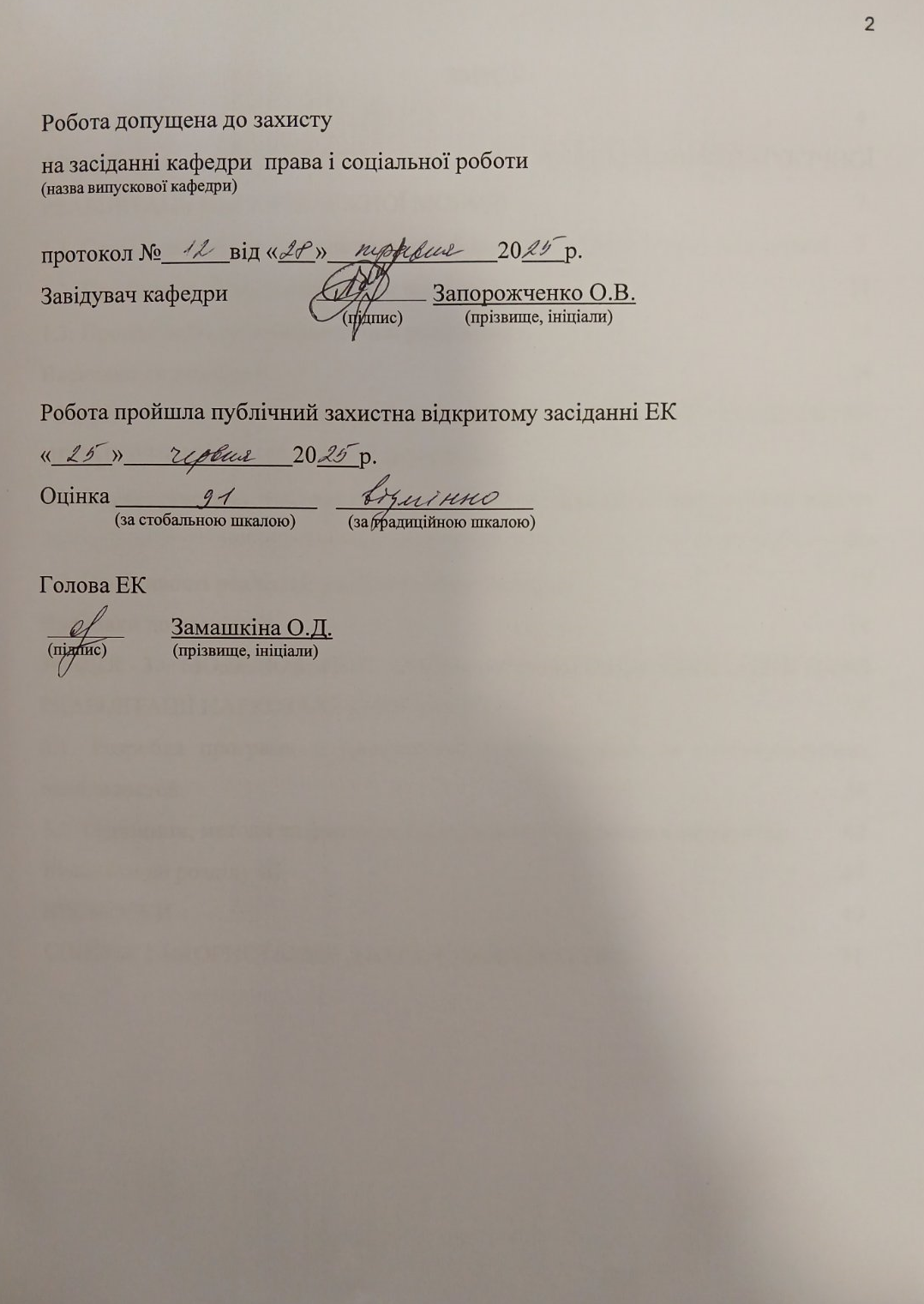


****

**Анотація до кваліфікаційної роботи**

**«Соціально- педагогічна реабілітація наркозалежної молоді»**

**Кральковського Андрія Сергійовича**

У дослідженні розглядається соціально-педагогічна реабілітація наркозалежної молоді як міждисциплінарний процес, що поєднує психосоціальні, освітні та медико-соціальні втручання задля зменшення рівня рецидиву та сприяння повноцінній інтеграції осіб у суспільство. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості молоді з наркотичною залежністю та необхідністю створення ефективних реабілітаційних механізмів. У межах дослідження проаналізовано соціальні й психологічні чинники виникнення залежності, оцінено сучасні реабілітаційні програми та виокремлено потреби молоді у процесі ресоціалізації.

**Мета дослідження:** Визначити та обґрунтувати ефективні соціально-педагогічні умови й механізми реабілітації наркозалежної молоді для їхньої подальшої інтеграції в суспільство.

**Об’єкт дослідження:** Процес соціально-педагогічної реабілітації наркозалежної молоді.

**Предмет дослідження:** Зміст, форми, методи та умови здійснення соціально-педагогічної реабілітації молоді з наркотичною залежністю.

Результатом стало моделювання комплексної соціально-педагогічної програми, що враховує вікові, мотиваційні та психоемоційні характеристики підлітків. Практична значущість роботи полягає у можливості використання її матеріалів фахівцями соціальної сфери, медичними працівниками, освітянами та батьками. Отримані результати також становлять підґрунтя для формування локальних і національних стратегій профілактики наркозалежності та реабілітації молоді на основі принципів довіри, безумовного прийняття та міжвідомчої співпраці.

**Ключові слова:** соціально-педагогічна реабілітація; наркозалежна молодь; психосоціальні втручання; ресоціалізація; профілактика залежності; мотивація; інтеграція в суспільство; міжвідомча співпраця; освітні програми; психологічна підтримка.

**Annotation of the qualification work**

**«Social and educational rehabilitation of drug-dependent youth»**

**Kralkovsky Andrii**

The study considers the social and educational rehabilitation of drug-dependent youth as an interdisciplinary process that combines psychosocial, educational, and medical-social interventions to reduce recidivism and promote the full integration of individuals into society. The relevance of the topic is due to the growing number of young people with drug addiction and the need to create effective rehabilitation mechanisms. The study analyses the social and psychological factors of addiction, evaluates current rehabilitation programmes and identifies the needs of young people in the process of resocialisation.

The aim of the study: To identify and substantiate effective socio-pedagogical conditions and mechanisms for the rehabilitation of drug-addicted young people for their further integration into society.

Object of the study: The process of socio-pedagogical rehabilitation of drug-addicted youth.

Subject of the study: The content, forms, methods and conditions for the implementation of socio-pedagogical rehabilitation of youth with drug addiction.

The result was the modelling of a comprehensive socio-pedagogical programme that takes into account the age, motivational and psycho-emotional characteristics of adolescents. The practical significance of the work lies in the possibility of using its materials by social workers, medical workers, educators and parents. The results obtained also form the basis for the formation of local and national strategies for the prevention of drug addiction and rehabilitation of young people based on the principles of trust, unconditional acceptance and interdepartmental cooperation.

**Keywords**: social and educational rehabilitation; drug-addicted youth; psychosocial interventions; resocialisation; addiction prevention; motivation; integration into society; interagency cooperation; educational programmes; psychological support.

**ЗМІСТ**

Вступ 4

Розділ 1. Теоретичні засади соціально-педагогічної реабілітації наркозалежної молоді 7

1.1. Соціальні та психологічні чинники формування наркотичної залежності 7

1.2. Причини вживання наркотиків підлітками 11

1.3. Процес соціально-педагогічної реабілітації 14

Висновки до розділу І 24

Розділ 2. Аналіз сучасного стану системи соціально-педагогічної реабілітації в Україні 26

2.1. Характеристика цільової групи: соціальний портрет наркозалежної молоді 26

2.2. Особливості реалізації реабілітаційних програм 27

Висновки до розділу ІІ 34

Розділ 3. Моделювання соціально-педагогічної програми реабілітації наркозалежної молоді 36

3.1. Розробка програми з урахуванням індивідуальних та соціокультурних особливостей 36

3.2. Принципи, методи та форми роботи фахівця із соціальної педагогіки 42

Висновки до розділу ІІІ 47

Висновки 49

Список використаних джерел та літератури 51

**Вступ**

**Актуальність дослідження**. Залежність – це хронічне захворювання, що характеризується втратою контролю над певною поведінкою, такою як вживання психоактивних речовин, азартні ігри, використання комп’ютера тощо. Ця втрата контролю має довгострокові наслідки для всіх аспектів життя залежної особи. У своїй найважчій формі цей розлад спричиняє тривалі страждання, що чергуються з періодами одужання та рецидивів. Зміни в мозку зберігаються ще довго після припинення вживання. Ці зміни відповідають за високий рівень рецидивів. Механізми, за допомогою яких відбуваються ці зміни, та способи їх усунення, ще не повністю вивчені. Термін «розлад, пов’язаний із вживанням психоактивних речовин», стосується групи різних речовин та розладів (наприклад, зловживання/шкідливе вживання, залежність, сп’яніння, абстинентний синдром та психіатричні синдроми та розлади, що виникають внаслідок вживання психоактивних речовин). Зловживання психоактивними речовинами/шкідливе вживання та залежність від них – це два розлади, які часто зустрічаються в клінічній практиці.

**Мета дослідження:** Визначити та обґрунтувати ефективні соціально-педагогічні умови й механізми реабілітації наркозалежної молоді для їхньої подальшої інтеграції в суспільство.

**Об’єкт дослідження:** Процес соціально-педагогічної реабілітації наркозалежної молоді.

**Предмет дослідження:** Зміст, форми, методи та умови здійснення соціально-педагогічної реабілітації молоді з наркотичною залежністю.

**Завдання дослідження:**

1. Розкрити соціально-психологічні чинники виникнення наркотичної залежності серед молоді.
2. Проаналізувати сучасні підходи та програми соціально-педагогічної реабілітації.
3. Виявити потреби наркозалежної молоді у процесі ресоціалізації.
4. Розробити модель соціально-педагогічної програми реабілітації з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей.
5. Визначити критерії ефективності соціально-педагогічних втручань у сфері реабілітації.

**Теоретичне значення**. Результати дослідження дозволяють обґрунтовати фундаментальні передумови соціально-педагогічної роботи з наркозалежною молоддю, надаючи комплексне уявлення про природу залежності, її причини та реабілітаційний потенціал. Вивчення **соціальних і психологічних чинників** формування наркотичної залежності дозволяє сформувати профілактичну парадигму, орієнтовану на виявлення груп ризику. Аналіз **причин споживання наркотичних речовин підлітками** дає змогу зрозуміти механізми втрати соціального контролю, дефіциту підтримки та внутрішніх мотиваційних конфліктів, що особливо актуально для формування індивідуалізованих підходів.

Ключове значення має опис **процесу соціально-педагогічної реабілітації**, у межах якого подається системна модель втручання: від діагностики та мотиваційної підтримки — до соціального супроводу, ресоціалізації та формування позитивної соціальної ідентичності. Концептуалізація цього процесу визначає міждисциплінарну сутність соціальної педагогіки, поєднуючи психологічні, педагогічні та соціокультурні аспекти.

Таким чином, розділ закладає теоретичну базу для подальшого аналізу практик) і моделювання ефективних програм (розділ 3), а також сприяє розвитку інструментарію для фахівців соціальної педагогіки.

**Практичне значення** дослідження полягає в його здатності трансформувати теоретичні положення у реальні механізми допомоги, профілактики та ресоціалізації. Ось ключові аспекти:

Дослідження дозволяє створювати індивідуалізовані програми, що враховують вік, соціальний статус, рівень мотивації та психоемоційний стан молоді. Це підвищує ефективність втручань і знижує ризик рецидиву.

Матеріали дослідження можуть бути використані у навчанні соціальних педагогів, психологів, волонтерів, формуючи в них міждисциплінарне бачення проблеми та навички роботи з уразливою молоддю.

Виявлені соціальні та психологічні чинники сприяють розробці профілактичних програм у школах, молодіжних центрах, громадах. Це дозволяє працювати на випередження, зменшуючи кількість нових випадків залежності.

Результати дослідження можуть бути інтегровані у спільну діяльність освітніх, медичних, соціальних та правоохоронних структур, що забезпечує комплексний підхід до реабілітації.

Дослідження може слугувати аналітичною базою для розробки державних і регіональних програм, спрямованих на підтримку наркозалежної молоді, з урахуванням сучасних викликів і потреб.

**Апробація** результатів дослідження. Результати дослідження обговорювалися під час виступу на науково-практичних конференціях: «Інноваційні підходи до реінтеграції молоді з наркотичною залежністю» (сертифікат) – IV Всеукраїнська науково–практична конференція «Правова та соціальна трансформація сучасного суспільства в умовах євроінтеграції України» (09.12.2024 р., м. Ізмаїл); «Роль соціального педагога в реабілітації молоді, що вживає психоактивні речовини» (сертифікат) – ІІІ Всеукраїнська науково–практична конференція «Сучасні технології в соціальній роботі» (07.02.2025 р., м. Запоріжжя).

**Структура кваліфікаційної роботи**. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел і літератури.

**Розділ І Теоретичні засади соціально-педагогічної реабілітації наркозалежної молоді**

**1.1. Соціальні та психологічні чинники формування наркотичної залежності**

Підлітки та молодь вразливі до вживання наркотиків, оскільки вони більш відкриті до нового та екстремального досвіду. Ця вразливість серед підлітків безпосередньо пов'язана з поширеністю вживання наркотиків, оскільки їх вживання часто пов'язане із соціальним тиском.

Незалежно від їхньої природи, рослинної, тваринної чи мінеральної, ці речовини, які нібито призначені для того, щоб робити людей щасливими або створювати «мрії», щороку забирають більше жертв, ніж зброя масового знищення. Середній вік початку вживання наркотиків значно знизився і тепер вражає дітей віком від 10 до 12 років.

Дослідження, проведене Національним агентством з контролю за наркотиками (ANA) та Європейським центром моніторингу наркотиків та наркоманії (EMCDDA), показує, що Україна, колись транзитна країна, стала країною вживання галюциногенних речовин. Порівняльний аналіз, проведений ANA між 2004-2007 та 2010-2015 роками, показує, що вживання наркотиків протягом життя продовжує зосереджуватися на рекреаційних наркотиках (канабіс, екстазі), які споживають переважно люди віком 15-34 років [Алдер, 2023].

Звіт тієї ж установи за 2012 рік показує, що 15,6% 16-річних підлітків вживали заборонені наркотики принаймні один раз у житті

Споживачі наркотиків є жертвами. Вони відчувають значні труднощі у стосунках з родиною та суспільством, а також наражають на небезпеку власне життя. Підлітки за своєю суттю є складними через зміни в їхньому житті. Підлітковий вік – це життєвий етап між дитинством та дорослим віком. Його також називають «етапом еволюції людини». Часові межі підліткового віку є суперечливими. Деякі автори розміщують його між 12 та 18 або навіть 20 роками, інші – між 14 та 18-20 роками. Тому його поділяють на три стадії:

• Рання стадія: від 10-11 до 13-14 років, час глибоких фізичних та фізіологічних змін і складного формування інтересів, здібностей та цінностей дитини; ця стадія називається передпідлітковим віком або юністю; друга стадія (13-14/17-18, 20 років) – це власне підлітковий вік. Вона характеризується глибоким та інтимним балансом світогляду та поглядів на життя, уточненням та посиленням ідеалів, а також інтенсивним розвитком когнітивних, емоційних та вольових аспектів особистості.

Тривала підліткова юність -– від 18 до 30 років. Цей період характеризується «первинною психологічною інтеграцією з вимогами кар'єри, незалежності та вибору партнера». Підлітки переживають трансформації, спричинені потребами та зобов’язаннями, які вони відчувають, незалежно від того, чи виникли вони в підлітковому віці, чи знову виникли в юності. Вони стикаються з низкою нових потреб, або ж потреби, виявлені на попередніх етапах, зазнають значної трансформації: потреба знати, відчувати любов, належати до групи, бути незалежним та знаходити взірці для наслідування.

Підлітки сприймають інтелектуальну діяльність як особливо важливу для зрілості. «Підліткове мислення загалом логічне та глибоке, організоване, систематичне, ретельне, вдумливе та відкрите до нових ідей» [Онипченко, 2023].

Деякі підлітки розвивають складну та експресивну літературну мову. Однак вони адаптують свою мову до освітнього рівня своїх співрозмовників. Шкільний жаргон використовується рідше.

Підлітковий вік — це доступний період когнітивного розвитку, який досягає свого піку лише за умов стимуляції з боку навколишнього середовища та освіти, особистої мотивації та ефективної участі в когнітивних завданнях». Деякі автори стверджують, що психосоціальна ідентичність або самосвідомість залежить від розвитку інтегрованого «я», здатного брати на себе зовнішні обов'язки. Тому метою підліткового віку є встановлення власної особистості та отримання схвалення від інших. Найважливішими характеристиками морального розвитку та самосвідомості є самоідентичність та позиція суб'єкта в реальності.

Багато авторів вважають підлітковий вік вирішальним етапом у тривалому процесі формування ідентичності. Труднощі, з якими стикаються підлітки у встановленні основ своєї особистої ідентичності, називаються кризами ідентичності. Їхній результат проявляється у набутті ідентичності або плутанини з ролями. Криза ідентичності визначається як пошук підлітком відповіді на питання «Хто я?». На цьому етапі підліток визначає себе як учня, сина чи дочку, друга чи особистість і встановлює свою систему компетенцій та потенціал для майбутнього розвитку [Баришнікова, 2021].

Структура образу «Я» є особливо складною та включає образ «Я» (те, що підліток думає про себе), ідеальний образ «Я» (ким він прагне бути), образ «Я», який приписується світу (у що вірить людина, що про неї думають інші), та образ навколишнього світу (те, що інші насправді думають про неї). Криза автентичності стосується поведінки підлітка, коли він намагається узгодити свої прагнення та ставлення з конкретними умовами свого соціального середовища (Ібіш, 2001).

Конфлікт поколінь являє собою конфлікт між домінуючим поколінням та групою підлітків старшої школи чи коледжу; Нове покоління формується завдяки своєму соціальному та особистісному розвитку. Підлітки потім переживають постійну фазу бунту, перевіряючи свої правила та заборони, ставлячи під сумнів релігійні та сімейні цінності. Цей самий виклик владі відображається також в їхньому одязі та музиці, яку вони слухають. «Для цього одяг має бути особливим, навіть якщо він не прийнятний; музика має грати якомога частіше; місце має бути безладним; мова має бути переповнена бульварною символікою та схильна до провокацій тощо».

Бунтівні настрої підлітків віддаляють їх від сімей, що турбує їхніх батьків. Хоча більшість дітей залишаються під опікою батьків, вони вже не відчувають особливого їхнього впливу. Однак вони хотіли б, щоб їхні батьки не були такими обмежувальними та старомодними. У цей час стосунки з друзями та однокласниками стають дедалі важливішими, а зв'язки між ними перетворюються на притулок, що часто призводить до аморальної поведінки та зниження інтересу до школи чи інших освітніх заходів.

Однак більшість підлітків погоджуються з тим, що право прийняття рішень належить батькам та вчителям. Стабільна сім'я з нормальними стосунками добре переживе бурхливий період підліткового віку.

Світова статистика показує, що молодь є найбільшими споживачами. Підлітки та підлітки є вразливою групою населення до вживання наркотиків, оскільки вони набагато більш відкриті до нового та екстремального досвіду. Статистика щодо вживання наркотиків у Німеччині та Франції, наприклад, показує, що близько 50% молодих людей у цих країнах вживали або досі вживають наркотики. Середній вік початку вживання наркотиків значно знизився, а наркотики вже вживають діти віком від 10 до 12 років. Центри профілактики та контролю вживання токсичних речовин у підлітків надають таку інформацію [Петрович, 2021]:

• Близько 10% підлітків викурюють до 15 сигарет на день, 20 днів на місяць (хоча цей показник постійно зростає). Тютюн має численні довгострокові шкідливі наслідки та викликає залежність. Молода людина, яка курить більше року, має 80% ризик розвитку залежності.

• Близько 75% учнів старших класів час від часу вживали алкоголь. З них 28% повідомляють про надмірне споживання алкоголю (більше п'яти алкогольних напоїв протягом кількох годин). Однією з основних причин смерті серед підлітків є дорожньо-транспортні пригоди, спричинені надмірним вживанням алкоголю. Споживання алкоголю знижує вікові бар'єри та схиляє підлітків до неналежної сексуальної поведінки (незахищений секс), що збільшує ризик захворювань, що передаються статевим шляхом (ВІЛ/СНІД, герпес, хламідіоз), або небажаної вагітності.

• Приблизно 40% підлітків вживали марихуану принаймні один раз, а 22% вживають її часто. Канабіс широко поширений серед підлітків і може призвести до втрати пам'яті, когнітивних (навчальних) порушень або синдрому дефіциту уваги.

• Приблизно 9% підлітків вживали кокаїн, а 4% вживають його часто (принаймні щомісяця). Характеристики споживачів наркотиків включають:

• Хлопчики вживають частіше, ніж дівчата;

• Старші підлітки з заможних сімей вживають частіше; • Підлітки, батьки яких мають низький рівень освіти та нижчий соціальний статус, а також не мають ресурсів і навичок для консультування та підтримки своїх дітей, частіше вживають наркотики. З іншого боку, є молоді люди з сімей з високим соціальним статусом та вищою освітою, які мають засоби для придбання наркотиків, але не мають часу для догляду за власними дітьми.

• Молоді люди з низькою успішністю та тими, хто повторює класи, найбільше ризикують вживати наркотики.

• Їхні власні сім'ї впливають на вживання наркотиків через сімейний клімат, що характеризується надмірно авторитарним способом життя, як між батьками та дітьми, так і між подружніми парами, через розлучення та алкоголізм батьків.

**1.2. Причини вживання наркотиків підлітками**

Французький автор Жиль Ферреоль наводить такі зовнішні фактори вживання наркотиків серед підлітків: їхнє коло спілкування, низький рівень освіти та брак знань про наркотики (Ferréol, 2000). Зокрема, автор стверджує, що підлітки частіше вживають наркотики з цікавості та потреби в азарті. Різні психологічні теорії вживання наркотиків базуються на концепції патологічної або дефіцитної психології: певний елемент в емоційному та фізичному житті певних людей робить їх вразливими до вживання наркотиків. Вони використовують наркотики як засіб уникнення реальності, життєвих проблем та відступу в ейфоричні стани. За словами автора, різні дослідження особистості та ставлення людей, які вживають наркотики, показали, що порівняно з тими, хто не вживає наркотики, ті, хто вживає наркотики, схильні бути більш бунтівними, незалежними, відкритими до нового досвіду, схильними до ризику, толерантними, більш терпимими до девіантної поведінки, більш відкритими до невизначеності, шукачами задоволень, нонконформістами та нетрадиційними. Деякі діти та підлітки звертаються до наркотиків або органічних розчинників, щоб забути про свої проблеми або заспокоїти свій гнів через неприємні сімейні події. Іноді причини їхньої поведінки криються глибше: реакція на жорстоке поводження або брак уваги в школі чи в їхньому соціальному середовищі.

Зменшення можливостей для адаптації та інтеграції, нездатність підлітків інтегруватися в соціально-професійні структури, а також часті невдачі, розчарування та тривоги можуть призвести до негативної поведінки. Психіатр Дж. Вайт стверджує, що депресивні розлади поділяються на два типи: первинна та вторинна депресія. Вторинна депресія виникає внаслідок інших захворювань або станів, таких як алкоголізм. Первинна депресія - це розлад настрою, який не пов'язаний з іншими психічними чи фізичними розладами. Вона також поділяється на дві категорії: біполярна депресія (чергування станів смутку та радості) та уніполярна депресія (інтерпретується як «емоційна темрява»). Депресивні підлітки дуже чутливі до тиску однолітків і схильні до алкоголю, наркотиків, злочинності, сексуальної аморальності та інших антисоціальних форм поведінки. Замість того, щоб висловлювати свої внутрішні конфлікти вербально, вони поводяться дратівливо та тривожно. Ввживання наркотиків є реакцією на самотність, почуття неповноцінності, низьку самооцінку та впевненість у собі, особливо серед молоді. Їм бракує впевненості в собі; вони відчувають невдоволення в багатьох аспектах; вони більш напружені, тривожні, стресовані, грубі та жорстокі щодо інших; наприклад, вони відкидають авторитет своїх батьків та вчителів; їхні батьки мають гроші; вони не перебувають під наглядом; їхнє оточення невідоме батькам. Вони втрачають інтерес до школи та часто пропускають її [Бабенко, Кабусь, 2025].

Середовище

За своєю природою людина повинна належати до сім'ї, групи чи спільноти. У стосунках між дітьми та дорослими, якими б гармонійними вони не були, діти відчувають себе неповноцінними. Як наслідок, соціальне дозрівання, тобто встановлення стосунків з однолітками, може бути повноцінно досягнуто лише шляхом встановлення дружніх стосунків з однолітками або людьми того ж віку.

Підлітковий вік – це вік, коли батьківський вплив значно зменшується на шкоду середовищу (кола друзів, соціального класу). Підлітки стають вразливими, відчувають себе ізольованими, відкинутими та часто шукають групу, до якої можна приєднатися. Ця група утворює для підлітків своєрідну «паралельну сім'ю», де відбуваються всілякі культурні, спортивні та дозвіллєві заходи, що стимулює їхню творчість. Вплив групи ще більший, коли підлітки позбавлені керівництва та любові батьків.

Підлітки не завжди знають, як захистити себе від впливу вулиці, своїх однолітків або більш бунтівних дорослих, які діють всупереч нормам і законам соціальної гармонії. Вживання наркотиків, особливо серед молоді, є реакцією на самотність, низьку самооцінку, почуття нікчемності та невпевненість у собі. Ті, хто найбільше ризикує, також є найбільш чутливими до впливу однолітків і вважають, що знаходять безпеку в контакті з ними.

Тиск, який чинить окрема особа або група на молоду людину, яка не вживає наркотики, щоб вона поводилася певним чином, не є самонав'язаним тиском, що виникає внаслідок бажання поводитися як усі інші в його оточенні, щоб відчувати себе частиною групи.

Найважливішим зовнішнім фактором, який підлітки показали як позитивний фактор у вживанні наркотиків, є коло друзів. Підлітки, які пробують незаконні наркотики, зазвичай отримують їх від своїх друзів, і це стає поширеною практикою, яка відрізняє їх від інших.

Однак, коли підлітки вживають наркотики індивідуально або колективно з цікавості, ризик вживання зростає залежно від їхнього віку та ролі в групі однолітків [Райс, 2025].

Підлітковий вік пов'язаний з періодом бунту. Підлітки розвивають особистість, несумісну з соціальними нормами. Вони можуть негативно або позитивно ідентифікувати себе з цими нормами, що може призвести до почуття особистої нестабільності. Бунт у підлітковому віці може мати різні причини. У деяких випадках він відображає складний етап на шляху до зрілості. Кризи, пов'язані з фізичними змінами, можуть спровокувати різні зміни в поведінці та призвести до відмови від батьківського керівництва, відмови від спілкування з друзями або навіть до прийняття бунтарських звичок, таких як вживання наркотиків.

Оскільки вони часто відчувають бажання виділитися, належачи до популярної групи, що впливає на їхнє ставлення, одяг, словниковий запас, зачіски або прийняття правил і практик, які роблять їх унікальними.

Вплив однолітків. Підліткам бракує батьківського керівництва та ласки. Більшість підлітків, які вживають наркотики, не контролюються поверхово батьками щодо їхніх стосунків з близькими друзями та їхніх захоплень.

Вживання наркотиків серед підлітків зростає, але стає все більш поширеним явищем. Що ще важливіше, вік початку вживання значно знизився. Ще однією проблемою є велика кількість смертей серед споживачів наркотиків, часто через передозування.

**1.3. Процес соціально-педагогічної реабілітації**

Національна система допомоги у сфері наркоманії структурована як система інтегрованих медичних, психологічних та соціальних послуг, відповідно до принципу ведення випадків.

Національне агентство з контролю за наркотиками (ANA) координує діяльність державних установ та органів влади, залучених до досягнення цілей, визначених у Національній стратегії боротьби з наркотиками.

ANA представлена на регіональному рівні 47 некорпоративними Центрами профілактики, оцінки та консультування наркоманії (CPECA): 41 CPECA на відомчому рівні та шістьма CPECA у Бухаресті, по одному на сектор. У рамках CPECA споживачам наркотиків надаються медичні, психологічні та соціальні послуги. Законодавчий декрет № 461/2011 про організацію та функціонування Національного агентства з контролю за наркотиками з поправками передбачає принаймні один CPECA та інші центри, що надають послуги споживачам наркотиків на регіональному рівні (стаття 6). Отже, CPECA також мають особливий статус, оскільки вони є [Сирота, 2021]:

• Територіальною структурою ANA, відповідно до статті 6 Законодавчого декрету № 461/2011;

• Постачальник послуг, відповідно до статті 27(3)(a) Законодавчого декрету № 860/2005;

• Центр, уповноважений ANA надавати спеціалізовані медичні, психологічні та соціальні послуги споживачам наркотиків, зокрема підліткам, які вживають наркотики, відповідно до статті 29(a) Законодавчого декрету № 860/2006;

• Спеціалізована соціальна служба для споживачів наркотиків, зокрема підліткам, які вживають наркотики, відповідно до положень Додатка до Законодавчого декрету № 967/2015, яким затверджується номенклатура соціальних послуг та рамкові положення про організацію та функціонування соціальних служб. Залежно від типу послуги, постачальники класифікуються таким чином:

a) Постачальники медичних послуг;

б) Постачальники психологічних послуг;

в) Постачальники соціальних послуг;

г) Постачальники освітніх послуг.

Державні та приватні постачальники медичних послуг – це фізичні або юридичні особи, уповноважені Міністерством охорони здоров’я відповідно до статей 64(a), 221(1)(b) та 903(g) Закону про реформу охорони здоров’я № 95/2006. Фізичні особи, уповноважені надавати медичні послуги, включають лікарів, медсестер домашнього догляду та медсестер у громаді.

Постачальники психологічних послуг – це психологи, які працюють самостійно в державному секторі (як працівники або в інших правових формах) або в приватному секторі (як працівники або самозайняті особи), тобто як окремі практикуючі фахівці, асоціації або зареєстровані партнерства. Ліцензія на самостійну роботу видається Палатою психологів. Державні та приватні постачальники соціальних послуг акредитовані Міністерством праці, сім'ї, соціального захисту та у справах людей похилого віку (MMFPSPV) відповідно до Закону № 197/2012 про забезпечення якості в секторі соціальних послуг з поправками. Основними державними постачальниками соціальних послуг є Державна служба соціальної допомоги (SPAS) на муніципальному, міському та громадному рівнях та Головне управління соціальної допомоги та захисту дітей (DGASPC) на департаментському та галузевому рівнях. У трьох описаних вище випадках організації громадянського суспільства вважаються приватними постачальниками, тоді як CPECA вважається державним постачальником.

Підтримка споживачів наркотиків надається на запит батьків/опікунів та за згодою (співпрацею) підлітка, який вживає наркотики. Якщо запит подається до постачальника послуг підтримки, відмінного від CPECA, останній оцінює ситуацію підлітка та, виходячи з виявлених потреб, діє наступним чином:

Якщо орган влади має всі необхідні ресурси, він забезпечить надання послуг медичної, психологічної та соціальної підтримки відповідно до індивідуального плану підтримки після повідомлення та консультації з CPECA; ii) Якщо він не має всіх необхідних ресурсів для реалізації індивідуального плану підтримки, він передасть справу до CPECA для обробки файлу та доповнення плану необхідними послугами.

У випадку, описаному в пункті i), постачальник послуг повинен подати до CPECA такі документи: звіт про оцінку, договір на медичну, психологічну та соціальну підтримку, індивідуальний план підтримки, звіт про хід виконання та, якщо це можливо, рекомендації щодо продовження програми після надання послуг. Звіт про оцінку, договір та проект плану подаються разом із повідомленням. План доопрацьовується після консультації з CPECA. Звіт про хід виконання та рекомендації подаються після доопрацювання плану, і CPECA приймає рішення щодо продовження програми.

Постачальники освітніх послуг. На відміну від дорослих, які вживають наркотики, підтримка підлітків, які вживають наркотики, також повинна включати освітні послуги, за потреби. Головна мета — доповнити обов’язкове шкільне навчання та професійну підготовку неформальною освітньою діяльністю, що сприяє реабілітації підлітків. До постачальників освітніх послуг належать державні та приватні довузівські навчальні заклади, дитячі будинки та клуби (а також інші державні та приватні установи, уповноважені на позакласну діяльність), неурядові організації тощо [Райфшнайдер, 2019].

Підлітки, які вживають наркотики, мають доступ до медичних, психологічних та соціальних послуг на тих самих умовах, що й інші діти. Вони також можуть отримувати спеціалізовані медичні, психологічні та соціальні послуги в центрах, уповноважених ANA (Національною асоціацією з питань наркоманії) відповідно до статті 29 Законодавчого декрету № 860/2005. Ці центри уповноважені Міністром охорони здоров'я, Міністром праці, сім'ї та рівних можливостей, а також Міністром внутрішніх справ та адміністративної реформи відповідно до Наказу № 1389/513/282/2018.

Уповноважені центри для підлітків, які вживають наркотики, включають CPECA (Центральну громадську підготовчу школу), Денний центр, Терапевтичний громадський центр, Комплексний центр лікування залежності, Центр детоксикації та Центр зменшення шкоди від наркотиків. Як і для всіх дітей, медична допомога для підлітків, які вживають наркотики, є безкоштовною через медичне страхування, психіатричні центри та національні програми охорони здоров'я. Медичні послуги покриваються приватною системою охорони здоров'я, якщо постачальники не мають договору з CNAS (Національним фондом медичного страхування). У системі охорони здоров'я, системі соціального медичного страхування, діти (до 18 років) охоплюються безкоштовним медичним страхуванням. Цей статус діє до 26 років, за умови, що вони є студентами, практикантами або інтернами, не отримують професійного доходу та перебувають під опікою системи захисту дітей.

Таким чином, підлітки, які вживають наркотики, мають право на такі медичні послуги:

Первинна медична допомога: Щоб отримати ці послуги, діти повинні бути зареєстровані у сімейного лікаря. Вони мають право на щорічний медичний огляд, який зосереджений на зростанні та розвитку, стані харчування та харчових звичках, а також на виявленні та лікуванні ризиків, пов'язаних з віком та статтю. Скринінг молоді включає визначення ризику вживання наркотиків (Ви коли-небудь курили, вживали алкоголь, наркотики або стероїди? Але протягом останніх 12 місяців?).

Спеціалізовані амбулаторні послуги: Дитячі психіатричні консультації та пов'язані з ними послуги (наприклад, психологічні послуги) у спеціалізованих амбулаторних клініках та психіатричних центрах.

Стаціонарне лікування: Госпіталізація з приводу захворювань, пов'язаних з наркотиками, у стаціонарні відділення та служби дитячої психіатрії, токсикології та детоксикації.

Невідкладна медична допомога: догоспітальна (швидка допомога або сімейний лікар у зоні відповідальності) та стаціонарна (візит до відділення невідкладної допомоги).

Направлення сімейного лікаря потрібне лише для медичних послуг, що покриваються медичним страхуванням.

Дитячі та підліткові психіатричні заклади, які часто відвідують молоді наркозалежні, такі як відділення невідкладної допомоги та притулки для дітей вулиці (ПВД), пропонують цим дітям доступ до фахівців дитячої психіатрії для лікування та підтримки утримання від наркотиків. Це може бути забезпечено через [Малкіна–Пих, 2019]:

• CPECA, яка гарантує доступ до лікарів та медичних служб, що співпрацюють;

• Укладати угоди з дитячими психіатрами;

• Укладати протоколи з постачальниками цих послуг;

• Укладати протокол між DGASPC та DSP, який гарантує доступ до медичних послуг у рамках медичного страхування.

Підлітки, які вживають наркотики та перебувають у слідчих ізоляторах, виховних центрах, центрах утримання неповнолітніх під вартою та слідчих ізоляторах, користуються вищезгаданими послугами з лікування та підтримки при абстиненції, що надаються CPECA.

Психологічні послуги для підлітків, які вживають наркотики, надаються у спеціалізованих амбулаторіях, лікарнях та психіатричних службах, у спеціалізованих соціальних службах та в приватних кабінетах психологів. Вони надаються в рамках медичних послуг, у закладах охорони здоров'я, за угодою зі спеціалістами або самостійно в рамках плану лікування. Надання психологічних послуг базується на спеціалізованій акредитації, зокрема в галузях клінічної психології, психологічного консультування, психотерапії, спеціалізованої педагогічної психології, педагогічної психології, академічної та професійної консультації. Психологічна оцінка підлітків, які вживають наркотики, проводиться виключно психологами, що спеціалізуються на клінічній психології.

Психологічні послуги надаються відповідно до потреб і можуть включати, серед іншого, групи самодопомоги, психологічне консультування, різні психотерапії, трудотерапію тощо.

Підлітки, які вживають наркотики, є «вразливою групою» у значенні статті 6 Закону № 292/2021 про соціальну допомогу і тому користуються соціальними послугами. Це може включати сімейні/громадські соціальні послуги, такі як соціальна їдальня, соціальна амбулаторія тощо, а також соціальні послуги для дітей.

Соціальні служби для дітей, включаючи служби для підлітків, які вживають наркотики, акредитовані відповідно до відповідних стандартів, затверджених Національним агентством із захисту прав дітей та усиновлення (ANPDCA).

Закон № 272/2019 про захист та просування прав дітей, з подальшими змінами та доповненнями, передбачає такі види послуг (стаття 119): денний догляд, сімейний догляд та догляд у стаціонарі [Чернецька, 2023].

Послуги денного догляду надаються SPAS. Однак, є кілька винятків, які охоплюються DGASPC: послуги, що є частиною пакету послуг, що включає спеціалізовані послуги для дітей, які постраждали від насильства, спеціалізовані послуги для дітей з інвалідністю та заклади стаціонарного догляду.

Сімейні послуги та заклади стаціонарного догляду надаються DGASPC.

Ліцензовані приватні заклади можуть надавати всі вищезазначені послуги. b) Спеціалізовані соціальні послуги для підлітків, які вживають наркотики

Відповідно до статті 29 Законодавчого декрету № 860/2018 та номенклатури соціальних послуг у Законодавчому декреті № 119, згідно із Законом № 867/2019, спеціалізовані соціальні послуги для підлітків, які вживають наркотики, це:

Нестаціонарні: денні центри профілактики, діагностики та консультування наркозалежності, денні центри комплексної підтримки наркозалежних та денні центри зниження ризику вживання наркотиків;

Стаціонарні: стаціонарні установи в терапевтичних спільнотах.

Інші соціальні послуги для дітей — денні, сімейні або стаціонарні послуги — також вважаються спеціалізованими соціальними послугами, за умови, що вони спрямовані на підлітків, які вживають наркотики.

Надання соціальних послуг — громадських, для дітей, та спеціалізованих послуг для підлітків, які вживають наркотики — рекомендується таким чином:

• Громадські соціальні послуги — для підлітків, які перебувають у групі ризику вживання наркотиків, та підлітків, які вживають наркотики; • Дитячі соціальні служби — для молоді, яка перебуває у групі ризику вживання наркотиків; • Спеціалізовані соціальні послуги (денні послуги, сімейні послуги та лікарняні послуги) — для молодих наркоманів, які перебувають на амбулаторному лікуванні від вживання наркотиків або абстинентного синдрому;

• Спеціалізовані соціальні послуги для молодих наркоманів — для молодих наркоманів, які перебувають на амбулаторному лікуванні.

Залежно від своїх потреб, підлітки, які вживають наркотики, можуть скористатися такими освітніми послугами:

a) Формальна освіта (довузівська освіта) – фахівець, який розробляє план підтримки, повинен забезпечити продовження навчання, з акцентом на обов'язкове шкільне навчання;

б) Освітня та позакласна діяльність;

в) Академічна підтримка за конкретними предметами (домашні завдання, заходи підтримки навчання/труднощі у навчанні/коливання тощо);

г) Заходи реінтеграції та академічна безперервність (Програма «Другий шанс» тощо);

д) Академічне та професійне консультування;

е) Освітнє консультування: академічне, психоосвітнє, професійне та кар'єрне консультування;

є) Інші психоосвітні допоміжні послуги;

ж) Неформальна освіта (освіта у сфері здоров'я, розвиток автономії тощо); Послуги для батьків/опікунів та осіб, що здійснюють догляд.

На відміну від дорослих, які вживають наркотики, підтримка підлітків, які вживають наркотики, повинна включати послуги для батьків/опікунів та, де це доречно, осіб, що здійснюють догляд, таких як близькі родичі, щоб забезпечити їм максимально ефективну програму. Послуги для батьків/опікунів пропонуються відповідно до їхніх потреб і можуть включати:

a) медичні/охоронні;

b) психологічні (наприклад, групи самодопомоги, консультування);

c) соціальні (наприклад, соціальне консультування);

d) освітні (наприклад, медична освіта, консультації батьків, навчання навичкам);

e) професійні (наприклад, пошук роботи, працевлаштування на ринку праці).

**Таблиця 1.1.**

**Етапи соціально-педагогічної реабілітації наркозалежної молоді**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Етап реабілітації | Ключові завдання | Методи та форми роботи | Основні суб’єкти взаємодії | Очікувані результати |
| 1. Діагностичний | • Визначення рівня наркотичної залежності • Аналіз соціального середовища • Оцінка мотивації до змін | • Соц.-псих. діагностика • Співбесіди, анкетування • Індивідуальне планування | • Соціальний педагог • Психолог • Медичний персонал | • Індивідуальна реабілітаційна траєкторія • Визначення потенціалу та ризиків |
| 2. Мотиваційний | • Посилення бажання змін • Подолання опору до змін | • Мотиваційне інтерв’ювання • Групи підтримки • Спілкування з колишніми залежними | • Психолог • Колишні реабілітанти • Волонтери | • Активна участь у програмі • Підвищення внутрішньої мотивації |
| 3. Корекційно-реабілітаційний | • Подолання залежності • Відновлення навичок саморегуляції • Розвиток особистих ресурсів | • Арт-терапія, трудотерапія • Тренінги з психокорекції • Соц.-пед. проєкти | • Соц. педагог • Психолог • Спеціалісти центрів реабілітації | • Зменшення деструктивної поведінки • Зростання рівня автономії |
| 4. Освітньо-професійний | • Формування навчальної/трудової мотивації • Розвиток життєвих компетентностей | • Професійні курси • Наставництво, репетиторство • Виробничі практики | • Педагоги • Кар’єрні консультанти • Соціальні партнери (роботодавці) | • Професійна орієнтація • Соціальна самореалізація |
| 5. Соціальної інтеграції | • Відновлення соціальних зв’язків • Адаптація до соціуму | • Наставництво • Громадська активність • Волонтерська діяльність | • Родина • Громадські організації • Служби зайнятості, пробації | • Зменшення ризику рецидиву • Повноцінна інтеграція в громаду |
| 6. Постреабілітаційний | • Підтримка досягнень • Моніторинг змін та запобігання рецидивам | • Супервізійні зустрічі • Групи тверезості • Індивідуальні консультації | • Соц. педагог • Соц. служби • Підтримувальне оточення | • Закріплення здорових моделей життя • Підвищення соціальної відповідальності |

Такий формат стане в пригоді як для наукової роботи, так і для практичного впровадження програм [Слободчиков, Шувалов, 2020]:

* Аналіз соціального оточення
* Виявлення мотивації до змін | - Соціально-психологічна діагностика
* Бесіди, анкетування
* Складання індивідуального плану | - Соціальний педагог
* Психолог
* Медичний персонал | - Складання індивідуальної реабілітаційної траєкторії
* Визначення рівня ризику та ресурсів | | 2. Мотиваційний | - Формування усвідомленого бажання змін
* Зниження рівня психологічного опору | - Мотиваційне інтерв'ювання
* Групи підтримки
* Історії “рівних” | - Психолог
* Колишні реабілітанти
* Волонтери | - Готовність до активної участі в програмі
* Підвищення внутрішньої мотивації | | 3. Корекційно-реабілітаційний| - Подолання залежної поведінки
* Відновлення навичок саморегуляції та самообслуговування | - Арттерапія, трудотерапія
* Психокорекційні тренінги
* Соціально-педагогічні проєкти | - Соціальний педагог
* Психолог
* Фахівці реабілітаційних центрів | - Зменшення проявів деструктивної поведінки
* Розвиток особистісних ресурсів | | 4. Освітньо-професійний | - Формування мотивації до навчання/праці
* Розвиток життєвих компетентностей | - Курси професійної підготовки
* Репетиторство, наставництво
* Навчально-виробничі практики | - Педагоги
* Кар'єрні консультанти
* Соціальні партнери (роботодавці) | - Отримання професійної кваліфікації
* Розвиток відповідальності й самозабезпечення | | 5. Соціальної інтеграції | - Відновлення соціальних зв’язків
* Адаптація до соціального середовища | - Наставництво
* Волонтерська діяльність
* Участь у громадських ініціативах | - Сім’я
* Громадські організації
* Центри зайнятості, служби пробації | - Успішна інтеграція в суспільство
* Зниження ризику рецидиву | | 6. Постреабілітаційний | - Підтримка стійкого результату
* Збереження досягнень реабілітації | - Супервізійні сесії
* Групи тверезості
* Періодичні консультації | - Соціальний педагог
* Колеги по групі
* Соціальні служби | - Збереження соціального статусу
* Активне громадянське життя |

Цей план можна адаптувати до конкретних умов реабілітаційного закладу або цільової аудиторії.

**Висновки до розділу І**

Наркотична залежність серед молоді є наслідком поєднання соціальних і психологічних чинників — дисфункційне сімейне середовище, соціальна ізоляція, нестабільна самооцінка та відчуття тривоги. Ці фактори створюють середовище, у якому молода людина особливо вразлива до формування деструктивної поведінки.

Причини вживання наркотиків підлітками мають комплексний характер: від прагнення до самоствердження й наслідування групових моделей — до відчуття безвиході, нереалізованості та відсутності позитивних життєвих орієнтирів. Усвідомлення цього дає змогу підвищити ефективність профілактичних заходів і створити підтримувальне середовище.

Процес соціально-педагогічної реабілітації визначається як системне втручання, що поєднує індивідуальну допомогу, психолого-педагогічну підтримку, розвиток соціальних навичок і супровід до повної інтеграції особистості в суспільство. У центрі цього процесу стоїть особистісно зорієнтований підхід, що враховує унікальні потреби кожного реабілітанта.

Фахівець із соціальної педагогіки відіграє ключову роль у модерації змін, виступаючи не лише консультантом, а й наставником, координатором міждисциплінарної взаємодії та джерелом мотивації для молоді в процесі відновлення.

**Розділ ІІ Аналіз сучасного стану системи соціально-педагогічної реабілітації в Україні**

**2.1. Характеристика цільової групи: соціальний портрет наркозалежної молоді**

Експерти вважають, що наркозалежні, особливо підлітки, демонструють певні слабкості особистості ще до того, як почнуть вживати наркотики.

Для багатьох підлітків основною мотивацією є бажання бути іншим, страх бути іншим та бажання стверджувати власну ідентичність, чинячи опір іншим.

Страх глузувань, страх виглядати дитячим та бажання наслідувати дорослих сприяють їхньому ранньому виродженню. Таким чином, підлітки починають палити, пити, грати в азартні ігри та шукати можливості продемонструвати свою силу та мужність. Потяг, який підлітки у певному віці відчувають до груп підлітків, а іноді й дорослих, також можна пояснити тим, що група пропонує їм можливість задовольнити бажання, суворо заборонені батьками, та брати участь у пригодницьких та цікавіших заходах. Основними наслідками групового життя є розвиток залежностей серед її членів. Бажання виділитися, страх бути відкинутим і страх бути ізольованим, якщо вони відкинуть пропозиції так званих «посвячених», змушують нових членів ігнорувати ризики, яким вони себе наражають [Білик, 2020].

Ще однією причиною є тиск однолітків; підлітки мають різну здатність протистояти тиску з боку оточення, залежно від їхньої самооцінки, глибини життєвих ідеалів, стосунків з родиною, успішності в навчанні та образу, який вони мають про себе та хочуть проектувати на інших. «Однак залежність від психоактивних речовин, зловживання, сп'яніння та абстинентний синдром зазвичай передбачають одночасне або надмірне вживання кількох речовин». Наприклад, кокаїнові наркомани часто також вживають алкоголь, анксіолітики або опіати для полегшення стійких симптомів тривоги, спричинених кокаїном. Наркоман, який досяг стадії наркоманії, більшу частину свого часу витрачає на пошуки та вживання наркотиків. Їхній спосіб життя повністю порушений. Життєво важливі потреби, такі як пиття, їжа та сон, є вторинними. Їхній циркадний ритм зворотний: вони живуть вночі та сплять вдень. Крім того, з'являються симптоми, що відображають погіршення їхнього загального стану. Вони більше не звертають уваги на своє здоров'я, оскільки більше не сприймають правильно біль, спричинений інфекційними, ревматичними або неопластичними процесами тощо. Кілька показників, пов'язаних зі вживанням наркотиків: дратівливість; психологічна та поведінкова нестабільність; подразнення очей; параноїдальні думки; невиправдана та недоречна агресія; депресія; апатія; розлади та труднощі мовлення; зниження успішності; зниження мотивації; дратівливість, ірраціональність; та проблеми у стосунках.

Якщо наркотична залежність вже встановлена, можуть знадобитися значно більші зусилля, і ці зусилля повинні бути ретельно керовані. «Основа уваги повинна бути зосереджена не лише на вживанні наркотиків, а й на інших проблемах і труднощах, з якими стикається молода людина». Як тільки наркотична залежність виникла, суб'єкт переживає різні стани: перед тим, як прийняти наркотик, він відчуває нагальну потребу його вжити; Після прийому вони відчувають стан великого задоволення, а не надзвичайну ейфорію, характерну для людей, які не страждають на залежність. Коли дія наркотику зникає, залежний відчуває неприємні наслідки синдрому відміни, і психологічне та/або фізіологічне бажання вживати наркотик знову з'являється. Таким чином, мотивація до вживання наркотиків змінюється від позитивного стану ейфорії у людини, яка не страждає на залежність, до бажання уникнути негативного та неприємного стану (синдрому відміни) у залежного.

**2.2. Особливості реалізації реабілітаційних програм**

Залежність – це хронічне захворювання, що характеризується втратою контролю над певною поведінкою, такою як вживання психоактивних речовин, азартні ігри, використання комп’ютера тощо. Ця втрата контролю має довгострокові наслідки для всіх аспектів життя залежної особи. У своїй найважчій формі цей розлад спричиняє тривалі страждання, що чергуються з періодами одужання та рецидивів. Зміни в мозку зберігаються ще довго після припинення вживання. Ці зміни відповідають за високий рівень рецидивів. Механізми, за допомогою яких відбуваються ці зміни, та способи їх усунення, ще не повністю вивчені. Термін «розлад, пов’язаний із вживанням психоактивних речовин», стосується групи різних речовин та розладів (наприклад, зловживання/шкідливе вживання, залежність, сп’яніння, абстинентний синдром та психіатричні синдроми та розлади, що виникають внаслідок вживання психоактивних речовин). Зловживання психоактивними речовинами/шкідливе вживання та залежність від них – це два розлади, які часто зустрічаються в клінічній практиці.

Ці розлади як психічні та поведінкові розлади, що виникають внаслідок вживання психоактивних речовин. Ця діагностична категорія визначена для таких речовин: алкоголь, опіати, канабіноїди, транквілізатори та снодійні засоби, кокаїн, інші стимулятори, галюциногени, тютюн, леткі розчинники, а також окрема категорія для вживання більше одного наркотику або психоактивної речовини [Онипченко, Чернуха, Сургова, 2023].

У цій категорії різні клінічні стани розрізняються відповідно до певних діагностичних критеріїв: гостра інтоксикація; шкідливе вживання; синдром залежності; стан відміни (з маренням або без нього); психотичний розлад; синдром пам'яті; залишкові та відстрочені симптоми психотичного розладу; інші психічні та поведінкові розлади.

Гостра інтоксикація – це тимчасовий стан, що виникає після вживання алкоголю або інших психоактивних речовин і викликає порушення свідомості, когнітивних функцій, сприйняття, афекту та інших фізіологічних функцій і реакцій.

МКХ 10 визначає шкідливе вживання як модель вживання речовин, яка погіршує здоров'я, фізичне чи психологічне. Синдром залежності охоплює фізіологічні, поведінкові та когнітивні явища, при яких вживання речовин має перевагу над іншими поведінковими процесами, які раніше цінувалися людиною.

Для цього діагнозу МКХ-10 визначає наявність щонайменше трьох із наступних критеріїв, що спостерігалися протягом останнього року:

a. Компульсивне або компульсивне потяг до речовини;

b. Труднощі у початку, припиненні та контролі кількості вживання речовини;

c. Стан психологічної абстиненції після зменшення або припинення вживання, що проявляється синдромом, характерним для даної речовини;

d. Наявність толерантності у формі потреби у вищих дозах речовини для досягнення ефектів, спочатку викликаних нижчими дозами;

e. Поступова втрата задоволення або інтересів, пов'язаних із вживанням речовини, зі збільшенням часу, необхідного для отримання або введення речовини або для відновлення від її впливу;

f. Продовження вживання речовини, незважаючи на чіткі докази несприятливих наслідків. Цей діагноз може мати різні характеристики: утримання на даний момент; утримання на даний момент, але в захищеному середовищі; перебування під постійним наглядом або замісною терапією; утримання на даний момент, але лікування речовинами, що викликають негативні або інвалідизацію; активна залежність; безперервне вживання; епізодичне вживання [Клейберг, 2023].

Синдром відміни охоплює симптоми, що виникають після повного або часткового відміни психоактивної речовини після багаторазового, тривалого та/або високодозового вживання. Початок та прогресування обмежені в часі та залежать від типу речовини та дози, що споживалася безпосередньо перед початком фази відміни. Абстиненція може ускладнюватися епілептичними нападами. (МКХ 10)

Одужання від залежності – це процес, який включає зміни та поступовий прогрес до збалансованого, приємного та задовільного життя без вживання наркотиків.

Особи з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, відрізняються кількома клінічно значущими характеристиками:

• Кількість та тип споживаних речовин

• Генетична схильність до розвитку розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин

• Тяжкість розладу, швидкість прогресування та ступінь функціональних порушень

• Індивідуальне усвідомлення розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин, як проблеми

• Готовність до змін та мотивація до звернення за лікуванням

• Супутні загальномедичні та психіатричні стани (що виникають окремо або спричинені вживанням психоактивних речовин)

• Індивідуальні сильні та слабкі сторони (фактори ризику та захисту)

• Соціальний, екологічний та культурний контекст, у якому живе та лікується людина

Тому в огляді літератури рекомендується багатовимірна оцінка для виявлення зв'язків між поведінкою, пов'язаною зі вживанням психоактивних речовин, та різними сферами та аспектами життя залежного. Ці зв'язки потім класифікуються на фактори ризику, обмеження та бар'єри для одужання, та/або захисні фактори, ресурси, сильні сторони та можливості. На основі цілей пацієнта щодо змін та результатів діагностики визначаються та пріоритетизуються терапевтичні втручання. Крім того, оцінка може проводитися в один або кілька сеансів, залежно від типу послуги та рівня підтримки. Клінічне інтерв'ю рекомендується як центральний інструмент.

Національна система стандартів психологічної та соціальної допомоги споживачам наркотиків (Національне агентство з боротьби з наркотиками, 2005) вважає багатовимірну оцінку фундаментальною для лікування залежних розладів, як для діагностики, так і для оцінки ступеня дисфункцій на біологічному, психологічному, соціальному та правовому рівнях. Оцінка розроблена як форма функціонального аналізу, метою якого є висвітлення кожного функціонального зв'язку та дозволяє:

– виявлення проблемної поведінки;

– знання функціональних елементів або змінних, що впливають на взаємодію: функція стимулу – функція реакції;

– виявлення додаткових змінних, які не є частиною взаємодії та не є специфічними для неї, тобто диспозиційних змінних, що стосуються як пацієнта, так і його оточення, і які впливають на ймовірність втручання.

Розробка персоналізованого втручання для кожної людини:

• Постановка цілей

• Створення індивідуального плану догляду

• Розробка конкретних методів втручання

• Вибір оптимальної структури догляду

• Визначення потреб у ресурсах підтримки

• Вибір стилів догляду

• Моніторинг та оцінка результатів втручання.

**Таблиця 2.1.**

**Ключові сфери, за якими здійснюється оцінка потреб**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сфера оцінки потреб** | **Опис** | **Потенційні критерії для адаптації програми** |
| **Фізичне здоров’я** | Стан загального соматичного і психічного здоров’я, наявність хронічних захворювань або залежностей | • Доступ до медичних послуг • Забезпечення безпеки й догляду |
| **Психоемоційний стан** | Рівень стресу, тривоги, депресивних симптомів, емоційна стабільність | • Наявність психологічного супроводу • Стратегії стабілізації емоційного стану |
| **Соціальне оточення** | Якість стосунків із родиною, ровесниками, громадою | • Сімейна підтримка • Залучення до громадських ініціатив |
| **Освітній і професійний рівень** | Доступ до освіти, професійної підготовки, рівень навичок та компетентностей | • Можливість навчання або перекваліфікації • Наставництво |
| **Поведінкові установки** | Наявність ризикованої поведінки, здатність до самоконтролю, готовність до змін | • Робота з мотивацією • Формування нових моделей поведінки |
| **Правове становище** | Проблеми із законом, потреба у пробаційному супроводі або ресоціалізації | • Юридична підтримка • Співпраця з правоохоронними органами |
| **Житлово-побутові умови** | Стабільність житла, доступ до базових ресурсів, фінансова незалежність | • Допомога у забезпеченні житлом • Підтримка у працевлаштуванні |
| **Культурно-ціннісні особливості** | Урахування релігійних, національних, гендерних і особистісних ідентичностей | • Культурно чутливі методи • Індивідуалізація втручань |

З огляду на складність проблеми та безліч професійних завдань, які необхідно виконати, стандарти Національної системи психологічної та соціально-медичної допомоги споживачам наркотиків (Національне агентство з боротьби з наркотиками) рекомендують втручання багатопрофільної команди, координованої менеджером з питань випадків, який сприяє узгодженості, безперервності та послідовності процесу одужання. Результати оцінки синтезуються та аналізуються менеджером з питань випадків у звіті про оцінку.

Керівні принципи Американської психологічної асоціації (APA) підкреслюють необхідність комплексної оцінки, яка є важливою для догляду за людьми, які страждають від розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та рекомендують залучення відповідних зацікавлених сторін (сім'ї, колег, роботодавців, медичних працівників тощо), коли це можливо. Основними цілями оцінки є:

Встановити діагноз та розробити план лікування, адаптований до контексту та потреб пацієнта. Враховуються такі моменти:

1. Детальна історія вживання психоактивних речовин пацієнтом від початку до теперішнього часу та її вплив на когнітивне, психологічне, поведінкове та фізіологічне функціонування;

2. Будь-який анамнез лікування розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин;

3. Повний медичний та психіатричний анамнез;

4. Якісний та кількісний скринінг речовин у крові, сечі та диханні, а також лабораторні аналізи на гострі або хронічні захворювання, які можуть бути пов'язані зі вживанням психоактивних речовин;

5. Скринінг на інфекційні захворювання та інші стани, що зазвичай зустрічаються у осіб зі зловживанням психоактивними речовинами (наприклад, вірус імунодефіциту людини [ВІЛ], туберкульоз, гепатит);

6. Повний сімейний та соціальний анамнез;

7. Індивідуальні уподобання, мотивація та перешкоди для лікування. Згідно з британськими рекомендаціями точний діагноз є важливим для початку та продовження лікування пацієнта. Це також підкреслює важливість повної та комплексної діагностики. Це процес, який може охоплювати кілька сеансів або консультацій, залежно від причин консультації або безпосередніх ризиків, для вирішення негайних потреб та проблем після встановлення діагнозу. Основні аспекти діагностики споживачів наркотиків:

1. Вживання алкоголю та наркотиків

a. Вживання наркотиків (історія вживання, вид наркотику, кількість та частота, схеми вживання, шляхи введення, ознаки залежності, джерело вживання наркотику (включаючи приготування), рецептурні препарати та куріння);

b. Вживання алкоголю (кількість та частота, схеми вживання, надмірне чи помірне, та ознаки залежності);

2. Фізичне та психічне здоров'я

a. Фізичні проблеми, включаючи ускладнення вживання наркотиків та/або алкоголю, інфекції та ризиковану поведінку, захворювання печінки, абсцеси, передозування, серйозні фізичні вади, сексуальне здоров'я та вагітність;

b. Проблеми з психічним здоров'ям, включаючи розлади особистості, самоушкоджувальну поведінку, історію насильства або травм, депресію та тривогу, а також серйозні психічні супутні захворювання. 3. Злочинність – правові проблеми, такі як арешти, штрафи, звинувачення та ордери на арешт, випробувальний термін, тюремне ув'язнення, насильницькі злочини та кримінальна діяльність тощо.

4. Соціальне функціонування

a. Соціальні проблеми, такі як домашнє насильство, сімейне насильство, житло, освіта, працевлаштування, пільги та фінансові проблеми.

b. Дитинство та проблеми, такі як виховання дітей, вагітність та добробут дітей.

У рекомендаціях Великої Британії (Клінічні рекомендації щодо зловживання наркотиками та наркоманії, оновлення 2017 року, Незалежна робоча група експертів, 2017) рекомендується працювати в рамках багатопрофільної команди під керівництвом ключової особи. Результати оцінки фіксуються у звіті, який слугує основою для обговорень та переговорів з пацієнтом щодо цілей одужання та плану лікування.

**Висновки до розділу ІІ**

Наркозалежна молодь в Україні — це соціально вразлива група, яка зазвичай характеризується:

* нестабільним сімейним середовищем (насильство, байдужість, відсутність підтримки);
* низьким рівнем освіти або її перериванням;
* відсутністю професійної реалізації та економічної стабільності;
* впливом маргінальних субкультур або кримінального середовища;
* емоційною нестабільністю, тривожністю, депресивними станами;
* відчуженням від соціальних інститутів — школи, громади, родини.

Цей портрет дозволяє фахівцям точніше визначати потреби молоді та адаптувати реабілітаційні стратегії до конкретних життєвих обставин.

Сучасна система соціально-педагогічної реабілітації в Україні має такі особливості: фагментарність і нерівномірність доступу: у різних регіонах рівень доступу до якісних програм суттєво відрізняється, особливо в умовах воєнного стану та внутрішньої міграції; недостатня міжвідомча координація: відсутність єдиної стратегії між освітніми, медичними, соціальними та правоохоронними структурами ускладнює комплексний підхід до реабілітації; обмежене фінансування та кадровий дефіцит: нестача кваліфікованих соціальних педагогів, психологів, а також недостатнє фінансування програм знижують ефективність втручань; інноваційні практики реалізуються точково: деякі громадські організації та центри впроваджують ефективні моделі (наприклад, арт-терапію, волонтерські програми, наставництво), але вони не масштабуються на державному рівні; потреба в адаптації до нових викликів: війна, внутрішнє переміщення, зростання психоемоційного навантаження вимагають оновлення підходів до реабілітації та профілактики.

**Розділ ІІІ Моделювання соціально-педагогічної програми реабілітації наркозалежної молоді**

**3.1. Розробка програми з урахуванням індивідуальних та соціокультурних особливостей**

Оцінювання психосоціальних втручань слід проводити протягом кількох сеансів з пацієнтом. Оцінювач повинен знайти баланс між отриманням вичерпної інформації та покращенням дотримання режиму лікування. Один зі способів досягнення цього – встановити цілі лікування на ранній стадії, які відображають короткострокові та довгострокові побажання пацієнта. Терапевт повинен ретельно керувати цією ранньою фазою, щоб забезпечити отримання пацієнтом важливої інформації про всі основні варіанти, не створюючи враження, що він ігнорує свої поточні пріоритети. Терапевти повинні співпрацювати з пацієнтом, щоб визначити бажані варіанти з підтримуючого та гнучкого меню та запропонувати пацієнту можливість переглянути свої рішення в рамках поточного процесу. Згідно з цією ж рекомендацією, фахівці, які оцінюють пацієнтів, повинні вміти [Березін, Лисицький, 2022]:

– Оцінювати бажання, цілі та сильні сторони (навіть якщо вони не пов’язані з наркотиками)

– Виявляти проблеми (фізичні, психологічні чи соціальні), які можуть поставити під загрозу участь у лікуванні

– Оцінювати готовність до змін або мотивацію та реагувати на їх посилення

– Враховувати функцію вживання наркотиків та/або алкоголю (наприклад, героїн для притуплення емоційного болю або стимулятори для участі в сексуальних вечірках).

Оцінювання сильних сторін

Необхідні ресурси є індивідуальними та також варіюються залежно від того, чи розпочато, підтримується чи впроваджено лікування. Це може включати:

– Особисті ресурси (наприклад, навички, рівень особистої відповідальності, психічне та фізичне здоров'я, професійний статус та значуща діяльність)

– Особисті ресурси, пов'язані із соціальною мережею (наприклад, підтримка та відданість родині, чоловіку/дружині, дітям, друзям, колегам та місцевій громаді)

– Ключові фактори соціального середовища (наприклад, фінанси, безпечне та стабільне житло, стабільність роботи)

– Культурні ресурси (продовження індивідуальних ресурсів, таких як цінності, переконання та ставлення)

– Визначення членів соціальної мережі пацієнта, які можуть бути залучені до процесу лікування

– Оцінка регулярних контактів пацієнта з іншими людьми під час одужання

– Визначення членів сім'ї, яким може знадобитися підтримка.

Оцінка ризиків є важливим компонентом оцінювання, оскільки вона може допомогти визначити терміни та цілеспрямованість психосоціальних втручань відповідно до рекомендацій. Конкретні ризики вживання наркотиків включають:

– Передозування

– Наркотики та алкоголь

– Небезпечне вживання ін’єкцій та небезпечна сексуальна практика

– Небезпека для себе та/або інших

Ризики для дітей-залежних слід оцінювати якомога швидше після звернення до служб. Метою виявлення ризиків є розробка плану дій для визначення пріоритетів, зменшення або усунення цих ризиків.

Деякі ризики можуть суттєво вплинути на одужання людини. Основною метою психосоціальних втручань може бути визначення пріоритетів вирішення деяких із цих ризиків у консультації з користувачем. Однак важливо зазначити, що в деяких випадках клініцист може не бажати повністю втручатися в лікування (наприклад, якщо є занепокоєння щодо дітей-залежних або якщо припинення небезпечних ін’єкцій не є узгодженою метою). Це вимагає певного рівня експертизи та чутливості, що може бути підкріплено клінічним наглядом.

Керівні принципи оцінки Американської психологічної асоціації (APA) підкреслюють, що підхід клініциста до оцінки розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, варіюється залежно від обставин пацієнта.

Людина, яка визнає наявність розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин, може бути готова звернутися за лікуванням та пройти комплексну оцінку. Однак багато пацієнтів неохоче звертаються за лікуванням, і підтримка їхнього лікування може вимагати адаптації процесу оцінки до їхнього розуміння та мотивації. Наприклад, люди із залежністю від бензодіазепінів часто страждають від тривожних розладів, але не мають мотивації зменшити їх вживання. Аналогічно, люди з біполярним розладом часто мають супутній розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, але не визнають або не приймають, що їх вживання є проблематичним (наприклад, вживання алкоголю вночі для сну). У цьому випадку консультування може допомогти людині усвідомити, що її розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, є проблемою [Вовкогон, 2020]. Це може подовжити процес оцінки та дозволити клініцисту адаптувати втручання до ступеня змін пацієнта. Або ж на людину можуть чинити тиск для проведення оцінки невдоволені члени сім'ї або правова система. Ці особи можуть неохоче проходити оцінку та не бути мотивованими змінювати свою поведінку поза межами наслідків сімейних чи судових рішень. У цьому випадку клініцист повинен спробувати встановити партнерські стосунки з особою, яка розглядає направлену особу як цінне джерело інформації та підтримки, а не як джерело покарання. Допомога людині в управлінні її розладом також є пріоритетом, але не завжди можливою. З часом може знадобитися комплексна оцінка розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин. Додаткові деталі включаються до початкової оцінки, оскільки тоді людина може легше поділитися відповідною інформацією про своє вживання та може бути більш охоче розглядати зміни. Керівні принципи Американської психологічної асоціації (APA).

Протокол психологічної оцінки осіб, які зловживають психоактивними речовинами рекомендує підхід до психологічної оцінки, який включає такі елементи:

Оцінка навичок самоконтролю (психологічні ресурси)

A) Попередні спроби лікування.

- Кількість та час спроб.

- Метод (медикаментозна підтримка, тип закладу тощо).

- Результати: успіх чи невдача.

- Труднощі, що виникли, та використані стратегії подолання.

- Дотримання професійних інструкцій, доречних чи ні.

B) Знання симптомів абстиненції та наслідків програми лікування.

C) Страхи, пов'язані з симптомами абстиненції та пов'язаними з ними ситуаціями. Навички подолання.

D) Мотивація до лікування.

E) Очікування щодо результатів програми лікування та наданих послуг.

Оцінка членів сім'ї (соціальні ресурси)

A) Ваші знання про проблеми зловживання психоактивними речовинами, процес абстиненції та симптоми абстиненції. B) Ваша здатність здійснювати контроль під час абстиненції:

a) Попередні спроби, в яких ви брали на себе цю роль.

• Результати: успіх чи невдача.

• Виявлення вживання.

• Уникнення ризикованих ситуацій.

• Дії, пов'язані з неналежною поведінкою відповідної особи (маніпуляції, агресія, брехня).

• Інші моделі поведінки, які можуть сприяти або перешкоджати процесу (заохочення, перебільшені коментарі, звинувачення).

• Виконання інструкцій експерта.

b) Дані про виконання інструкцій у поточному втручанні.

c) Очікувані труднощі та стратегії їх вирішення. Самооцінка самоефективності.

d) Мотивація: Рішення було прийнято з власної ініціативи або під тиском інших факторів.

c) Співпраця та участь у програмі лікування.

d) Очікування успіху лікування.

Топографічний аналіз

A) Змінні середовища:

1. Фізичні фактори (умови життя, район, фінансова/доступність наркотиків)

2. Соціальні фактори (аспекти, пов'язані із соціально-економічним статусом, походженням сім'ї, дозвіллям, друзями та соціальними ресурсами громади)

B) Суб'єктивні змінні:

1. Соціально-професійні фактори (рівень освіти, кар'єрний шлях, судимість)

2. Біологічні фактори (медичні аспекти – гепатит, ВІЛ тощо; зовнішність – гігієнічні звички, одяг тощо)

3. Психологічні фактори (історія вживання наркотиків, попередні спроби вживання та утримання, мотивація, самоконтроль, навички вирішення проблем, підкріплення, соціальні навички тощо)

Щодо топографічного аналізу, протокол психологічної оцінки споживачів наркотиків передбачає: що початкова оцінка повинна зосереджуватися на детальному аналізі суб'єктивних змінних. Якщо інформація про змінні середовища недоступна на момент початкової психологічної оцінки (оскільки вони не були оцінені іншими експертами багатопрофільної команди), також враховується необхідність збору цієї конкретної інформації.

Багато людей не одразу підтримують бажані зміни та повертаються до вживання наркотиків після періоду утримання. Ці рецидиви можна полегшити, розглядаючи їх як навчальний досвід: деякі цілі могли бути нереалістичними, деякі стратегії могли бути неефективними, або деякі фактори навколишнього середовища могли бути проігноровані. Рецидив означає, що цикл повернувся до попередньої стадії (зазвичай споглядання, не обов'язково підтримка чи дія). Іноді людина навіть досягає стадії перед спогляданням (тимчасове знеохочення або небажання змінюватися).

Існує низка діагностичних інструментів для наркоманії. За останнє десятиліття ця галузь значно розвинулася, і їх використання стало поширеним. Національний інститут алкоголю та алкоголізму (NIAAA) перераховує 89 інструментів на своєму веб-сайті (http://www.niaaa.nih.gov/), більшість з яких присвячені вживанню алкоголю. Вони класифікуються за цільовою групою (дорослі або підлітки) та метою оцінки (скринінг, діагностика, оцінка поведінки споживання, планування лікування, оцінка лікування та перебігу, а також оцінка результатів). Європейський центр моніторингу наркотиків та наркоманії (EMCDDA) здійснив проект зі збору інструментів для оцінки програм профілактики та лікування, використовуючи огляд міжнародної бібліографії з цієї теми. З 250 визначених інструментів приблизно 150 було відібрано після вивчення їхніх характеристик, наукових і психометричних якостей і включено до бази даних. Зібрані інструменти можна розділити на дві основні області: 1) Інструменти для оцінки програм профілактики (загалом 24, розділені на п'ять областей дії); 2) Інструменти лікування (загалом 124, що відповідають п'яти областям оцінки: вартість (1), потреба (58), результати (18), процес (42) та задоволення (5). Кожен з цих інструментів має детальний технічний паспорт з детальним описом їхніх функцій. Деякі інструменти доступні кількома мовами, а доступ до інструментів безкоштовний [Семенюк, 2020].

Важко знайти оптимальну систематичну класифікацію існуючих інструментів оцінювання. У першому наближенні ці інструменти можна розділити на дві широкі групи відповідно до їхнього призначення та області оцінювання: ті, що використовуються в клінічній оцінці загалом, та ті, що використовуються в оцінці програм. Перша група призначена для оцінювання пацієнтів з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин; вони охоплюють різні області та мають різноманітні сфери застосування. Хоча деякі з цих інструментів також використовувалися для розробки показників оцінки програм, існують специфічні інструменти для цієї мети, які ми розглянемо детальніше, враховуючи цілі цієї монографії та зміст досліджень, що її складають.

Ми розглядаємо клінічну оцінку як комплексний та цілісний процес, що охоплює різноманітні підходи до оцінювання. Міллер, Вестерберг та Вальдрог (1995) виділяють шість різних, але взаємодоповнюючих функцій у процесі оцінювання: скринінг, діагностика, оцінювання, мотивація, планування та моніторинг. Кожну з цих функцій можна виконати за допомогою специфічних інструментів оцінювання. У кожній групі всі вони переслідують одну й ту саму мету або область оцінювання, але можуть відрізнятися іншими структурними аспектами (наприклад, складністю, типом адміністрування тощо).

**3.2. Принципи, методи та форми роботи фахівця із соціальної педагогіки**

Згідно з рекомендаціями Американської психологічної асоціації (APA), психосоціальні методи лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, спрямовані на усунення компульсивного вживання речовин шляхом зміни поведінки та думок пацієнтів, а також впливу на їхню соціальну регуляцію та функціонування. Хоча методи та теорії терапевтичного втручання значно різняться залежно від підходу, всі вони спрямовані на одну або декілька з наступних цілей:

1) Підвищення мотивації до припинення або зменшення вживання речовин;

2) Навчання стратегіям подолання труднощів;

3) Модифікація підкріплювальних умов;

4) Заохочення до управління больовими наслідками;

5) Покращення соціальної підтримки та міжособистісного функціонування.

Рекомендації Американської психологічної асоціації (APA) також підкреслюють важливість психосоціальних методів лікування для багатьох аспектів процесу одужання. Тому мотиваційна підтримка необхідна для уникнення вживання речовин, для подолання дискомфорту ранніх та тривалих симптомів абстиненції, а також для збору енергії для запобігання рецидиву, незважаючи на постійну тягу. Стратегії подолання необхідні для управління та запобігання ситуаціям, які підвищують ризик рецидиву. Для зміни вживання речовин слід шукати та використовувати альтернативні джерела винагороди або полегшення симптомів. Дисфоричні ефекти, такі як гнів, смуток або тривога, необхідно контролювати, щоб запобігти подальшому вживанню. Важливо встановити або відновити соціальні стосунки, що сприяють одужанню.

Пацієнти з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, мають дуже різні потреби в кожному з цих аспектів одужання. У високомотивованих пацієнтів з хорошими міжособистісними навичками та соціальною підтримкою коротких втручань або методів самодопомоги може бути достатньо для одужання. Однак цей процес не може бути досягнутий лише за допомогою детоксикації або медикаментів. Важливо враховувати ці психосоціальні аспекти одужання при плануванні лікування, щоб визначити потребу в поведінковій терапії [Андрєєва, 2021].

Згідно з рекомендаціями Американської психологічної асоціації (АПА), переваги фармакотерапії для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, можуть бути обмеженими, якщо їх не поєднувати з додатковою психотерапією. Наприклад, передчасне припинення підтримуючої терапії налтрексоном від опіоїдної залежності є поширеним явищем і може бути пом'якшено одночасною поведінковою або сімейною терапією. Переваги дисульфіраму без додаткової психотерапії можуть бути обмеженими, частково через погану комплаєнсність у лікуванні. Однак його ефективність може бути підвищена, якщо його запропонувати в рамках угоди з членом сім'ї або близькою людиною. Підтримуюча терапія метадоном від опіоїдної залежності є найефективнішим фармакологічним методом лікування утримання від вживання психоактивних речовин. Існують вагомі докази, що підтверджують його вплив на утримання в лікуванні та його зв'язок зі зниженням вживання опіоїдів та незаконної діяльності. Однак ефективність програми значно варіюється залежно від якості та кількості додаткових послуг у сфері психічного здоров'я. Крім того, Маклеллан та ін. показали, що підтримуюча терапія метадоном досягає прийнятних результатів лише для невеликої частини пацієнтів, і що результати покращуються пропорційно інтенсивності одночасної психосоціальної підтримки. Нещодавній метааналіз підтвердив, що поєднання психосоціального лікування та підтримуючої терапії метадоном призводить до більшого зниження вживання героїну у осіб з опіоїдною залежністю, ніж лише підтримуюча терапія метадоном.

Керівні принципи АПА рекомендують використання психотерапевтичних втручань для подолання обмежень фармакотерапії розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин:

1) Ліки часто лише частково усувають синдром залежності від речовин і не впливають на інші аспекти (наприклад, метадон має обмежену ефективність у вирішенні соціальних дефіцитів, що виникають внаслідок тривалого вживання речовин до початку лікування); Багато ліків також мають змінний або лише частковий вплив на відповідний симптом;

2) Побічні ефекти або відстрочені ефекти ліків можуть погіршити прийняття лікування та дотримання режиму;

3) Ліки часто спрямовані на один клас речовин, тоді як вживання полісубстанцій є нормою в групах, що отримують лікування; 4) Користь від прийому ліків, як правило, зменшується після припинення їх прийому, але ризик рецидиву зберігається протягом усього життя.

Психосоціальні стратегії для подолання цих обмежень та підвищення ефективності фармакотерапії включають:

• Посилення мотивації пацієнта припинити вживання психоактивних речовин шляхом прийому призначених ліків;

• Підтримка пацієнта у прийомі ліків та управлінні побічними ефектами;

• Підтримка мотивації пацієнта продовжувати лікування після початкового періоду утримання;

• Встановлення підтримуючих терапевтичних стосунків для запобігання передчасному припиненню лікування;

• Допомога пацієнту в розвитку навичок адаптації до життя, вільного від вживання психоактивних речовин.

Важливість психосоціального лікування ще більше посилюється визнанням того, що ефективних фармакотерапій для розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, небагато, і вони значною мірою обмежуються лікуванням опіоїдної, алкогольної та нікотинової залежності. Наразі не існує ефективної фармакотерапії для кокаїну та інших стимуляторів, канабісу, галюциногенів та седативних/снодійних засобів. Психосоціальна терапія залишається основним методом лікування залежності від психоактивних речовин.

Мотиваційне інтерв'ювання базується на наборі терапевтичних принципів, методів консультування та, найголовніше, стилі взаємодії, в якому терапевт бере на себе роль співрозмовника з пацієнтом та створює атмосферу співпраці. Терапевт володіє специфічними навичками, такими як постановка відкритих запитань, уважне слухання, синтез та рефлексія над ідеями пацієнта, а також надання підтримки та запевнення. Цей підхід базується на принципі, що пацієнти переконують себе, що зміни є бажаними, досяжними та корисними. (Оновлення Клінічних рекомендацій щодо зловживання наркотиками та залежності від них 2017 року, Незалежна робоча група експертів, 2017). Мотиваційне інтерв'ювання є довгостроковим продовженням початкової стратегії короткого втручання. Воно продовжує мотиваційне інтерв'ювання та готує пацієнта до зміни його поведінки щодо вживання наркотиків. Воно поєднує методи когнітивного, клієнтоорієнтованого, системного та соціально-психологічного підходів переконання та може застосовуватися навченими терапевтами в центрах лікування залежностей, психіатричних лікарнях та приватній практиці. Коротка мотиваційна терапія (КМТ) характеризується емпатичним підходом. Терапевт мотивує пацієнта, розпитуючи про переваги та недоліки певних моделей поведінки, досліджуючи цілі пацієнта та дилему, пов'язану з їх досягненням, а також уважно слухаючи його відповіді. Цей терапевтичний метод ефективний навіть у пацієнтів з низькою мотивацією до змін, що в багатьох випадках є практичною перевагою над іншими методами лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Короткі мотиваційні втручання базуються на стратегіях мотиваційного інтерв'ювання. Зазвичай вони складаються з однієї або кількох коротких (10–60 хвилин) сесій, спрямованих на вивчення дилеми зміни поведінки, та проводяться без осуду. Ці втручання слід пропонувати людям, які мало контактують зі службами або взагалі не контактують зі службами (наприклад, тим, хто проходить програми обміну голок); вони, ймовірно, принесуть реальну користь.

Групова терапія вважається важливим і цінним компонентом програми лікування багатьох пацієнтів із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин. З цією групою пацієнтів використовувалося багато видів групової терапії, включаючи когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), інтерактивну психотерапію (ІПТ), парну поведінкову терапію, модифіковану психодинамічну терапію, інтерактивну терапію, раціонально-емоційну терапію, гештальт-терапію та психодраму [Чернушенко, 2023].

Групова терапія найкраще використовує час терапевта. Крім того, деякі аспекти групової терапії можуть зробити її ефективнішою, ніж індивідуальне лікування для людей із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин. Враховуючи соціальну стигму, пов'язану з нездатністю людини контролювати вживання психоактивних речовин, присутність інших членів групи, які визнають подібну проблему, може забезпечити комфорт. Крім того, інші члени групи, які досягли більшого прогресу у своєму одужанні, можуть служити взірцями для наслідування та демонструвати, що спроби припинити вживання психоактивних речовин не є марними. Ці більш досвідчені члени можуть запропонувати різноманітні стратегії подолання, що виходять за рамки репертуару, з яким знайомий навіть найдосвідченіший індивідуальний терапевт. Крім того, члени групи можуть виступати в ролі «приятелів» і пропонувати постійну підтримку поза груповими сесіями; це те, чого більшість професійних терапевтів не роблять. Зрештою, публічний характер групової терапії забезпечує потужний стимул для запобігання рецидивам. Можливість публічно розкривати кількість днів утримання, у поєднанні зі страхом публічного визнання рецидиву, надає членам групи ефективний важіль для боротьби з розладом, що характеризується серйозно порушеними механізмами внутрішнього контролю. Люди з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, характеризуються дисфункціональними механізмами внутрішнього контролю, і груповий процес може бути важливим джерелом зовнішнього контролю. Крім того, оскільки група складається з осіб, які одужують, її члени краще здатні виявляти приховане вживання або ранні ознаки рецидиву в інших, ніж індивідуальний терапевт, який не має особистого досвіду з розладом, пов'язаним зі вживанням психоактивних речовин.

Хоча клінічні випробування групової терапії для розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, є відносно рідкісними, існуючі дані свідчать про те, що ефективність групової терапії подібна до ефективності індивідуальної терапії. Немає переконливих емпіричних доказів щодо переваг чи недоліків вибору групової чи індивідуальної терапії для розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин. Оскільки багато пацієнтів раніше отримували групову чи індивідуальну терапію, їхні уподобання слід враховувати при виборі між двома видами лікування або при розробці комбінованої програми лікування.

**Висновки до розділу ІІІ**

У розділі було розроблено модель соціально-педагогічної програми реабілітації наркозалежної молоді, яка ґрунтується на глибокому врахуванні *індивідуальних особливостей*, соціокультурного контексту та принципів гуманістичного підходу.

На основі аналізу були визначені ключові компоненти програми: діагностика потреб, індивідуальне планування, формування мотиваційної складової, психосоціальна підтримка та залучення до соціально корисної діяльності. Особлива увага приділялася адаптації методів до соціального фону та рівня розвитку кожного учасника програми.

Також було систематизовано принципи діяльності соціального педагога, серед яких: *принцип конфіденційності, комплексності, індивідуалізації, взаємоповаги та партнерства*. Зазначені принципи реалізуються через гнучке поєднання методів — від індивідуального консультування до групових занять, арттерапії, соціального тренінгу, та інтерактивних форм просвітницької діяльності.

Таким чином, запропонована модель є *всебічно адаптованою* до потреб молоді, що перебуває в складних життєвих обставинах, та забезпечує умови для стійкої соціалізації та відновлення особистісного потенціалу.

**висновки**

Причиною, через яку підлітки починають вживати наркотики, зазвичай є вплив їхніх однолітків, а середовище, в якому вони починають, переважно орієнтоване на розваги. У цей час (вживання алкоголю, тютюну та/або наркотиків) сімейні цінності втрачають своє значення, і підлітки, чиї особистості ще не повністю сформовані, спокушаються бути схожими на інших та вражати своїми вчинками.

Ми вважаємо важливим залучати учнів, як захід втручання, до розробки та презентації заходів щодо зменшення вживання наркотиків. Важливо надати їм можливість збирати інформацію та представляти її в цікавій та ефективній формі. Ми вважаємо, що колишнім споживачам корисно ділитися своїм досвідом, давати відповіді та підбадьорювати.

Допомога підліткам, які вживають наркотики, повинна здійснюватися у формі спеціалізованого втручання фахівця та супроводжуватися розумінням, підтримкою та безумовним прийняттям з боку батьків.

Усі методи лікування наркоманії включали психосоціальний компонент. Споживачі наркотиків часто мають низку проблем зі здоров'ям та соціальних проблем; тому психосоціальні втручання включають широкий спектр терапевтичних заходів, від психотерапії (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії, сімейної терапії) до психологічної підтримки для інших видів втручань. Британські рекомендації зазначають, що клінічні рішення щодо психосоціальних втручань залежать від оцінки потреб. Результати досліджень також можуть пролити світло на те, які групи населення можуть отримати користь від конкретних психосоціальних втручань. Наприклад, управління непередбаченими обставинами може бути корисним інструментом для заохочення пацієнтів до участі в програмах профілактики або лікування проблем зі здоров'ям, таких як вакцинація проти гепатиту В. Рішення про те, чи пропонувати особі офіційне психосоціальне втручання, слід приймати після детального обговорення з особою та всією медичною командою. Відповідальний медичний працівник повинен проконсультуватися з експертами в цій галузі, якщо це доречно. Переважна більшість людей навряд чи отримають користь від офіційних психосоціальних втручань у будь-який момент часу. Наприклад, приблизно 30% осіб, які беруть участь у програмі підтримуючої терапії метадоном, можуть отримати користь від формального психосоціального втручання для контролю вживання ін'єкцій або припинення вживання кокаїну на певному етапі лікування. Натомість, формальні психосоціальні втручання можна розглядати як перший варіант для всіх осіб, які розглядають можливість утримання від кокаїну. Аналогічно, меншість споживачів наркотиків може потребувати психосоціальних втручань, спрямованих на пари або сім'ї. Групи самодопомоги та взаємодопомоги (такі як «Анонімні Наркомани») повинні пропонуватися всім споживачам наркотиків, які хочуть досягти та підтримувати утримання. Участь у цих групах поза формальними службами лікування здійснюється на розсуд пацієнта. Психосоціальні втручання можуть бути спрямовані на різноманітні речовини, що викликають залежність. Для деяких речовин психосоціальні втручання є єдиним доступним лікуванням (наприклад, кокаїн). Керівні принципи Великої Британії підкреслюють особливу важливість терапевтичного альянсу у впровадженні будь-якого втручання, зокрема терапевтичних втручань. Ще один важливий аспект стосується основних компетенцій клініциста, який сприяє лікуванню пацієнта: здатність взаємодіяти з пацієнтом, створювати клімат довіри та розвивати особистий стиль, що відповідає стилю пацієнта, адаптувати тип втручання до можливостей пацієнта, керувати складними емоціями, а також розуміти та працювати з емоційним контекстом та мотивацією пацієнта.

**Список використаних джерел та літератури**

1. Алдер Г. НЛП–графіка. Мислення в картинках і образах. Київ. Освіта. 2023. 134 с.
2. Андрєєва Г.М. Соціальна психологія. Київ. Центр учбової літератури. 2021. 430 с.
3. Андрух П.Г. Відносини сімейної співзалежності як мішень психосоціальної реабілітації осіб із наркоманіями. *Вісник проблем біології і медицини*. 2021. Вип.2, Т.3.С.68–72
4. Бабенко А. В., Кабусь Н. Д. Соціально-педагогічна діяльність з профілактики наркотичної залежності підлітків у закладах загальної середньої освіти. *Актуальні проблеми досліджень у галузі соціальної педагогіки і соціальної роботи.* Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. здобувачів вищ. освіти, м. Харків, 15 трав. 2025 р. Харків, 2025. C. 9–13.
5. Баришнікова Н.А. «Сходження» – програма реабілітації так званих «важких». Дніпро. Фенікс. 2021. 122 с.
6. Березін С.В., Лисицький К.С. Наркоманія очима сімейного психолога. Запоріжжя. Проспект. 2022. 240 с.
7. Білик А.С. «Важкі» підлітки – Виховання школярів. Умань. Друк. 2020. 221 с.
8. ВієвськийА., ДворякС., СидякС. Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності. Звіт про дослідження. 2023. Київ. 78 с.
9. Вовкогон О.Ю. Реабілітація залежних від наркотичних речовин: інституційний вимір. *Наукові записк.*, 2020. Том 96. Соціологічні науки.С.94–98.
10. Клейберг Ю.А. Девіантологія. Київ. Альтера. 2020. 412с.
11. Клейберг Ю.А. Профілактика девіантної поведінки школярів засобами супроводу навчально–виховного процесу. Дніпро. Сфера. 2023. 198 с.
12. Косарецька С.В. Неформальні об'єднання молоді. Профілактика асоціальної поведінки. Черкаси. ПП «Райт». 2021. 400 с.
13. Максимова Н.Ю. Психологічна профілактика алкоголізму та наркоманії неповнолітніх. Київ. Альма матер. 2019. 384 с.
14. Малкіна–Пих І.Г. Кризи підліткового віку. Дніпро. Сфера. 2019. 387 с.
15. Менделевич В.Д. Психологія девіантної поведінки. Дніпро. Фенікс. 2021. 432 с.
16. Набойченко О.С. Психологія відхильної поведінки підлітків. Тернопіль. Говерла. 2020. 285 с.
17. Оберемок А.М. Соціально-педагогічний супровід співзалежних сімей в умовах реабілітаційних центрів для наркозалежних осіб. *Дисертація доктора наук*. Харків, 2021. 281 с.
18. Онипченко О. І. Підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до роботи з наркозалежними в реабілітаційних центрах. *Перспективи та інновації науки*. Серія Педагогіка. 2023. № 13 (31). С. 263-276
19. Онипченко О. І., Чернуха Н.М., Сургова С.Ю. Підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до роботи з наркозалежними в реабілітаційних центрах. *Журнал «Перспективи та інновації науки»* (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»): журнал 2023. Вип. № 13(31) 2023. С. 263–276.
20. Петрович В. Соціальна робота з сім’ями: теорії, моделі, ефективні практики. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк. «Волиньполіграф». 2021, 342 с.
21. Райс Ф. Психологія підліткового та юнацького віку. Таллінн. OPV. 2020. 164с.
22. Райфшнайдер Т.Ю. Соціалізація девіантних підлітків у загальноосвітній школі. Львів. РУДН–ЮНЕСКО. 2019. 108с.
23. Семенюк Л.М. Психологічні особливості агресивної поведінки у підлітків. Кропивницький. PRINT. 2020. 96 с.
24. Сирота Н.А. Профілактика наркоманії у підлітків. Від теорії до практики. Київ. Академія. 2021. 216 с.
25. Слободчиков В.І., Шувалов А.В. Антропологічний підхід до розв'язання проблеми психологічного здоров'я дітей у роботі психологічних служб. Питання психології. 2020. №4. С. 91–105.
26. Устінова Л. Актуальні питання профілактики та виявлення пияцтва, наркотичної залежності та токсикоманії. *Медицина невідкладних станів*. 2022. № 7 (94). С. 59‒64.
27. Чернецька Ю. І. Соціально-реабілітаційна діяльність: теорія, досвід, перспективи. *Вісник науки та освіти*. Серія Педагогіка. 2023. № 9 (15). С. 757-771.
28. Чернушенко А. В. Суть та особливості роботи соціального педагога з профільної наркотичної залежності старших школярів у закладах загальної середньої освіти. *Сучасні реалії та перспективи соціального виховання особистості в різних соціальних установах*. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., Харків, 27 жовт. 2023 р. Харків. 2023. С. 372–375.
29. Шевчук Т.А. Діагностика психолого–соціальної дезадаптації дітей та підлітків. Київ. Айріс–прес. 2024. 112 с.
30. Щурак Л.М. Діагностика наркоманій у підлітків груп ризику. *Соціальна робота з дітьми та підлітками групи ризику*. 2022. №15. С.147–153.
31. Ялтонський В.М. Копінг–поведінка та психопрофілактика психосоціальних розладів у підлітків. Черкаси. ЧНУ. 2020. 361 с.