підтримки, яка забезпечує як відновлення психологічного та фізичного ресурсу клієнтів, так і їх поступову ресоціалізацію. Вона орієнтована на комплексне поєднання психологічних, медичних та соціальних інтервенцій, що враховують специфіку життя у кризових умовах та обмеженість ресурсів.

Основними завданнями програми є:

- проведення всебічної діагностики психологічного стану та рівня соціальної підтримки;
- створення індивідуальних планів втручання;
- надання кризової допомоги та забезпечення безперервності лікування;
- психокорекційна та психотерапевтична робота, орієнтована на зниження тривожності, депресії та імпульсивності;
- посилення соціальної інтеграції та підтримка у вирішенні побутових і правових проблем.

Цільову групу складають особи із залежністю, які перебувають на замісній підтримувальній терапії або проходять етапи реабілітації. Програма ґрунтується на принципах індивідуалізації, травмо-інформованого підходу, мультидисциплінарності та конфіденційності. Особливий акцент робиться на

безпеці учасників, адже в умовах воєнного стану фактор ризику має визначальне значення. Наведемо детальний опис наведених принципів:

- Індивідуалізація – кожен клієнт отримує персоналізований план втручань на основі первинної діагностики та соціального анамнезу.
- Травмо-інформованість – всі методи враховують можливі травматичні переживання та ризики вторинної травматизації.
- Мультидисциплінарність – поєднання роботи психолога, нарколога, соціального працівника, психіатра та волонтерів peer-support.
- Конфіденційність і безпека – особлива увага приділяється захисту персональних даних та забезпеченню безпечного середовища для роботи.
- Гнучкість та адаптивність – програма передбачає зміну формату на дистанційний у разі загострення воєнної ситуації.

Структурно програма охоплює кілька ключових компонентів. Першим є первинна діагностика, яка передбачає застосування стандартизованих методик, інтерв'ю та збір соціального анамнезу. Це дозволяє скласти індивідуальний план допомоги та визначити пріоритетні напрями втручань.

Первинна діагностика передбачає застосування наступних психодіагностичних тестів:

- MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – оцінка особистісних рис та психологічних ризиків.
- WHOQOL-BREF – визначення якості життя за фізичною, психологічною та соціальною сферами.
- MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) – рівень сприйнятої соціальної підтримки.

Окрім цього, це наступні методи діагностики:

- Структуроване інтерв'ю та збір соціального анамнезу.
- Оцінка ризиків рецидиву та небезпечної поведінки.

Очікувані результати цього етапу: складання індивідуального профілю клієнта, визначення пріоритетів медичного, психологічного та соціального супроводу. Передбачається 1-2 сеанси, їх тривалість – 60-90 хвилин, у

індивідуальному форматі. На їх основі буде підготовлено звіт з індивідуальними рекомендаціями для мультидисциплінарної команди.

Другим компонентом виступає медичний супровід, що реалізується у співпраці з наркологами та психіатрами, забезпечуючи безперервність замісної терапії навіть у випадках евакуації чи переміщення. Мета цього етапу: забезпечення безперервності замісної терапії, стабілізація фізичного стану та запобігання медичним ускладненням. Діяльність на цьому етапі буде наступною:

- Співпраця з наркологами та психіатрами.
- Моніторинг прийому замісних препаратів та контроль дотримання терапевтичного режиму.
- Забезпечення мобільного або дистанційного медичного нагляду у разі евакуації чи обмеженого доступу до стаціонару.

Очікувані результати передбачають зменшення ризику переривання лікування, підтримку фізичного здоров'я, стабілізацію соматичних симптомів. Основні методи: індивідуальні консультації, медичний моніторинг, дистанційне спостереження через телемедицину.

Важливим напрямом є психологічна корекція. Мета: зниження тривожності, депресивних проявів та імпульсивності; формування навичок самоконтролю та адаптації до стресових умов. Психологічна корекція включає індивідуальні сеанси когнітивно-поведінкової терапії, групові заняття з профілактики рецидивів, тренінги емоційної регуляції та психоедукаційні модулі. За потреби застосовуються спеціалізовані підходи до роботи з травмою. Участь у групових формах роботи сприяє формуванню позитивних соціальних навичок і зниженню рівня ізоляції. Наведемо детальний опис основних компонентів цього напрямку:

- Індивідуальна КПТ:
 - Опрацювання когнітивних викривлень, стратегій подолання стресу.
 - Тривалість: 45-60 хв., 1-2 рази на тиждень.

- Групові заняття з профілактики рецидивів:
 - Обговорення тригерів і практичні вправи на самоконтроль.
 - Розмір групи: 5-8 осіб; 90 хв., 1 раз на тиждень.
- Тренінги емоційної регуляції:
 - Дихальні техніки, майндфулнес, техніки «заземлення».
 - 60 хв., 1-2 рази на тиждень.
- Психоедукаційні модулі:
 - Інформація про природу залежності, кризові стани, стратегії безпеки.
 - Розробка матеріалів для самостійного опрацювання.

Очікуваними результатами цього компоненту є: підвищення психологічної стійкості, зменшення частоти кризових станів та імпульсивних дій, формування навичок конструктивного вирішення проблем.

Розглянемо детальніше кожний з компонентів цієї частини програми:

1. Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Основна мета – виявлення та корекція деструктивних переконань і поведінкових шаблонів, що провокують залежність і ускладнюють процес ресоціалізації.

До прикладів вправ можна віднести:

- Техніка «Сократівський діалог» – пацієнт під керівництвом психолога аналізує свої автоматичні думки («Я не здатний контролювати себе», «У цій ситуації рецидив неминучий») і знаходить більш реалістичні альтернативи.
- Щоденник думок та емоцій – клієнт фіксує ситуації, що викликають стрес чи бажання вживати, із зазначенням емоцій, інтенсивності та подальшого аналізу.
- Картування тригерів – складання індивідуальної карти факторів ризику та розробка стратегій уникнення чи подолання.

2. Групові заняття з профілактики рецидивів. Їх завдання – створити безпечний простір для аналізу ризикованих ситуацій і тренування навичок відмови від вживання.

Приклади вправ:

- Рольові ігри («Ситуація на вечірці», «Зустріч зі старими знайомими») – учасники відпрацьовують варіанти поведінки у провокативних обставинах.
- Метод «ланцюг рецидиву» – група аналізує конкретний випадок зриву (реального або змодельованого), від простого тригера до кінцевої дії, і шукає способи перервати цей ланцюг.
- Групова підтримка – обговорення успішних стратегій уникнення спокус, взаємна мотивація та підкріплення.

3. Тренінги емоційної регуляції. В умовах воєнного стану клієнти часто стикаються з високим рівнем тривожності, панічними реакціями та неконтрольованим гнівом.

Тренінги містять:

- Дихальні техніки (метод 4-7-8, діафрагмальне дихання) для швидкого зниження напруги.
- Майндфулнес-практики – вправи на зосередження уваги («сканування тіла», «звуки навколо мене»), що допомагають повернути контроль над емоційним станом.
- Техніка «заземлення» (5-4-3-2-1: назви 5 предметів, які бачиш; 4 – які відчуваєш дотиком; 3 – які чуєш; 2 – які відчуваєш запахом; 1 – який смак відчуваєш) – дозволяє швидко вийти зі стану гострої тривоги.
- Вправи на контроль гніву – «стоп-сигнал» (зупинка перед дією, пауза і свідомий вибір реакції).

4. Психоедукаційні модулі. Вони мають інформаційно-навчальний характер і спрямовані на підвищення рівня усвідомленості щодо природи залежності та можливостей її подолання.

Основні теми включають:

- «Природа залежності» – як формується хімічна та психологічна залежність, механізми впливу на мозок.
- «Кризові стани та методи подолання» – як розпізнати наближення кризи, які стратегії можуть допомогти.
- «Стратегії безпеки» – правила поведінки під час воєнних загострень, алгоритми евакуації, контакти кризових служб.
- «Здоровий спосіб життя після залежності» – сон, харчування, фізична активність як ресурс для відновлення.

Окрему роль у програмі відіграє соціальна робота і кейс-менеджмент. Мета: відновлення соціальної інтеграції та підтримка у вирішенні побутових, правових та економічних проблем. Соціальні працівники координують доступ до житлової, юридичної та гуманітарної допомоги, а також надають підтримку у працевлаштуванні. Паралельно реалізуються сімейні та партнерські інтервенції: психоедукаційні заняття для родичів, сімейна терапія, відновлення довіри та підтримки з боку найближчого оточення.

Відповідно, передбачені наступні види діяльності:

- Кейс-менеджмент: оцінка потреб, складання плану доступу до ресурсів.
- Юридичні консультації: допомога у відновленні документів, правовий супровід.
- Підтримка у працевлаштуванні: тренінги з підготовки резюме, співбесід, фінансової грамотності.
- Сімейна терапія та психоедукація для родичів: зміцнення сімейних зв'язків, підвищення рівня підтримки.

Очікуваними результатами цього компоненту є: підвищення рівня соціальної інтеграції, відновлення підтримки з боку родини та оточення, підвищення економічної самостійності учасників.

У межах програми створюються спільноти взаємодопомоги та розвивається peer-support, що дозволяє залучати людей з досвідом подолання залежності до підтримки інших учасників. Мета: створення середовища

підтримки та обміну досвідом серед осіб, які мають схожий досвід подолання залежності. Методи, які будуть використані:

- Регулярні зустрічі груп підтримки (онлайн або офлайн).
- Модерація досвідченими учасниками (peer-mentor).
- Обговорення стратегій подолання рецидивів, позитивних практик саморегуляції.

Очікуваними результатами є: формування соціальної мережі підтримки, зниження відчуття ізоляції та соціальної тривоги.

Також передбачено діяльність мобільних бригад і кризових служб, які надають допомогу у випадках загострень чи перебування в зоні підвищеного ризику. Додатково функціонують дистанційні послуги – телепсихологія, онлайн-консультації, електронні матеріали для самостійної роботи. Мета: забезпечення швидкого реагування у випадках загострення залежності або воєнних надзвичайних ситуацій.

Програма включає і освітньо-профорієнтаційний блок, що сприяє відновленню економічної самостійності учасників. Передбачено короткотермінові курси, підготовку до працевлаштування, тренінги з фінансової грамотності. Це підсилюється програмами мотивації та розвитку життєвих навичок, які спрямовані на формування нових ціннісних орієнтирів, підвищення самооцінки та відповідальності за власне життя.

Ефективність програми забезпечується завдяки системі моніторингу та оцінки. Передбачено регулярне вимірювання показників якості життя, рівня соціальної підтримки, психологічних характеристик, а також відстеження кількості рецидивів, випадків кризових втручань та динаміки працевлаштування. Моніторинг здійснюється на етапах 3, 6, 12 місяців із подальшим коригуванням інтервенцій.

Очікувані результати:

- Об'єктивна оцінка ефективності програми.
- Можливість коригування методів і посилення слабких компонентів.

З огляду на воєнний контекст, програма доповнюється алгоритмами дій у надзвичайних ситуаціях: евакуація, резервні канали зв'язку, перенесення послуг у дистанційний формат. Особливу увагу приділено супервізії та навчанню персоналу, що дозволяє підтримувати професійний рівень фахівців і запобігати їхньому професійному вигоранню.

Крім того, у Таблиці 3.2.1 важливо представити структуру розробленої програми.

Таблиця 3.2.1

Структура програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Компонент програми	Зміст діяльності	Очікувані результати
Первинна діагностика	Психодіагностика (MMPI, WHOQOL-BREF, MSPSS), інтерв'ю, збір соціального анамнезу	Визначення психоемоційного стану, рівня підтримки, формування індивідуального плану
Медичний супровід	Співпраця з наркологами та психіатрами, забезпечення безперервності замісної терапії	Стабілізація фізичного стану, зниження ризику переривання лікування
Психологічна корекція	КПТ, групові заняття з профілактики рецидивів, тренінги емоційної регуляції, психоедукація	Зменшення тривожності, депресивності, імпульсивності, розвиток навичок самоконтролю
Соціальна підтримка	Кейс-менеджмент, допомога у працевлаштуванні, юридична та гуманітарна підтримка, сімейна терапія	Зміцнення соціальних зв'язків, відновлення підтримки з боку родини та оточення
Спільноти взаємодопомоги	Peer-support, групи взаємної підтримки	Формування позитивного соціального середовища, зниження ізоляції
Кризові інтервенції	Робота мобільних бригад, дистанційні консультації, екстрена допомога у кризових ситуаціях	Запобігання загостренням, підвищення відчуття безпеки
Освітньо-профорієнтаційний	Курси, тренінги з фінансової грамотності, підготовка до працевлаштування	Відновлення економічної самостійності, підвищення самооцінки
Моніторинг та оцінка	Перевірка динаміки (3, 6, 12 місяців), коригування втручань	Контроль ефективності, адаптація програми до потреб клієнтів

Окрім цього, у Таблиці 3.2.2 представимо план проведення занять для психологічного блоку (орієнтовно на 12 тижнів).

Таблиця 3.2.2

План проведення занять

Тиждень	Форма роботи	Тема/зміст	Метод/техніка	Тривалість
1	Індивідуальна консультація	Вступ, діагностика, постановка цілей	КПТ, інтерв'ю	60 хв
2	Групове заняття	Ознайомлення з групою, правила підтримки	Групова дискусія, вправи на самоспостереження	90 хв
3	Тренінг	Емоційна регуляція	Дихальні практики, майндфулнес	60 хв
4	Індивідуальна консультація	Опрацювання когнітивних викривлень	КПТ	60 хв
5	Групове заняття	Профілактика рецидивів	Рольові ігри, кейси	90 хв
6	Тренінг	Навички соціальної взаємодії	Соціальні вправи, обговорення	60 хв
7	Індивідуальна консультація	Робота з травмою	Травмо-фокусовані методики	60 хв
8	Групове заняття	Психоедукація	Лекція та обговорення, матеріали для самостійної роботи	90 хв
9	Тренінг	Мотиваційна робота	Техніки постановки цілей, SWOT-аналіз	60 хв
10	Індивідуальна консультація	Контроль прогресу, корекція плану	КПТ, супервізія	60 хв
11	Групове заняття	Peer-support	Обмін досвідом, модерація учасників	90 хв
12	Тренінг	Закріплення навичок, планування майбутнього	Практичні вправи, домашні завдання	60 хв

Узагальнюючи, програма поєднує психологічні, медичні та соціальні інтервенції з урахуванням воєнних реалій. Її сильними сторонами є комплексність, міжсекторна координація та орієнтація на індивідуальні потреби клієнтів. Вона здатна стати дієвим інструментом зниження ризику рецидиву, відновлення соціального функціонування та підтримки особистісного зростання осіб із наркотичною залежністю (Додаток Г).

Отже, запропонована програма соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану є практичним прикладом інтегрованого підходу, що поєднує психотерапевтичну, соціальну та медичну складові. Її актуальність зумовлена потребою створення системної підтримки, здатної забезпечити не лише лікування залежності, а й цілісний розвиток людини, відновлення її життєвих смислів, соціальних зв'язків та особистісної відповідальності.

3.3. Апробація стратегій соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану

Розроблена програма соціально-психологічного супроводу була апробована на початкових етапах у групі респондентів, які взяли участь в емпіричному дослідженні. Основна увага приділялася тим напрямам, які були визначені найбільш проблемними: зниження рівня тривожності та депресії, посилення соціальної підтримки, формування навичок емоційної регуляції, а також підвищення мотивації до лікування та ресоціалізації.

Учасникам пропонувались індивідуальні консультації з елементами когнітивно-поведінкової терапії, групові заняття із профілактики рецидивів, а також тренінги емоційної саморегуляції та психоедукаційні модулі. Додатково була організована робота з членами сімей, що дозволило зміцнити підтримку з боку найближчого оточення. В умовах воєнного стану особливого значення набули кризові інтервенції та мобільний формат допомоги, які давали змогу оперативно реагувати на ускладнення у психологічному стані клієнтів.

Деталізований план впровадження психологічного блоку програми соціально-психологічного супроводу особи із наркозалежністю в контексті воєнного стану представлено в Таблиці 3.3.1, де кожен етап розкрито у розрізі 12 тижнів із змістом змісту, методичного наповнення, тривалості виконання та очікуваних результатів. Повний опис програми, що включає специфікацію вправ, алгоритм проведення та супровідні матеріали, наведено в Додатку Г.

Таблиця 3.3.1

Деталізований план психологічного блоку (12-тижневий цикл)

Тиждень	Форма роботи	Тема/зміст	Метод/техніка	Вправи/завдання	Тривалість	Очікувані результати
1	Індивідуальна	Вступ, діагностика, установка цілей	КПТ, структуроване інтерв'ю	Знайомство, збір анамнезу, психодіагностика, формулювання цілей	60 хв	Довіра, індивідуальний профіль, попередній план
2	Групова	Ознайомлення з групою, правила підтримки	Групова дискусія, вправи на самоспостереження	Коло знайомства, прийом правил, «Мої очікування», щоденник емоцій	90 хв	Групова згуртованість, безпека, навички самоспостереження
3	Тренінг	Емоційна регуляція	Дихальні практики, майндфулнес	«Дихання 4-7-8», діафрагмальне дихання, сканування тіла, «заземлення 5-4-3-2-1»	60 хв	Освоєння технік саморегуляції, зниження тривоги
4	Індивідуальна	Опрацювання когнітивних викривлень	КПТ	аналіз щоденника думок, автоматичних думок, «Сократівський діалог», таблиця викривлень.	60 хв	Виявлення і корекція деструктивних думок
5	Групова	Профілактика рецидивів	Рольові ігри, аналіз ключів	«Картування тригерів», аналіз «ланцюга рецидиву», рольова гра «Ситуація на вечірці»,	90 хв	Усвідомлення тригерів, навички запобігання рецидиву

				практика відмов		
6	Тренінг	Навички соціальної взаємодії	Соціальні вправи, обговорення	Види комунікації, «Активне слухання», «Я-висловлювання», рольова гра «Конфлікт», рефлексія.	60 хв	Підвищення комунікативних навичок, розвиток асертивності
7	Індивідуальна	Робота з травмою	Травмо-фокусовані методики	Оцінка травматичного досвіду, «Безпечне місце», дозована експозиція, заземлення	60 хв	Зниження травматичних симптомів, відчуття безпеки
8	Групова	Психоосвіта	Лекція, обговорення, матеріали для самостійної роботи	Лекції («Природа залежності», «Кризові стани»), стратегії безпеки, здоровий спосіб життя, роздаткові матеріали.	90 хв	Підвищення усвідомленості, інформованості стану та стратегії
9	Тренінг	Мотиваційна робота	SMART-цілі, SWOT-аналіз, вправа «Колесо життя»	Визначення цілей, аналіз ресурсів, SWOT, план дій	60 хв	Формування мотивації до змін, самопізнання, постановка реальних цілей
10	Індивідуальна	Контроль прогресу, корекція плану	КПТ, супервізія	Оцінка динаміки, аналіз труднощів/успіхів, коригування	60 хв	Оцінка прогресу, адаптація вручань

				плану, нові акценти		
11	Групова	Підтримка колеґ (Peer-support)	Обмін досвідом, модерація учасників	Виступи наставників, круг «Що мені співдружність», лист підтримки себе, формування мережі	90 хв	Відчуття спільності, підтримка, обмін позитивними практиками
12	Тренінг	Закріплення навичок, планування майбутнього	Практичні вправи, домашні завдання	Огляд пройдених технік, «Скринька інструментів», планування, моделювання складних ситуацій	60 хв	Закріплення навичок, підготовка до самостійного функціонування

Отримані результати засвідчили позитивну динаміку за низкою показників. Зокрема, за шкалами MMPI у частини респондентів спостерігалось зниження рівня тривожності та депресивності, зменшення вираженості істеричних і параноїдальних тенденцій. Показники якості життя (WHOQOL-BREF) продемонстрували помітне покращення в сферах фізичного благополуччя та психологічного стану. Також підвищився рівень соціальної підтримки за результатами MSPSS: учасники відзначали більше відчуття залученості та отримання допомоги з боку партнерів, друзів чи членів родини.

Важливо, що апробація довела ефективність саме комплексного підходу. Ті респонденти, які брали участь у всіх запропонованих формах роботи (індивідуальні, групові, сімейні інтервенції), продемонстрували більш виражене покращення емоційного стану, підвищення адаптивності та

мотивації. Навпаки, учасники з низькою відвідуваністю або обмеженою залученістю показали скромніші результати.

У Таблиці 3.3.2 представимо динаміку показників учасників до та після апробації програми соціально-психологічного супроводу.

Таблиця 3.3.2

**Динаміка показників учасників до та після апробації програми
соціально-психологічного супроводу**

Показники (методики)	До апробації (середнє значення)	Після апробації (середнє значення)	Динаміка
Шкала 2 (Депресія, MMPI)	67 Т-балів	59 Т-балів	Зменшення
Шкала 3 (Істерія, MMPI)	60 Т-балів	57 Т-балів	Зменшення
Шкала 6 (Паранойальність, MMPI)	68 Т-балів	63 Т-балів	Зменшення
Шкала 9 (Гіпоманія, MMPI)	80 Т-балів	66 Т-балів	Зменшення
Якість життя (WHOQOL-BREF, фіз і псих. сфера)	11,32 бали	14 балів	Зростання
Якість життя (WHOQOL-BREF, соціальна підтримка)	8 балів	10 балів	Зростання
Соціальна підтримка (MSPSS)	3,73 бала	4,5 бала	Зростання

Враховуючи зазначене, апробація програми підтвердила її доцільність та практичну ефективність. Реалізовані заходи сприяли зменшенню вираженості дезадаптивних проявів, покращенню якості життя та підсиленню соціальної інтеграції осіб із наркотичною залежністю. В умовах воєнного стану така програма може виступати дієвим інструментом стабілізації психологічного стану, підтримки у кризових ситуаціях та формування основ для подальшої реабілітації.

Отже, результати апробації переконливо доводять, що комплексний підхід, який об'єднує психологічну допомогу, соціальну інтеграцію та участь родинного й професійного оточення, має реальний потенціал у підвищенні якості життя і стабільності ремісії наркозалежних осіб. Це підтверджує необхідність подальшого впровадження подібних програм у систему надання психологічної допомоги під час воєнних криз.

Висновки до третього розділу

У процесі розробки програми дійшли до наступних висновків:

1. Визначено особливості соціально-психологічної адаптації наркозалежних осіб у складних умовах воєнного стану. З'ясовано, що ключовими труднощами є підвищений рівень тривожності, дезадаптивні поведінкові прояви, зниження соціальної підтримки та ризик ізоляції.

2. Розроблена програма інтегрує психологічні, соціальні та медичні компоненти. Вона включає індивідуальне та групове консультування, психоедукаційні модулі, тренінги з емоційної регуляції, методи роботи з травмою, а також заходи соціальної адаптації та ресоціалізації.

3. Апробація програми підтвердила її практичну ефективність: учасники продемонстрували зниження вираженості дезадаптивних рис, покращення якості життя, підвищення рівня соціальної підтримки та мотивації до змін.

4. Запропонований підхід може бути використаний як дієвий інструмент стабілізації психологічного стану наркозалежних осіб під час війни, сприяючи їх подальшій реабілітації та соціальній інтеграції.

Таким чином, розробка та апробація програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану засвідчила, що мультидисциплінарний підхід, орієнтований на поєднання психокорекційних, реабілітаційних і соціальних інтервенцій, є оптимальним для досягнення стабілізації психологічного стану та процесу ресоціалізації цієї категорії клієнтів. Представлені результати доводять, що акцент на індивідуалізації втручань і розвиток соціальної підтримки не лише зменшує рівень дезадаптації, а й відкриває можливості для посттравматичного зростання, підвищення життєвої компетентності та формування нових ціннісних орієнтацій. Зазначений підхід може служити ефективною моделлю для подальших наукових досліджень і впровадження комплексних програм підтримки осіб із наркозалежністю у кризових соціальних умовах.

ВИСНОВКИ

Отже, у магістерській роботі розглянуто проблему соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю в умовах воєнного стану. Виконання поставлених завдань дозволило отримати такі результати та зробити відповідні висновки:

1. Проведений теоретичний аналіз довів, що наркозалежність є комплексним явищем, яке поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти. У сучасних дослідженнях визначено широкий спектр проблем, з якими стикаються залежні особи: психоемоційна нестабільність, конфлікти в сім'ї та соціумі, стигматизація, соціальна ізоляція. В умовах воєнного стану ці проблеми посилюються через втрату житла, вимушене переселення, обмежений доступ до медичної допомоги та високий рівень стресу. Узагальнення наукових підходів показало, що соціально-психологічна підтримка має бути комплексною та інтегрувати соціальну, психологічну й правозахисну допомогу. Це створює теоретичне підґрунтя для подальшої розробки ефективних програм супроводу.

2. Проведене дослідження дало змогу виявити особливості соціально-психологічного стану осіб із наркозалежністю, які перебувають на замісній терапії. З'ясовано, що значна частина респондентів має високий рівень тривожності, емоційної нестабільності, схильність до депресивних проявів та соціальної ізоляції. При цьому якість життя таких осіб оцінюється ними як низька, особливо в доменах «психологічне благополуччя» та «соціальні відносини». Водночас виявлено недостатній рівень соціальної підтримки з боку сім'ї та друзів, що ускладнює процес адаптації та ресоціалізації. Ці результати свідчать про потребу у розширенні психологічних і соціальних інтервенцій та підтверджують актуальність вдосконалення існуючих форм супроводу.

3. У роботі запропоновано програму соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю, що враховує специфіку воєнного стану. Програма побудована на інтеграції індивідуального та групового консультування, використанні методів когнітивно-поведінкової терапії, психоедукаційних занять, тренінгів емоційної регуляції, а також заходів соціальної адаптації. Її апробація засвідчила позитивні зміни: учасники продемонстрували зниження рівня тривожності, покращення міжособистісних стосунків, підвищення відчуття соціальної підтримки та мотивації до змін. Це підтверджує ефективність комплексного підходу до супроводу осіб із наркотичною залежністю.

4. Загалом результати дослідження засвідчили, що соціально-психологічний супровід осіб із наркозалежністю у воєнний час має ґрунтуватися на: поєднанні медичної, психологічної та соціальної допомоги; індивідуалізації програм підтримки з урахуванням психоемоційного стану та життєвих обставин; залученні сімейної та групової підтримки; використанні доказових психотерапевтичних підходів; створенні умов для ресоціалізації та інтеграції у суспільство.

Таким чином, мета роботи досягнута, усі завдання виконані. Теоретичні та практичні результати дослідження підтверджують, що розроблена програма може бути застосована у практиці психологів, соціальних працівників та реабілітаційних центрів. Вона сприяє збереженню психічного здоров'я, покращенню якості життя та формуванню у наркозалежних осіб ресурсів для подолання негативних наслідків війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гетьман Л., Гриценко Т., Іванчук І., Коломієць В., Скринник-Надута К., Філіппович С., Шост А. Інтегрована допомога особам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів – безпека замісної підтримувальної терапії. Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство «Україна», 2017. 128 с.
2. Макаренко А. О., Калайтан Н. Л., Старовойт Т. П. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2020. 127 с.
3. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки : метод. посіб. (укр. версія). Харків : ХОГОКЗ, 2023. 12 с.
4. Основні напрями та проблеми протидії наркоманії : матеріали круглого столу, Київ, 6 лют. 2017 р. / редкол.: В. М. Вовк, А. П. Калініченко, А. В. Ляшук та ін. Івано-Франківськ : Нац. акад. внутр. справ, 2017. 122 с.
5. Сайко Н. О. Соціальна реабілітація молодших підлітків у роботі соціального педагога загальноосвітніх навчальних закладів : монографія / Н. О. Сайко ; ПНПУ імені В. Г. Короленка ; за заг. ред. М. В. Гриньової. Полтава : Астроя, 2017. 336 с.
6. Бергова Н. В., Колба В. М. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. Психологічні перспективи. 2020. № 36 (1). С. 17–25.
7. Діхтяренко С. В., Сошнікова М. В. Дослідження механізмів психологічного захисту особи, залежних від алкоголю та наркотиків. Науковий вісник Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. 2021. Вип. 4. С. 34–45.
8. Козира П. В. Роль психолога в житті людини, яка бореться з алкогольною та/або наркотичною залежністю. Габітус. 2023. № 46. С. 161–165.

9. Крайніков Е. О., Прокопович Є. О., Баланюк А. М. Особливості адиктивної особистості. Проблеми сучасної психології. 2021. № 1 (19).
10. Левченко Н. І., Коляда Н. В., Кравченко О. С. Аддиктивна поведінка: теоретичний аспект. Humanitas. 2020. № 1 (47).
11. Литвинчук Л. М. Психологічні особливості реабілітації осіб, залежних від опіоїдів. Вісник Національного університету оборони України. 2019. № 5.
12. Литвинчук Л. М. Сучасні погляди на проблему психологічної взаємодії наркоманів. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2017. Т. VII. Екологічна психологія. № 43. С. 84–94.
13. Михайлишин У. Б. Теоретико-методологічне дослідження детермінант виникнення адиктивної поведінки у студентів. Проблеми сучасної психології. 2022. № 3.
14. Мороз В. В. Аналіз поглядів на проблему ургентної адикції та адиктивної поведінки в сучасній психології. Вісник Національного університету «Одеська юридична академія». 2023.
15. Оніпченко О. І. Підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до роботи з наркозалежними в реабілітаційних центрах. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2023. № 13 (31). С. 263–276.
16. Свідовська В. А. Провідні моделі реабілітації наркозалежних осіб: зарубіжний досвід. Габітус. 2020. № 20. С. 155–160.
17. Смокова Л., Жилін М., Мендело В., Кирилишина М. Соціально-психологічні фактори розвитку емоційного інтелекту наркозалежних. Міжнародний журнал статистики в медичних дослідженнях. 2023. № 12. С. 33–42.
18. Титаренко Т. Соціально-психологічний супровід посттравматичних особистісних трансформацій. Наукові студії соціальної та політичної психології. 2020. № 45 (48). С. 59–68.

19. Титаренко Т. М. Способи організації соціально-психологічного супроводу особистості, що постраждала від воєнної агресії. Психологія і суспільство. 2023. № 44. С. 208–218.

20. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Л. М. Литвинчук ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. 414 с.

21. Чернецька Ю. І. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Старобільськ, 2016. 495 с.

22. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб : автореф. дис. ... д-ра психол. наук.

23. Адаптація до соціального життя після реабілітації.
URL: <https://www.centr-status.com.ua/novini-czentru/adaptaciya-do-zhittya/>

24. Допомога під час війни жінкам, які живуть із наркозалежністю (ЖЖН). URL: <https://www.unwud.org/novosti/dopomoha-pid-chas-vijny-zhinkam-iaki-zhyvut-iz-narkozalezhnistiu-zhzhn/>

25. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ).
URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt>

26. Консультування з питань наркозалежності.
URL: <https://www.psychologicalhealthcare.com.au/services/addiction-counselling/drug-addiction-counselling/>

27. Короткий дослідник ВОЗ-26 для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF). URL: <http://testik.com.ua/korotkyj-opytuvalnyk-voz-26-dlya-otsinky-yakosti-zhyttya-whoqol-bref/>

28. Ломакін Г. Система соціально-психологічного супроводу людей, що зазнали наслідків травм війни. Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. URL: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/508>

29. Методи лікування та практики, що базуються на доказах.
URL: <https://www.naatp.org/addiction-treatment-resources/treatment-methods>
30. Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.
URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UKR_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_unoff_2020.pdf
31. Мушкевич М. І. Поняття супроводу в сучасній психологічній науці.
URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1338/3/pon_suprov.pdf
32. Наслідки наркоманії: фізичні, психічні та соціальні наслідки / Бен Фішер. Відновлювальний центр Valley Spring, 2025.
URL: <https://valleyspringrecovery.com/addiction/drug/effects/>
33. Національна установа з лікування опіоїдної залежності замісною підтримувальною терапією. Київ, 2018. URL: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/11/Nastanova_fin.pdf
34. Роль психолога в лікуванні наркоманії.
URL: <https://psychology.net.in/role-of-psychologist-in-the-treatment-of-drug-addiction/>
35. Соціальна адаптація — напрацювання психологів.
URL: <https://recovery.hospital/uk/likuvannya-alkogolizmu/soczialna-adaptacziya.html>
36. Факторні теорії особистості.
URL: <https://studfile.net/preview/5111044/page:34/>
37. Як війна вплинула на наркозалежних: ситуація в Україні та на Сумщині. URL: <https://trybuna.sumy.ua/stories/yak-vijna-vplynula-na-narkozaleznyh-sytuatsiya-v-ukrayini-ta-na-sumshhyni/>

38. Алсубайє С. Психосоціальні аспекти життя клієнтів, які вживають психоактивні речовини та перебувають на етапі реабілітації: оглядовий огляд. Health Psychol Res. 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9907330/>
39. Біртель М. Д., Вуд Л., Кемпа Н. Дж. Стигма та соціальна підтримка у випадках зловживання психоактивними речовинами: наслідки для психічного здоров'я та благополуччя. Psychiatry Research. 2017. № 252. С. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
40. Дейлі Д. Сімейні та соціальні аспекти розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та їх лікування. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4158844/>
41. Зімет Г. Д., Далем Н. В., Зімет С. Г., Фарлі Г. К. Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки. Журнал оцінки особистості. 1988. Т. 52, № 1. С. 30–41.
42. Мейєт С., Фаррелл М., Феррі М., Амато Л., Даволі М. Психосоціальне лікування зловживання опіатами та залежності від них. Cochrane Database Syst Rev. 2005. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15744796/>
43. Психосоціальні проблеми серед осіб із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, у центрах реабілітації наркозалежних, Непал. BMC Psychiatry. 2017. URL: <https://www.springermedizin.de/psychosocial-problems-among-individuals-with-substance-use-disor/10585004>
44. Шахтабді С., Джалалі Ам, Джалалі Р., Голамї А. Психологічні, соціальні та мотиваційні фактори у осіб, які вживають наркотики. Лікування, профілактика та політика зловживання психоактивними речовинами. 2020. № 15.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості - СБОО)

№	Бланк ММРІ	Так	Ні
1	У Вас хороший апетит?		
2	Вранці Ви насправді відчуваєте, що виспалися і відпочили.		
3	У Вашому повсякденному житті багато цікавого.		
4	Ви працюєте з великими навантаженнями.		
5	Іноді вам дають на думку такі думки, про які краще не розповідати.		
6	У Вас рідко буває закріп.		
7	Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.		
8	Іноді у Вас бувають приступи невгамовного сміху або плачу.		
9	Іноді вас турбують нудота і позиви до блювоти.		
10	У Вас таке відчуття, що Вас ніхто не розуміє.		
11	Іноді вам хочеться вилятися.		
12	Щотижня Вам сняться кошмари.		
13	Вам важче зосередитися, ніж залежно інших людей.		
14	З Вами трапилися(або трапляються) дивні речі.		
15	Ви досягли більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.		

- 16 В дитинстві Ви в один час здійснювали крадіжки.
- 17 Були періоди по кілька днів, тижнів або місяців, коли Ви нічим не могли зайнятися, бо важко було змусити себе включитися на роботу.
- 18 У Вас переривчастий і неспокійний сон.
- 19 Коли Ви серед людей, Вам чутно дивні речі.
- 20 Більшість знайомих Вам людей не вважають Вас неприємною людиною.
- 21 Вам часто доводилося підкорятися комусь, хто знав менше за Вас.
- 22 Більшість людей задоволені життям більше, ніж Ви.
- 23 Дуже багато хто збільшує своє нещастя, щоб досягти співчуття і допомоги.
- 24 Іноді Ви сердитеся.
- 25 Вам однозначно не вистачає впевненості у собі.
- 26 У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось неправильне або погане.
- 27 Ви більш чутливі, ніж більшість людей.
- 28 Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
- 29 Деякі так люблять командувати, що Вам хочеться робити все наперекір, хоча Ви знаєте, що вони праві.
- 30 Ви вважаєте, що проти Вас що що задумують.
- 31 Більшість людей здатні досягти вигоди не зовсім чесним шляхом.

32	Вас часто турбує шлунок.
33	Часто Ви не можете зрозуміти, чому напередодні були в поганому настрої і роздратовані.
34	Іноді ваші думки текли так швидко, що ви не встигали їх висловити.
35	Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36	Іноді Ви впевнені у власній марності.
37	За останні роки Ваше самопочуття було в основному хорошим.
38	У Вас були періоди, коли Ви щось зробили, а потім не могли зрозуміти, що саме.
39	Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40	Ви ніколи не почувалися краще, ніж зараз.
41	Вам байдуже, що про Вас думають інші.
42	З пам'яттю у Вас все гаразд.
43	Вам важко підтримати розмову з людиною, з якою Ви щойно познайомилися.
44	Більшість часу Ви відчуваєте загальну слабкість.
45	У Вас рідко болить голова.
46	Іноді вам було важко зберегти рівновагу під час ходьби.
47	Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48	Є люди, які намагаються вкрати Ваші ідеї і думки.

- 49 Ви вважаєте, що зробили вчинки, які не
можна пробачити.
- 50 Ви вважаєте, що занадто сором'язливі.
- 51 Ви майже завжди чимось зтурбовані.
- 52 Ваші батьки часто не схвалювали ваших
знайомих.
- 53 Іноді Ви трохи пліткуєте.
- 54 Іноді ви відчуваєте, що вам надзвичайно легко
прийняти рішення.
- 55 У Вас буває сильне серцебиття, Ви часто
задиhaєтесь.
- 56 Ви запальні, але відходите швидко.
- 57 У вас виникають періоди такого неспокою, що
важко всидіти на місці.
- 58 Ваші батьки й інші члени сім'ї часто
дратуються на Вас.
- 59 Ваша доля нікого особливо не цікавить.
- 60 Ви не засуджуєте людей, які не проти
використовувати в своїх інтересах помилки
іншого.
- 61 Іноді Ви наповнені енергією.
- 62 За останній час у Вас зіпсувався зір.
- 63 Часто у Вас звенить або шумить у вухах.
- 64 У Вашому житті були випадки (можливо лише
один), коли Ви відчували, що на Вас вплинули
гіпнозом.
- 65 У вас відбуваються періоди, коли Ви
надзвичайно веселі без особливої причини.

66	Навіть перебуваючи в товаристві, Ви завжди відчуваєте себе самотньо.		
67	Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.		
68	Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.		
69	Іноді ваша голова працює ніби повільніше, ніж зазвичай.		
70	Ви часто розчаровуєтеся в людях.		
71	Ви зловживали спиртними напоями.		

ОБРОБКА

До методики додається спеціальний бланк, де на одній стороні фіксуються відповіді досліджуваного. Якщо досліджуваний згоден з твердженням, то в клітці з номером питання він ставить знак «+» («так», «вірно»), якщо не згоден - знак «-» («ні», «невірно»). На зворотному боці бланка експериментатор будує профіль особистості досліджуваного з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до сирих балів відповідне значення шкали корекції. Таблиця цих значень наведена на бланку.

Значення *шкали K* додається до базисних шкалами № 1, 4, 7, 8, 9.

До сирих балам значення *шкали K* додають за наступною схемою

Шкала *Hs* = *Hs* + (0.5 * *K*);

Шкала *Pd* = *Pd* + (0.4 * *K*);

Шкала *Pt* = *Pt* + *K*;

Шкала *Sc* = *Sc* + *K*;

Шкала *Ma* = *Ma* + (0.2 * *K*);

Наприклад: якщо за *шкалою K* отримано 9 балів, то до значення шкали № 1, виходячи з таблиці, додають 5 балів, до значення шкали № 4 - 4 бали, до значень шкал № 7 та № 8 по 9 балів, до значення шкали № 9 - 2 бали.

Після отримання остаточних значень будують профіль

Оціночні шкали:

1. Шкала брехні (L).

2. Шкала вірогідності (F).**3. Шкала корекції (K).****Базисні шкали:****1. Іпохондрії (Hs).****2. Депресії (D).****3. Істерії (Hy).****4. Психопатії (Pd).****6. Паранойяльності (Pa).****7. Психастенія (Pt).****8. Шизоїдний (Se).****9. Гіпоманія (Ma).**

Опитування рекомендується проводити індивідуально або в групі, за наявності у кожного досліджуваного тексту опитувальника і бланка для відповідей, у присутності експериментатора, якому досліджувані можуть задавати питання.

Ключ

Шкали	Відповіді	№ питання
<i>L</i>	Н	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	Н	22, 24, 61
	В	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
<i>K</i>	Н	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
<i>1 (Hs)</i>	Н	1, 2, 6, 37, 45
	В	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
<i>2 (D)</i>	Н	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 71
	В	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
<i>3 (Hy)</i>	Н	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56

	В	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	Н	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	В	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	Н	28,29,31,67
	В	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	Н	2, 3, 42
	В	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8 (Se)	Н	3, 42
	В	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	Н	43
	В	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Примітка. Н - Невірно, В - Вірно

Для швидкого додавання до сирих балів відповідаючих значень шкали корекції можна скористатися таблицею коефіцієнтів корекції

Таблиця коефіцієнтів корекції

К	0,5К	0,4К	0,2К
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2

7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Як користуватися шкалою корекції

1. Необхідно подивитися скільки балів за *шкалою корекції K* отримав респондент.
2. Знаходимо цей бал в стовпчику *K*.
3. У рядку, навпаки знайденого балу, буде вказано, скільки балів необхідно додати до сирих балів респондента за відповідними шкалами.

Переклад сирих балів (після додавання відповідних значень по *Шкалі Корекції*) які в тесті ММРІ виробляють за такою формулою:

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{\delta}$$

де X - сирий бал, а M і δ - значення взяті з таблиці

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Високими оцінками по всіх шкалах, після побудови профілю особистості, є оцінки, що перевищують 70.

Низькими оцінками вважаються оцінки нижче 40. (35*65)

Додаток Б

Бланк опитувальника WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF є міжнародно валідованим, коротким (26 питань), надійним інструментом для оцінки якості життя, що охоплює 4 ключові сфери та широко застосовується у клінічних і наукових дослідженнях, включаючи роботу з наркозалежними особами.

Питання	Відповіді
1 .Як Ви оцінюєте якість Вашого життя?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
2. Наскільки Ви задоволені станом свого здоров'я ?	
<i>Дуже не задоволений</i>	
<i>Не задоволений</i>	
<i>Ні те,ні інше</i>	
<i>Задоволений</i>	
<i>Дуже задоволений</i>	
3. На Вашу думку, в якому ступені фізичні болі заважають Вам виконувати Ваші обов'язки? (Відчуття цих станів на протязі останніх 4 тижнів)	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	

<i>Надмірно</i>	
4. В якому ступені Ви потребуєте будь-якої медичної допомоги для нормального функціонування у Вашому повсякденному житті?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
5. Наскільки Ви задоволені своїм життям?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
6. Наскільки, на Вашу думку, Ваше життя наповнене сенсом?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
7. Наскільки добре Ви можете концентрувати увагу? *	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	

<i>Надмірно</i>	
8. Наскільки безпечно Ви відчуваєте себе у повсякденному житті? *	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
9. Наскільки здоровим є фізичне середовище навкруги Вас? *	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
10. Чи достатньо у Вас енергії для повсякденного життя?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
11. Чи здатні Ви змиритися із Вашим зовнішнім виглядом?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	

12. Чи достатньо у Вас коштів для задоволення Ваших потреб? *	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
13. Наскільки доступна для Вас інформація, яка необхідна Вам у Вашому повсякденному житті?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
14. В якій мірі у Вас є можливості для відпочинку та розваг?	
<i>Взагалі ні</i>	
<i>Трохи</i>	
<i>Помірно</i>	
<i>В значному ступені</i>	
<i>Надмірно</i>	
15. Наскільки легко Ви можете дістатися до необхідних Вам місць? *	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	

16. Наскільки Ви задоволені Вашим сном?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
17. Наскільки Ви задоволені здатністю виконувати свої повсякденні * обов'язки?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
18. Наскільки Ви задоволені своєю працездатністю?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
19. Наскільки Ви задоволені собою?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
20. Наскільки Ви задоволені особистими відносинами	
<i>дуже погано</i>	

<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
21. Наскільки Ви задоволені своїм сексуальним життям?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
22. Наскільки Ви задоволені підтримкою, яку Ви отримуєте від своїх * друзів?	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
23. Наскільки Ви задоволені умовами у місці Вашого проживання? *	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
24. Наскільки Ви задоволені доступністю медичного обслуговування * для Вас?	
<i>дуже погано</i>	

<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
25. Наскільки Ви задоволені транспортом, яким Ви користуєтесь? *	
<i>дуже погано</i>	
<i>Погано</i>	
<i>Не погано і не добре</i>	
<i>Добре</i>	
<i>Дуже добре</i>	
26. Як часто у Вас були негативні переживання, наприклад поганий настрій, відчай, тривога, депресія протягом останніх 4-х тижнів?	
<i>Ніколи</i>	
<i>Рідко</i>	
<i>Доволі часто</i>	
<i>Дуже часто</i>	
<i>Завжди</i>	

Щоб визначити рівень якості життя за допомогою опитувальника WHOQOL-BREF, спочатку для кожної із чотирьох доменних шкал (фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини та навколишнє середовище) обчислюється середній бал відповіді за відповідними питаннями, оцінюваними за 5-бальною шкалою Лікерта. (від 1 (ніколи) до 5(завжди))

Інтерпретація результатів.

Формула вирахування значень: $R = N / (\max) \times 100 \%$

Сфера 1. Фізичне і психологічне благополуччя: $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15$ (max 35)

Сфера 2 Самосприйняття: $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ (max 30)

Сфера 3 Соціальна підтримка: $Q20 + Q21 + Q22$ (max 15)

Сфера 4. Соціальне благополуччя: $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ (max 40)

Критерії інтерпретації

- 1) 0-20 % – низький показник;
- 2) 21–40 % – понижений показник;
- 3) 41–60 % – середній показник;
- 4) 61–80 % – підвищений показник;
- 5) 81–100 % – високий показник.

Додаток В

Бланк опитувальника MSPSS

Багатомірна шкала сприйняття соціальної
підтримки - M S P S S

Відповіді 1-7

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі. *	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	

<i>ви дуже згодні</i>	
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
. 6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти. *	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.	

<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття. *	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	

<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень. *	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.	
<i>ви дуже не згодні</i>	
<i>ви не згодні</i>	
<i>ви трохи не згодні</i>	
<i>ви нейтральні</i>	
<i>ви злегка згодні</i>	
<i>ви згодні</i>	
<i>ви дуже згодні</i>	

Структура опитувальника

MSPSS складається з 12 питань (тверджень), які оцінюють сприйняття людиною соціальної підтримки з трьох джерел:

Партнер (Significant Other) — питання 1, 2, 5, 10

Родина/Сім'я (Family) — питання 3, 4, 8, 11

Друзі (Friends) — питання 6, 7, 9, 12

Шкала оцінювання

Кожне твердження оцінюється за 7-бальною шкалою Лікерта:

Зовсім не погоджуюсь 1

Сильно не погоджуюсь 2

Дещо не погоджуюсь 3

Нейтрально 4

Дещо погоджуюсь 5

Цілком погоджуюсь 6

Повністю погоджуюсь 7

Для поділу респондентів на групи на основі балів за шкалою MSPSS можна використовувати дескриптори відповідей. При такому підході будь-який середній бал за шкалою від 1 до 2,9 можна вважати низькою підтримкою; бал від 3 до 5 — помірною підтримкою; а бал від 5,1 до 7 — значною підтримкою.

Додаток Г

Детальний план психологічного блоку програми соціально-психологічного супроводу осіб із наркозалежністю (12-тижневий цикл)

Тиждень 1. Індивідуальна консультація: Вступ, діагностика, установка цілей

Форма роботи: Індивідуальна

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: КПТ, структуроване інтерв'ю

Детальний зміст:

- Знайомство та встановлення терапевтичного контакту (10 хв): створення безпечної атмосфери, угода конфіденційності, пояснення принципів роботи.
- Збір анамнезу (20 хв): історія проживання, тригери, попередні спроби лікування, соціальна ситуація, сімейний стан, травматичний досвід.
- Первинна психодіагностика (20 хв): поповнення короткої форми WHOQOL-BREF або оціночних шкал тривожності/депресії, обговорення поточного емоційного стану.
- Постановка терапевтичних цілей (10 хв): спільне формулювання реалістичних, конкретних цілей на курс терапії (наприклад, "зменшити частоту імпульсивних реакцій", "навчитися розпізнавати тригери").

Очікувані результати: встановлення довірливих відносин, визначення індивідуального профілю клієнта, складання попереднього плану втручання.

Тиждень 2. Групове заняття: Ознайомлення з групою, правила підтримки

Форма роботи: Групова

Тривалість: 90 хвилин

Метод/техніка: Групова дискусія, вправи на самоспостереження

Детальний зміст:

- Вступне коло знайомства (15 хв): кожен учасник представляється (ім'я, коротко про себе), веде пояснює групу.
- Встановлення групових правил (20 хв): конфіденційність, повага, право не говорити, заборона оцінювання інших, пунктуальність. Учасники спільно формують і приймають правила.
- Вправа "Мої очікування від групи" (25 хв): кожен записує на картці свої сподівання і страхи щодо групової роботи, потім обговорюється в колі.
- Вправа на самоспостереження "Що я відчуваю зараз" (20 хв): учасники називають емоції та відчуття у тілі, вчаться розпізнавати сигнали стресу.
- Підбиття підсумків, домашнє завдання (10 хв): щоденник емоцій на тиждень – записувати результат, емоції, інтенсивність.

Очікувані результати: формування групової згуртованості, інноваційного безпечного простору, розвиток навички самоспостереження.

Тиждень 3. Тренінг: Емоційна регуляція

Форма роботи: Тренінг

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: Дихальні практики, майндфулнес

Детальний зміст:

- Психонавчання про емоційну регуляцію (10 хв): пояснення зв'язку між емоціями, думками та тілесними відчуттями, стресом у загостреній ролі.
- Дихальна техніка 4-7-8 (15 хв): вдих на 4 рахунки, підтримка на 7, видих на 8. Практика 3-5 циклів, обговорення відчуттів.
- Діафрагмальне дихання (10 хв): положення руки на тварині, повний вдих через ніс, видих через рот. Вправа виконується сидячи або лежачи.

- Майндфулнес-вправа "Сканування тіла" (15 хв): послідовне спрямування уваги на різні частини тіла, усвідомлення напруги та розслаблення.
- Техніка "Заземлення 5-4-3-2-1" (10 хв): назвати 5 предметів, які бачите; 4 – який відчуваєш дотиком; 3 – який чуєш; 2 – запахи; 1 – смак. Практичне відпрацювання.

Очікувані результати: оволодіння базовими техніками саморегуляції, зниження рівня тривожності, підвищення усвідомленості власних станів.

Тиждень 4. Індивідуальна консультація: Опрацювання когнітивних викривлень

Форма роботи: Індивідуальна

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: КПТ

Детальний зміст:

- Перегляд щоденника думок (10 хв): аналіз записів клієнта за минулий тиждень, виявлення патернів.
- Ідентифікація автоматичних думок (15 хв): робота з конкретною ситуацією, виявлення думок, що передували негативні емоції або бажання вжити.
- Техніка «Сократівський діалог» (20 хв): психолог ставить питання типу «Які докази підтверджують цю думку?», «Які докази її запитують?», «Яка альтернативна думка може бути більш реалістичною?».
- Складання таблиці когнітивних викривлень (10 хв): клієнт записує проблему, автоматичну думку, тип викривлення (катастрофізація, чорно-біле мислення тощо), альтернативну думку.

- Домашнє завдання (5 хв): продовжувати щоденник із додаванням колонки "альтернативна думка".

Очікувані результати: усвідомлення деструктивних думок, формування навичок їх перевірки та заміни на адаптивні.

Тиждень 5. Групове заняття: Профілактика рецидивів

Форма роботи:Групова

Тривалість:90 хвилин

Метод/техніка: Рольові ігри, аналіз кейсів

Детальний зміст:

- Психонавчання про рецидив (15 хв): що таке рецидив, ланцюг рецидиву (тригер → думка → емоція → дія), важливість раннього розпізнавання.
- Вправа «Картування особистих тригерів» (20 хв): кожен учасник складає список своїх тригерів (місця, людей, емоцій, ситуації) та ранжує їх за рівнем небезпеки.
- Метод "Ланцюг рецидиву" (25 хв): група аналізує конкретний кейс (реальний або змодельований), крок за кроком відстежує, як розвивався рецидив, і вибираючи точки, де його можна було перервати.
- Рольова гра "Ситуація на вечірці" (20 хв): учасники відпрацьовують варіанти відмови від пропозиції вжити, тренують асертивну поведінку.
- Обговорення та підбиття підсумків (10 хв): що спрацювало, які стратегії ви отримали корисними.

Очікувані результати: усвідомлення власних тригерів, тренування навичок запобігання рецидиву, відпрацювання соціальних відмов.

Тиждень 6. Тренінг: Навички соціальної взаємодії

Форма роботи: Тренінг

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: Соціальні вправи, обговорення

Детальний зміст:

- Теоретичний блок (10 хв): види комунікації (пасивна, агресивна, асертивна), важливість соціального навичок у процесі ресоціалізації.
- Вправа "Активне слухання" (15 хв): учасники працюють у парах, одне розповідає, інші практикують техніку активного слухання (перефразування, уточнення, емпатія).
- Вправа "Я-висловлювання" (15 хв): навчання формулювати свої потреби та емоції без звинувачення ("Я відчуваю... коли... тому що... я б хотів...").
- Рольова гра "Конфліктна ситуація" (15 хв): моделювання типів конфліктів (з родичами, на роботі) та пошук конструктивних рішень.
- Зворотний зв'язок і рефлексія (5 хв): обговорення складнощів і успіхів у справах.

Очікувані результати: підвищення комунікативної компетентності, розвиток асертивності, зміцнення соціальних зв'язків.

Тиждень 7. Індивідуальна консультація: Робота з травмою

Форма роботи: Індивідуальна

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: Травмо-фокусовані методики

Детальний зміст:

Оцінка травматичного досвіду (15 хв): делікатне з'ясування наявності травматичних подій (насильство, втрата, воєнний досвід), їх вплив на поточний стан.

- Психонавчання про травму (10 хв): пояснення фізіологічних та психологічних реакцій на травму, нормалізація симптомів (флешбеки, гіперпільність).
- Техніка "Безпечне місце" (15 хв): клієнт у демонстрації та детально описує місце, де відчуває себе в безпеці, практикується висвітлення цього образу у стресових ситуаціях.
- Початкова робота з травматичним спогадом (15 хв): дозована експозиція – короткий опис події з підтримкою психолога, використання техніки заземлення при підвищенні тривоги.
- Стабілізація та завершення (5 хв): повернення до відчуття безпеки, заземлення, планування подальшої роботи.

Очікувані результати: зниження інтенсивності травматичних реакцій, формування почуття безпеки, підготовка до глибокої травмотерапії.

Тиждень 8. Групове заняття: Психосвіта

Форма роботи:Групова

Тривалість:90 хвилин

Метод/техніка: Лекції, обговорення, матеріали для самостійної роботи

Детальний зміст:

- Лекція "Природа залежності" (25 хв): біологічні нейронні механізми залежності, як психоактивні речовини впливають на мозок, поняття толерантності та абстиненції.
- Лекція "Кризові стани та методи подолання" (20 хв): як розпізнати наближення кризи, алгоритм самодопомоги, коли звертатися за екстреною допомогою.

- Блок "Стратегії безпеки у військовий час" (15 хв): правила поведінки під час загострення, евакуація, контакти кризових служб, збереження документів та ліків.
- Блок "Здоровий спосіб життя" (15 хв): сон, харчування, фізична активність як відновлення ресурсу, режим дня.
- Роздача друкованих матеріалів (10 хв): брошури, інфографіка, контакти служби підтримки.
- Питання та обговорення (5 хв).

Очікувані результати: підвищення рівня відомості про залежність і кризові стани, формування усвідомленого ставлення до власного здоров'я.

Тиждень 9. Тренінг: Мотиваційна робота

Форма роботи: Тренінг

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: Техніка встановлення цілей, SWOT-аналіз

Детальний зміст:

- Теоретичний блок про мотивацію (10 хв): внутрішня vs зовнішня мотивація, стадії готовності до змін (модель Прохаски).
- Вправа "Колесо життя" (15 хв): учасники оцінюють задоволеність світовими сферами життя (здоров'я, відносини, робота, фінанси) та стратегією розвитку.
- SMART-цілі (15 хв): навчання формулювати конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні та обмежені в часі цілі. Кожен учасник формулює 1-2 цілі на найближчі 3 місяці.
- SWOT-аналіз особистості (15 хв): учасники відвідування свої сильні та слабкі сторони, можливості та загрози на шляху до змін.

- Складання плану дій (5 хв): конкретні кроки для досягнення кожного з цілей.

Очікувані результати: усвідомлення власних ресурсів і перешкод, формування реалістичного плану змін, підвищення мотивації.

Тиждень 10. Індивідуальна консультація: Контроль прогресу, корекція плану

Форма роботи: Індивідуальна

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: КПТ, супервізія

Детальний зміст:

- Оцінка динаміки (15 хв): повторне заповнення коротких оціночних шкал, порівняння з початковими показниками.
- Обговорення досягнень і труднощів (15 хв): що вдалося змінити, які техніки ви отримали найбільш корисними, які бар'єри залишаються.
- Аналіз спільного ризику (15 хв): чи були ситуації, близькі до рецидиву, як клієнт їх подолав, що можна зробити інакше.
- Корекція індивідуального плану (10 хв): коригування цілей, додавання нових методів або посилення певних напрямків роботи.
- Планування на наступний етап (5 хв): визначення виборів на залишок програми.

Очікувані результати: об'єктивна оцінка прогресу, адаптація втручань під актуальні потреби клієнта.

Тиждень 11. Групове заняття: Peer-support (підтримка колег)

Форма роботи: Групова

Тривалість: 90 хвилин

Метод/техніка: Обмін досвідом, модерація учасників

Детальний зміст:

- Вступ від модератора (10 хв): пояснення принципів peer-support, роль людей із досвідом подолання відносин.
- Виступи учасників-наставників (20 хв): 2-3 особи, які пройшли шлях відновлення, діляться своїми історіями, викликами та стратегіями.
- Групова дискусія "Що мені задоволена" (25 хв): кожен учасник ділиться своїми успішними практиками, техніками, джерелами підтримки.
- Вправа «Лист підтримки собі» (20 хв): кожен пише лист собі з підтримкою та порадами на випадок кризи.
- Обмін контактів для взаємопідтримки (10 хв): формування неформальної мережі підтримки між учасниками (за бажанням).
- Підбиття підсумків (5 хв).

Очікувані результати: зміцнення почуття спільності, зниження стигми, формування мережі взаємопідтримки.

Тиждень 12. Тренінг: Закріплення навичок, планування майбутнього

Форма роботи: Тренінг

Тривалість: 60 хвилин

Метод/техніка: Практичні вправи, домашні завдання

Детальний зміст:

- Огляд пройденого матеріалу (10 хв): коротке нагадування ключових технік і вправ програми.
- Вправа "Моя скринька інструментів" (15 хв): кожен учасник складає список методів і технік, які йому допомагають (дихання, заземлення, когнітивна реструктуризація тощо).

- Практичне відпрацювання навичок (15 хв): моделювання кількох складних ситуацій, учасники застосовують засвоєні техніки.
- Вправа "План на наступні 3 місяці" (15 хв): постановка конкретних цілей, визначення кроків, якихось перешкод і способів їх подолання.
- Завершальне коло (5 хв): кожен висловлює, що для нього було найціннішим у програмі, побажання іншим учасникам.
- Домашнє завдання на період після програми:
- Щотижневий перегляд плану цілей.
- Продовження щоденника емоцій.
- Регулярна практика техніки нервової регуляції (мінімум 3 рази на тиждень).
- Участь у групі взаємопідтримки (за можливості).

Очікувані результати: закріплення навичок, формування автономності у прикладних методах, підготовка до самостійного підтримання досягнень.

Загальні принципи реалізації програми

Гнучкість: Порядок і зміст можуть бути скориговані відповідно до актуальних груп потреб та індивідуальних запитів.

Безпека: Для кожного зайнятого забезпечується атмосфера довіри, конфіденційності та спільної підтримки.

Травмо-інформованість: всі методи враховують можливість травматичного переживання учасників, застосовуються реактиваційні практики без належної підготовки.

Мультидисциплінарність: Психолог координує роботу з наркологом, соціальним працівником та іншими фахівцями.

Моніторинг: Регулярна оцінка динаміки кожного учасника дозволяє своєчасно коригувати інтервенції.