

Галич Я. В. – лікар-психіатр, психотерапевт, начальник відділення межових станів клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-546X>

Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин

Метою статті є вивчення особливостей реабілітаційного процесу осіб із залежністю від психоактивних речовин. **Методологія.** Методологічну основу статті становлять наукові концепції вивчення адиктивної поведінки, а саме хімічних залежностей. Методологічний інструментарій обрано відповідно до окресленої мети, специфіки об'єкта й предмета дослідження. Розглянуто класифікацію психоактивних речовин і їхній вплив на фізичний і психічний стан. Схарактеризовано психологічні підходи до проблеми наркозалежних на підставі провідних напрямів у психології та найбільш розроблених теорій. Розкрито значення профілактики вживання наркотичних речовин у системі реабілітації наркологічно залежних. Виокремлено моделі адиктивної поведінки як форми девіацій. Розглянуто провідні психологічні проблеми, які виникають унаслідок вживання наркотичних речовин. Проаналізовано алгоритм проведення медико-психологічної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин. Визначено поведінкові та психоемоційні вияви в осіб із залежністю від психоактивних речовин. З огляду на зазначене, схарактеризовано основні напрями реабілітаційної роботи й особливості їх реалізації. Висвітлено особливості системи реабілітації наркозалежних. **Наукова новизна** статті полягає в узагальненні та систематизації результатів досліджень щодо особливостей медико-соціальної реабілітації залежних від психоактивних речовин. **Висновки.** Визначено особливості проведення медичного та медико-психологічного етапів у системі реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. Обґрунтовано ефективність підходів, які використовують під час консультацій фахівці загального соматичного профілю, спрямованих на інформування щодо наслідків вживання наркотичних речовин.

Ключові слова: психоактивні речовини; адиктивна поведінка; хімічна залежність; медико-психологічна реабілітація; реабілітаційне середовище.

Вступ

Актуальною проблемою сучасного суспільства слід вважати адиктивну поведінку, зокрема залежність особистості від психоактивних речовин. Кількість осіб із хімічною залежністю серед молоді та дорослого населення невпинно зростає. Кожного року з'являються нові види психоактивних речовин, вживання яких формує в особистості стійку залежність. Тому вкрай важливим є питання надання реабілітаційної допомоги наркологічно залежним. За цих умов нагальністю вирізняється потреба у визначенні наукових засад проведення комплексної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин.

Мета і завдання дослідження

Метою статті є наукове вивчення особливостей реалізації медичної та медико-психологічної реабілітації залежних від психоактивних речовин.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічні аспекти реабілітації наркозалежних досліджували такі вітчизняні й іноземні вчені: Ю. Белоусов, В. Гаврилов, Т. Горські, Л. Завадська, В. Кузьминов, С. Кулаков, В. Міллер, Є. Первомайський, Д. Піт, С. Проценко, І. П'ятницька, І. Рущенко, М. Рябова, А. Сердюк, В. Шабаліна. Огляд основних психологічних особливостей і структурних елементів системи реабілітації наркотично залежних засвідчує складність і багатогранність цієї системи.

Виклад основного матеріалу

Існують такі типи поведінки, за яких люди змінюють свій психічний стан шляхом використання хімічних речовин і посилюють його психологічними компонентами. Відомо, що використання наркотичних засобів у присутності інших людей призводить до відчуттів, відмінних від отриманих на самоті. Так, алкоголь на самоті викликає сонливість і загальмованість, а в компанії людей – поліпшення настрою та збудження. Обидві форми залежності тісно взаємодіють і їх поділ можливий лише гіпотетично.

Рисою, що об'єднує всі три фактори адиктивної поведінки, є прагнення уникнути реальності шляхом використання різних способів штучної зміни психічного стану. Ці методи стереотипізуються, генералізуються та стають обмежувальними бар'єрами взаємодії з середовищем для конкретних людей. Спостерігаємо переважно такі види адикцій: куріння, алкоголізм, наркоманія, переїдання (часто залежність від солодкого), залежність від комп'ютера, інтернету, ігроманія, трудовголізм, ургентна залежність, нав'язлива потреба витратити гроші, сексоголізм тощо. Цей список поповнюється новими видами адиктивної поведінки щорічно.

На думку вчених, адикцію можна визначити як «форму патологічної поведінки, що не відповідає нормі» [1, с. 130]. Адиктивна поведінка – найпоширеніший тип девіантної поведінки в сучасному світі. Вона включена в поняття девіантної поведінки.

Проте девіантна поведінка не завжди буде адиктивною, а от адиктивна – це завжди девіантна поведінка, тобто така, що має відхилення від норми. Це поняття ввели М. Ландрі та В. Міллер, які вважали адиктивною поведінкою особистості «період зловживання речовинами, що змінюють психічний стан до того, як від них сформується залежність, тобто розглядали адиктивну поведінку як початкову стадію формування залежності, але не ототожнювали її з самою залежністю. Адиктивна поведінка, на їх думку, є попередником залежності» [2].

Доктор медичних наук, професор Ц. Короленко запропонував таке визначення: «Адиктивна (залежна) поведінка – один з різновидів девіантної поведінки з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом приймання певних речовин або постійною фіксацією уваги на певних видах діяльності з метою розвитку інтенсивних емоцій» [3].

Характер адикції полягає в тому, що в зазначеному процесі встановлено емоційні відносини, відсутній зв'язок з іншими людьми, з неживими предметами чи явищами. Емоційні відносини з людьми втрачають свою значущість, стають поверхневими. Спосіб адиктивної реалізації із засобу поступово перетворюється на ціль [4].

Психічний потяг проявляється в постійних думках про адиктивного агента, підйомі настрою в передчутті контакту з ним, пригніченості, незадоволеності без об'єкта адикції. Часто потяг супроводжується боротьбою мотивів. Якщо компульсивне залучення диктує поведінку хворого, то психічне, obsesivne визначає настрій, емоційний фон [5]. Так, В. Д. Менделевич у структурі адикції виокремлює два компоненти:

а) звичка – позначає стереотипну діяльність з реалізації залежної поведінки. Вона забезпечує технічну сторону залежності. Це ритуал, певна послідовність дій щодо здійснення взаємодії з об'єктом залежності.

Об'єктами звички можуть бути різні речовини, ігри, джерела інформації та естетичної насолоди, люди, робота, їжа. Їх можна класифікувати за специфічним об'єктом залежності: речовини, процеси, відносини. У разі, коли звичка починає пригнічувати, а потім повністю знищувати природні наші звички, вона переходить у некеровану пристрасть, одержимість або залежність;

б) емоційна прив'язаність – проявляється в одухотворенні об'єкта залежності. Емоційний компонент забезпечує суб'єкт-суб'єктні відносини, надає їм особистісного характеру. Отже, загальною ознакою адиктивної поведінки є прагнення уникнути реальності, штучно змінюючи свій психічний стан, обмежуючи його якимось одним видом діяльності.

Адиктивна поведінка має безліч форм, підвидів, класифікується за різними ознаками (за об'єктом адикції, провідним механізмом розвитку

тощо). Теоретично за певних умов агентами адиктивної реалізації можуть бути будь-які об'єкти або форми активності [6, с. 68].

Виокремлюють такі види адиктивної поведінки:

- хімічна залежність (наркоманія, токсикоманія, куріння, алкоголізм);
- порушення харчової поведінки (анорексія, голодування, булімія);
- нехімічні типи залежностей (ігрова, комп'ютерна, сексуальна, нав'язливі покупки, трудоголізм, пристрасть до гучної музики тощо);
- крайні ступені захоплення певним видом діяльності, що призводять до ігнорування наявних життєвих проблем і їх погіршення (релігійний фанатизм, сектантство).

Така класифікація адиктивної поведінки враховує максимальну кількість її видів, проте цей поділ досить умовний – групи нехімічних залежностей і надмірних захоплень дуже близькі й класифікуються відповідно до наявності або відсутності відповідної нозологічної групи в номенклатурі хвороб.

Одним з найбільш вивчених варіантів адиктивної реалізації є хімічна залежність [7]. Так, Б. Братусь зазначає, що «в разі формування хімічної залежності відбувається порушення опосередкованості поведінки. Зрештою залишаються тільки ті форми діяльності й ті потреби, які можуть бути задоволені нескладними, малоопосередкованими діями». Специфічною особливістю хімічної залежності є наявність тісного зв'язку між двома її аспектами – клінічним і психосоціальним. Це означає, що поведінку, пов'язану із вживанням наркотиків, слід вивчати як комплекс соціально-психологічних проблем, а також як наслідок прогресуючих фізико-хімічних змін в організмі [8, с. 8].

Термін «психоактивний» не обов'язково означає, що речовина викликає залежність. У повсякденному житті ми часто застосовуємо більш зрозумілі словосполучення, такі як «вживання наркотиків», «вживання речовин» або «зловживання речовинами».

Психоактивні речовини мають різні ступені обмеження доступності, залежно від ризику для здоров'я та терапевтичної корисності, і класифікуються відповідно до ієрархії розміщення в списках контрольованих речовин як на національному, так і на міжнародному рівнях. Розглянемо класифікацію психоактивних речовин детальніше.

Одна з класифікацій психоактивних речовин має підґрунтям групування їх за різними параметрами:

- використання (медичне або рекреаційне);
- вплив на організм;
- джерело речовини (синтетична або рослинна);
- правовий статус (легальний/нелегальний).

Стимулятори – це клас психоактивних речовин, які прискорюють передавання повідом-

лень між мозком і тілом. Механізм їх дії полягає насамперед у посиленні активації природних стимулюючих шляхів у мозку, зокрема, підсилення функції норадреналіну, адреналіну та дофаміну. Стимулятори можуть бути отримані з рослин (наприклад, кокаїн), синтезовані в лабораторії (наприклад, амфетаміни та метамфетаміни) або напівсинтезовані. Їхня дія може змусити людину відчувати себе більш збудженою, пильною, впевненою або енергійною через збудження центральної нервової системи. Вживання високих доз або передозування (гостра інтоксикація) стимуляторами може спричинити серйозні серцево-судинні розлади, високу температуру, судоми, параною, надмірну тривогу та паніку, агресивність. Довготривале їх вживання може призводити до різкої втрати ваги, неспокійного сну, тривоги, депресії, підвищеного ризику інсульту. Крім того, може швидко розвинути толерантність (потреба вживати більші дози для отримання звичного ефекту) і психологічна залежність. Абстинентний синдром зазвичай виявляється в дратівливості, виснаженні, неспокійному сні, тривозі та депресії. Особливу небезпеку становить використання стимуляторів у поєднанні з іншими препаратами (рецептурними та без) через непередбачувані ефекти для здоров'я. Так, наприклад:

– поєднання амфетамінів (одного з найбільш популярних видів стимуляторів) та деяких анти-депресантів може призвести до підвищення артеріального тиску, що може спричинити серцеву недостатність, інсульт і судоми;

– поєднання амфетамінів та алкоголю/бензодіазепінів – до передозування через суперечливі ефекти кожної психоактивної речовини;

– поєднання амфетамінів з опіоїдами – до нерегулярного серцебиття та судом.

Синтетичні катинони (мефедрон, MDPV, меткатинон тощо). Синтетичні катинони належать до так званих нових психоактивних речовин. Їх вживання спричиняє неспокійний сон, затуманений зір, запаморочення, спітнілість тощо. Від застосування вищих доз цього класу наркотиків може з'явитися біль в грудній клітині, високий кров'яний тиск, біль в шлунку/нудота/блювання, тривога та сильне бажання повторити. Наслідками довготривалого та регулярного вживання синтетичних катинонів є насамперед неспокійний сон, втома, погіршення настрою та навіть параною, а в деяких випадках – руйнування м'язової тканини та ниркова недостатність. Найбільш поширеними стимуляторами є амфетаміни, метамфетаміни (таблетований та кристалічний), кокаїн, синтетичні катинони, екстазі.

Емпатогени належать до різновиду стимуляторів. Вони посилюють почуття емпатії та доброзичливості до інших, а також підвищують відчуття соціальної прийнятності та зв'язку з

іншими, також викликають приязнь і грайливість, але й спричиняють перепади настрою, зневоднення та депресії. Після їх вживання можна відчутти надмірне потовиділення, м'язові болі, прискорене серцебиття, високі їх дози викликають судоми, ірраціональну поведінку, агресію, блювоту, зорові та слухові галюцинації. Регулярне застосування емпатогенів, зокрема MDMA, може стати причиною проблем з печінкою, концентрацією уваги та пам'яттю, депресії, частих застуд, почуття пригніченості, плаксивості, підвищення толерантності та потягу до вживання більших доз психоактивних речовин [9, с. 64–72].

Психоделіки (галюциногени) – це клас психоактивних речовин, які викликають зміни сприйняття, настрою та когнітивних процесів. Галюциногени можуть бути рослинного походження (деякі гриби та рослини, наприклад, шавлія, та їх екстракти) або синтезовані. Їх зазвичай поділяють на дві великі категорії: класичні галюциногени (наприклад, ЛСД) та дисоціативні препарати (наприклад, РСР). Психоделіки впливають на всі органи чуття, змінюють мислення людини, відчуття часу та емоції. Ефекти варіюються від легкого відчуття розслаблення, запаморочення, ейфорії, покращення зору (бачення кольорів яскравіше), зорових порушень (рухомість поверхонь) до марення, зміненого сприйняття реальних подій, образів або справжніх галюцинацій. Найвні несприятливі ефекти від вживання галюциногенів: надмірна тривога, порушення оцінки простору та часу, психозоподібні стани, сплутаність свідомості, прискорене серцебиття, блювання. У разі передозування галюциногенами можемо спостерігати психоз, паніку, параною. Наступного після вживання дня людина може відчувати ознаки депресії, втому, болі в м'язах і тілі. Довготривале та регулярне вживання галюциногенів, наприклад, ЛСД, може спричинити погіршення психічного здоров'я та підвищення ризику розвитку психозів і тривожних розладів, порушення зору та стійкого сприйняття галюциногенів (повторення певних переживань, пов'язаних із вживанням наркотиків), які можуть зберігатися впродовж року або довше після припинення тривалого вживання [10, с. 358].

Дисоціативи – це клас галюциногенних препаратів, для якого характерним є викривлене чуттєве сприйняття та відчуття відокремленості або відстороненості від оточення та себе. Дисоціативні наркотики можуть спричинити в споживачів зорові та слухові спотворення та відчуття дисоціації (відірваності від реальності). Використання дисоціативних препаратів також може викликати тривогу, втрату пам'яті та порушення рухової функції, спільно з тремором тіла й онімінням, нудотою. Ці ефекти, які залежать від кількості вжитого препарату, також є непередбачуваними – зазвичай починаються

протягом декількох хвилин після вживання й тривають кілька годин, хоча деякі користувачі повідомляють, що відчують дію препарату протягом кількох днів. Вживання високих доз дисоціативів може бути причиною виявів психотичних симптомів, які подібні до шизофренії, параної, спричиняти агресію та жорстокість, проблеми з диханням, амнезію. У разі вживання високих доз, наприклад, кетаміну, також повідомляють про відчуття майже повної сенсорної відстороненості, що порівнюють з передсмертним досвідом (NIDA). Тривале вживання дисоціативів може викликати залежність, проблеми з мовленням, втрату пам'яті, депресію, суїцидальні думки, тривожність. Специфічного лікування розладів, пов'язаних із вживанням дисоціативів, немає. До таких препаратів можна віднести кетаміни, PCP (фенциклідин), DXM (дексометорфан). Усі ці речовини містяться у фармацевтичних препаратах (рецептурних та без) і застосовуються в медицині та ветеринарії. Споживачі як класичних галюциногенів, так і дисоціативних наркотиків ризикують отримати серйозну шкоду для здоров'я через глибокі зміни сприйняття та настрою, які ці наркотики можуть спричинити (NIDA) [11].

Канабіноїди – це будь-яка хімічна речовина, незалежно від структури чи походження, яка приєднується до канабіноїдних рецепторів тіла та мозку й має подібну дію до тих, що виробляє рослина *Cannabis Sativa*. Три типи канабіноїдів, які вживають люди, є рекреаційними та синтетичними. Зазвичай використовують висушене листя та бруньки, висушену смолу (гашиш) і концентрат. Вживання значної кількості канабіноїдів може спричинити збільшення частоти серцевих скорочень, пригальмованості рефлексів, погіршення пам'яті. Регулярне та часте споживання продуктів коноплі призводить до розвитку толерантності, зниження когнітивних функцій, може спричинити розвиток астми та бронхіту. Особливу небезпеку становлять синтетичні канабіноїди, які діють на ті ж рецептори мозку, що й активний інгредієнт канабісу, однак належать до класу нових психоактивних речовин. Відповідно, ефекти й наслідки для здоров'я є небезпечнішими, ніж у разі вживання канабісу, і мають набагато вищий потенціал для зловживання. Ефекти від вживання синтетичних канабіноїдів можуть полягати в погіршенні дихання, рабдоміолізі, вияві агресії, тривозі та надмірному збудженні, втраті координації та в психотичних ефектах, як-от: тривожність, галюцинації, параною. Ознаками передозування є труднощі з диханням, сильна гіпертермія, нерегулярний пульс, гостре ураження нирок. Регулярне вживання синтетичних канабіноїдів може впливати на розвиток таких психічних захворювань, як депресія та психози, а також спричинити когнітивні порушення та проблеми із серцем [12].

Наркоманія – один з видів хімічної залежності – тяжке захворювання. Наркотична залежність – хворобливий стан, характерними ознаками якого є явища психічної та фізичної залежності, нагальна потреба в повторному багаторазовому споживанні психоактивних речовин, що набуває форми непереборного потягу [13].

Основні психологічні підходи до проблеми наркозалежних, які згруповано відповідно до провідних напрямів у психології та найбільш розроблених теорій: біхевіоральний, когнітивний, психоаналітичний, трансактний, системний.

У межах біхевіорального підходу наркоманію можна розглядати як високоадаптивний спосіб поведінки, відмова від якого є неадаптивним кроком, пов'язаним з ризиком невизначеності та відповідальністю за себе. Водночас твереза поведінка не гарантує людині ні щастя, ні легкості буття, а вживання наркотичної речовини гарантує наркоману «зникнення» світу з його проблемами.

Когнітивний підхід у психології сприяє вивченню специфіки когнітивних процесів у наркоманів, розкрити складність взаємодій між людиною та ситуаціями, що виникають. Однак він не пояснює, чому один схильний бачити причину своєї поведінки в самому собі, а інший – в інших, оскільки наркомани приписують свій спосіб дій зовнішнім обставинам.

Психоаналітичний підхід у дослідженні наркоманії полягає переважно в поясненні виникнення залежності як дефектів у психосексуальному дозріванні, що призводить до оральної незадоволеності, яка спричиняє оральну фіксацію.

У межах трансактного підходу наркоманію сприймають як гру, у якій кожен учасник (це можуть бути члени сім'ї, близькі) має певну позицію. Також цей підхід характеризує наркозалежного як особистість, у якої домінує один его-стан – стан абсолютної інфантильності.

Відповідно до системного підходу, наркоманія – системний комплекс, який містить різні за своєю природою, рівнем і динамікою елементи.

Жодна концепція виникнення, формування психологічної залежності не є вичерпною та переконливою. Тому без будь-якої розвиненої психологічної концепції наркоманії вагомого значення набувають емпіричні дослідження. Найбільше досліджень цього явища пов'язані з вивченням схильності до зловживання психоактивними речовинами.

Проблеми хімічно залежних як провідні психологічні труднощі виокремлюють у 4-х основних сферах:

– почуття – замість того, щоб усвідомити, проговорити та висловити свої почуття, залежні люди застосовують хімічні речовини, «відключають» свої почуття та створюють ілюзію контролю;

– самооцінка – змінюється протягом захворювання від неадекватно низької до неадекватно високої;

– взаємини – у взаєминах особистості із самим собою та з іншими людьми домінують фантазії, розчарування, маніпуляції, розвивається недовіра до інших людей;

– турбота про себе – байдуже ставлення до себе, ігнорування смертельно небезпечних наслідків вживання наркотиків (ВІЛ, гепатити) [14].

Отже, можна виокремити такі характерні риси адиктивної особистості:

– знижена переносимість труднощів повсякденного життя поряд з високою переносимістю кризових ситуацій;

– прихований комплекс неповноцінності, що поєднується із зовнішньою перевагою;

– зовнішня соціабельність, поєднана зі страхом перед стійкими емоційними контактами;

– прагнення говорити неправду;

– прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;

– прагнення уникати відповідальності в прийнятті рішень;

– стереотипність, повторюваність поведінки;

– залежність;

– тривожність.

Крім наведених, особам із залежністю від психоактивних речовин притаманні такі риси:

– знижена інтегративна функція «Я»;

– мотиваційна й емоційна нестійкість;

– емоційна незрілість; провідні потреби – афіліативна, пошук покровителя;

– жадібність;

– агресивність, ворожість;

– знижена здатність до рефлексії, самоаналізу, аналізу [15].

У сучасній науці існують такі теоретичні моделі адиктивної поведінки, як форми девіацій:

1. Моралістична модель.

Основні положення моделі. Вживання психоактивних речовин є аморальною поведінкою, мотивованою прагненням людини до зайвих задовольств, наслідком бездуховності та моральної недосконалості.

Суть реабілітації та профілактики. Для зміни адиктивної поведінки потрібне вольове зусилля та опора на норми моралі, а також, відповідно до робіт, проведених у межах релігійно-орієнтованого напряму профілактики зловживання психоактивних речовин, – покаяння, віра та повернення до релігійних цінностей і норм поведінки. Основною стратегією профілактики цієї концептуальної моделі є моральне виховання молодого покоління.

2. Соматомедична модель.

Основні положення моделі. Зловживання психоактивними речовинами розглядають як хворобу, у формуванні якої пріоритетне значення мають біологічні фактори ризику. Зловживати

психоактивними речовинами починають люди зі схильністю до залежності від хімічних речовин. Таким чином, споживачі психоактивних речовин звільняються від відповідальності за походження власної хвороби.

Суть реабілітації та профілактики. Клінічно виражені форми залежності від психоактивних речовин розглядають як захворювання, яке потребує адекватного лікувального впливу. Лікування відбувається переважно фармакологічними засобами та спрямоване на зняття фізичної залежності, а також зменшення шкідливих для здоров'я наслідків вжитих психоактивних речовин. Профілактика зловживання психоактивних речовин у межах цієї моделі передбачає виявлення осіб, які мають підвищену вразливість до дії психоактивних речовин, а також проведення комплексу заходів санітарної освіти та психогієни серед населення.

3. «Психіатрична» модель.

Основні положення моделі. Залежність розглядають як симптом «прихованого» психічного порушення, а вживання психоактивних речовин – як самолікування цього порушення.

Суть реабілітації та профілактики. Реабілітація має ґрунтуватися на визначенні й усуненні справжніх причин вживання (лікуванні відповідної психічної патології). Профілактика відповідно до цієї моделі орієнтована на своєчасне лікування особистісної патології.

4. Мікросоціальна модель.

Основні положення моделі. Зловживання психоактивними речовинами, що особливо супроводжується залежністю, є наслідком порушення міжособистісних взаємин. Водночас зауважимо, що порушення існує саме у взаєминах між особами, а не лише одного з партнерів.

Суть реабілітації та профілактики. Реабілітація наркозалежних і профілактика зловживання психоактивними речовинами в межах цієї моделі спрямована на роботу зі значним оточенням людини (сім'єю, однолітками, однокурсниками) і ставить за мету вироблення «позитивних взаємин».

5. Соціокультурна модель.

Основні положення моделі. Вживання психоактивних речовин впливає на виконання певних функцій у суспільстві та залучення до процесу освоєння індивідом культурних норм. Так, культурологічні дослідження традиції вживання психоактивних речовин довели, що, починаючи з архаїчних суспільств, приймання ПАР було інструментом проходження важливих життєвих формацій і сприяло зв'язку поколінь. Наркотичні речовини могли бути каталізатором необхідної трансформації особистості в кризові періоди життя індивіда чи громади. Вживання психоактивних речовин у підлітковому віці пов'язане з почуттям недостатньої ідентичності. Водночас привабливість застосування психоактивних речовин у процесі становлення ідентичності полягає в можливості

якісного стрибка до нової самоідентифікації (процес, подібний до обряду ініціації в архаїчних товариствах). Суть реабілітації та профілактики. Уявлення щодо ініціального потенціалу психоактивних речовин використовують у разі створення профілактичних програм, що ґрунтуються на принципах трансперсональної психології та процесуальної психотерапії [16].

6. Модель афективного навчання.

Основні положення моделі. Згідно з цією моделлю залежність від психоактивних речовин частіше розвивається в осіб, які мають «особистісні дефіцити». Особистісними проблемами, що провокують зловживання ПАР, вважають труднощі в диференціації, вираженні та регуляції емоцій, низьку самооцінку, слабо розвинені навички міжособистісної комунікації, здатність замінити соціальний вплив й адекватно відповісти на нього.

Суть реабілітації та профілактики. Програми, розроблені в межах цієї моделі, розраховані переважно на опрацювання в групах підлітків підвищеного ризику наркотизації. Завданнями профілактичної роботи є: розвиток навичок розпізнавання та вираження емоцій; відкритість переживань, що передбачає глибоке й адекватне усвідомлення своїх думок і почуттів; формування здібностей приймати свої почуття та думки як підґрунтя для вибору поведінки, підвищення самооцінки, визначення значущих цінностей [17].

7. Програма формування життєвих навичок.

Основні положення моделі. Життєвими навичками вважають ті навички особистісної поведінки та міжособистісної взаємодії, які дають змогу контролювати та спрямовувати своє життя, розвивати позитивну адаптацію до соціального оточення та змінювати навколишнє середовище відповідно до інтересів і потреб індивіда. Вплив соціального оточення – однолітків, сім'ї – може сприяти або перешкоджати початку наркотизації. Якщо дитину виховують у родині, яка дотримується традицій здорового способу життя, то активність з підтримки та зміцнення здоров'я стає для неї звичною поведінкою. Якщо ж дитина бачить успішних, відомих або важливих для неї людей, що вживають психоактивні речовини, у своєму безпосередньому оточенні або на екрані телевізора, він наслідуватиме їх. Спостерігаючи у дворі за групою підлітків, які вживають ПАР, дитина виробляє переконання, що це нормальна поведінка, яку можна наслідувати. Гостра сприйнятливості до соціальних впливів пов'язана також із низькою самооцінкою, невпевненістю в собі, підвищеною залежністю від соціального схвалення, несформованими навичками самоконтролю, відсутністю серйозних життєвих цілей [18].

Суть профілактики. Профілактична робота має сприяти розвитку самоефективності, формуванню психологічної несприйнятливості до шкідливих соціальних впливів. Її реалізація

полягає в проведенні тренінгу стійкості до соціального тиску.

8. Модель копінг-профілактики наркоманій (Р. Лазарус, Н. А. Сирота та В. М. Ялтонський).

Основні положення моделі. Відповідно до теорії Р. Лазаруса, кожна людина з огляду на особистий досвід (особистісні ресурси або особистісні навички) має власні способи побороти стрес (копінг-стратегії), а також, залежно від використовуваних стратегій і ресурсів, може розвивати різні форми поведінки: адаптивні і дезадаптивні. Розвиток особистісних ресурсів і навичок розв'язання проблем сприяє тому, що підлітки не почнуть вживання ПАР.

Суть профілактики. Основною метою копінг-профілактики є розвиток усвідомлення, розуміння власного вибору, вироблення оптимального й ефективного для цієї особи рішення. Завданнями профілактичної роботи є розвиток і модифікація поведінкових стратегій, що сприяють адаптації вимогам соціального середовища. До них належать стратегії розв'язання особистісних проблем, пошуку та надання соціальної підтримки, а також стратегії уникнення залучення до наркотизації.

Вагомим значення набуває й робота з розвитку ресурсів особистості та соціального середовища, завдяки яким можна робити здоровий і осмислений поведінковий вибір. До таких ресурсів належать: здатність і можливість здійснювати оцінку проблемної ситуації, сформованість позитивної Я-концепції (самооцінки, самоповаги, самоефективності), здатність самостійно контролювати свою поведінку, вміння співпереживати, розуміти навколишніх і прогнозувати їхню поведінку, підвищення соціальної компетенції сприйняття та надання соціальної підтримки [19].

9. Модель «Установка до вживання ПАР» (Е. Е. Бехтель, А. Г. Макєєва).

Основні положення моделі. Дослідження вітчизняних вчених дають підстави стверджувати, що існує певна установка до вживання тієї чи іншої психоактивної речовини, яка формується на початку вживання в процесі соціалізації дитини й визначає її поведінку в майбутньому.

Установка для вживання психоактивних речей визначається як ставлення до психоактивних речовин; ставлення до зміни стану людини під впливом тієї чи іншої психоактивної речовини, звичаїв і всіх атрибутів їх вживання, а також готовність, що сформувалася під впливом цього відношення, поводитися певним чином у ситуаціях, пов'язаних із вживанням тієї чи іншої психоактивної речовини [20].

Характерними ознаками адиктивної поведінки є нездоланий потяг до предмета пристрасті, відхід від реальності, своєрідне капсулювання особи, її відстороненість від зовнішнього світу та зовнішніх позитивних впливів. Адиктивна поведінка тоді стає

проблемою, коли уникнення реальності та зміна свідомості стає ідеєю-домінантою. По суті, це нав'язливий стан (манія), позбутися якого людина самостійно не може. Сутність адиктивної поведінки полягає у формуванні прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримки інтенсивних емоцій [21, с. 512].

Процес реабілітації наркозалежних зазнав істотних змін за останні 20 років, що обумовлено накопиченням досвіду наркологами, психологами, психотерапевтами – всіма «реабілітологами», що працюють з цим контингентом. З'явилися наукові розвідки щодо ставлення до реабілітації наркозалежних як до інтегративного медико-соціального процесу, визначено концептуальні моделі реабілітації, згодом перевірені на практиці.

Як правило, медичний етап реабілітації проводять у стаціонарних відділеннях наркологічних диспансерів, медико-психологічний етап – у спеціальних реабілітаційних відділеннях цих установ за загальноприйнятим алгоритмом:

- стаціонарна лікувально-діагностична допомога хворим, що страждають на алкоголізм (наркотичною залежністю), які потребують стаціонарного лікування;

- лікувальна медикаментозна допомога в період алкогольного та наркотичного абстинентного синдрому;

- лікувальна допомога (залежно від показань) у вигляді психотерапії симптомоособистісної та соціально орієнтованої спрямованості в поєднанні з медикаментозними й іншими видами лікування; психотерапію проводять в індивідуальній, сімейній і груповій формах;

- організація стаціонарної психотерапевтичної допомоги населенню;

- упровадження в психотерапевтичну практику новітніх досягнень в галузі психотерапії; непрацездатності хворих на алкоголізм (наркотичної залежності);

- створення для пацієнтів організованого психотерапевтичного середовища всередині відділення;

- залучення самих пацієнтів відділення до роботи макросоціальної групи за участю інших хворих на залежність (спільноти анонімних алкоголіків / анонімних наркоманів) і колишніх пацієнтів відділення реадптації тощо;

- залучення близьких родичів хворих, що проходять лікування у відділенні, до участі в групах самопомоги для родичів хворих із залежністю з метою створення пацієнтам умов підтримки сім'ї в період їх відновлення;

- психогігієнічна та психопрофілактична допомога пацієнтам з подолання стресових ситуацій, станів дезадаптації тощо;

- розробка індивідуальних систем соціальної реабілітації для трудового та соціального устрою, поліпшення соціального функціонування пацієнтів у різних соціальних групах;

- інформаційно-пізнавальні повідомлення (лекції) для пацієнтів і їх родичів за тематикою: алкоголізм (наркотична залежність) як хвороба, сімейні та психологічні проблеми в разі залежності;

- планова медико-реабілітаційна допомога на підставі філософії програми анонімних алкоголіків «12 кроків».

У широкому сенсі поняття «реабілітації» її початком є етап надання медикаментозної допомоги в умовах стаціонару, оскільки комплекс невідкладних і планових заходів є першим ступенем відходу від наркотичної програми в абстинентну (тобто в процес помірності). Водночас, коли йдеться про реабілітаційні центри, то зважають на немедикаментозні форми допомоги хворим. Досвід багаторічної психотерапії подібних пацієнтів доводить, що дестигматизація – цілеспрямоване розвінчання міфу про невиліковність залежності – є облігатною психотерапевтичною процедурою, що сприяє створенню позитивного емоційного настрою, зміцненню довірчих стосунків з лікарем, подоланню неконструктивного психологічного захисту, мобілізації копіткового потенціалу. Якщо сама стигматизація обумовлює можливість вживання психоактивних речовин, то дестигматизація сприяє початку конструктивного діалогу з наступним «плануванням помірності» (заміна словесної формули «коли все так погано, то немає сенсу боротися» на «якщо має бути») [22, с. 58].

У хворих з наркотичною залежністю нерідко зустрічається феномен, який можна було б позначити як «антистигма» – гордість від належності до «наркоманів», демонстрація особливих знань, відчуттів, нестандартного образу, своєрідна «наркотична романтика». Імовірно, що ця позиція також є захисною: у новій системі цінностей пацієнти намагалися домогтися поваги з боку «соадиктів». У цих випадках провести дестигматизацію особливо складно, оскільки йдеться про інверсії соціальних ролей і новий пронаркотичний світогляд [23, с. 7].

Крім практичних консультацій фахівців загального соматичного профілю, здійснюються чисто теоретичні завдання у формі лекції та обговорення тем: «Соматичні розлади як результат зловживання психоактивними речовинами», «Больовий синдром у структурі абстинентних розладів», «Рецидиви першого тижня, першого місяця, першого року: аналіз можливих причин», «Розлади сну: причини, клініка, лікування, рецидування», «Хвороби – супутники наркоманії», «Відновлення функцій печінки при гепатитах», «Проблема інфікування при наркоманії» [24]. На другому, медико-психологічному етапі втрачають актуальність становища, що стосуються особи-

стисних відхилень, афективних порушень у ситуації, коли дія психоактивних речовин припинилася, а інтеграція в мікро- і макросоціальні спільноти (такі, як сім'я, друзі, колектив) ускладнена [25].

Реабілітаційну роботу проводять за такими напрямками: терапія середовищем і зайнятістю; групова та сімейна психотерапія; тренінги; трудова соціалізація професійної орієнтації.

Реабілітаційне середовище – особливий поведінково скоригований мікросоціум, що оточує ремітенту; мікросередовище, в якому він проживає, з яким спілкується та в якому здійснює свою діяльність [10].

Загально визнаним є поділ реабілітації на три види, що взаємопов'язані та доповнюють один одного:

1. Медична реабілітація – комплекс заходів, що містить способи прискорення реституції, стимуляції репаративно-регенеративних процесів, виявлення та зміцнення компенсаторних механізмів, корекції загальної резистентності організму й імунітету. Засоби медичної реабілітації: медикаментозна терапія, відновлювальна та косметична хірургія, фізіотерапія та ЛФК, психотерапія, дієто-терапія, комплементарні методи (акупунктурна терапія, мануальна терапія, фітотерапія, еферентна терапія).

2. Професійна (освітня) реабілітація: трудо-терапія, професійне навчання та перепідготовка, профорієнтація.

3. Соціальна реабілітація: побутове та трудове влаштування, соціотерапія, соціально-економічне, соціально-гігієнічне та юридичне консультування [26].

З практичного огляду доцільно розрізняти такі періоди реабілітаційного процесу: а) реконвалесценція – процес одужання з відновленням

порушених біологічних і психологічних функцій (у цьому періоді застосовують патогенетичну терапію, хірургію, медичну реабілітацію); б) реадaptaція – процес пристосування до побуту, праці (навчання), навколишнього середовища (застосовують медичну реабілітацію, соціальну та професійну (освітню) реабілітацію, патогенетичну терапію); в) ресоціалізація – процес відновлення соціальних функцій і становища особи в соціальному макро- і мікросередовищі (застосовують соціальну та професійну (освітню) реабілітацію, медичну реабілітацію, патогенетичну терапію) [27].

Наукова новизна

Наукова новизна статті полягає в узагальненні та систематизації результатів досліджень щодо особливостей медико-соціальної реабілітації залежних від психоактивних речовин.

Висновок

У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу полягає в мультидисциплінарному (бригадному) підході з розробленням індивідуальної реабілітаційної програми. У системі реабілітації всі етапи програми повинні здійснюватися безперервно з періодичним повторюванням. Обов'язковим є скринінг психоемоційного стану з метою відстеження динаміки та виявлення латентної мотивації до вживання. Науково доведено, що серед споживачів психоактивних речовин більше алекситимікових соціофобів, ніж у загальній популяції, що ендогенно мотивує прийом наркотиків як засобів, що «розблоковують» алекситимію і коригують соціофобію.

REFERENCES

- [1] Pavlova, S. (2016). Deviantnoe povedenie i prichiny ego vozniknoveniia [Deviant behavior and its causes]. *Uspekhi sovremennoy nauki i obrazovaniia, Successes of modern science and education*, 2(6), 129-131 [in Russian].
- [2] Galiautdinova, S.K. (2013). K probleme ponimaniia addiktsii i zavisimosti otechestvennymi i zarubezhnymi issledovateliami [On the problem of understanding addiction and dependence by domestic and foreign researchers]. *Vestnik Bashkirskogo unyversyteta, Bulletin of the Bashkir University*, 18(1), 233 [in Russian].
- [3] Korolenko, Ts. (2000). Adyktivna povedinka. Zahalna kharakterystyka ta zakonirnosti rozvytku [Addictive behavior. General characteristics and patterns of development]. *Psykhiatriia ta medychna psykholohiia, Psychiatry and medical psychology*, 1(2), 8-15 [in Ukrainian].
- [4] Denysenko, M.M. (2017). Adyktivna u khvorykh na tryvozhno-fobichni rozlady (diahnostyka ta likuvannia) [Addictions in patients with anxiety-phobic disorders (diagnosis and treatment)]. *Visnyk naukovykh doslidzhen, Herald of scientific research*, 3, 97-104. doi: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.3.8086> [in Ukrainian].
- [5] Kutashov, V. (2015). The study of clinical and psychological characteristics of people who use drugs. *Systemnyi analiz ta upravlinnia v biomedychnykh systemakh, System analysis and management in biomedical systems*, 14(2), 264.
- [6] Azarova, O. (2016). Deviatsii ta adyktivna: Antropolohichni pidkhid [Deviations and addictions: An anthropological approach]. *Fond nauky ta osvity, Science and Education Fund*, 68 [in Ukrainian].
- [7] Trunova, I., & Avlasovych, V. (2016). Narkomaniia yak sotsialna nebezpeka dlia molodi [Drug addiction as a social danger for young people]. *Electronic Sumy State University Institutional Repository*. Retrieved from <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319> [in Ukrainian].
- [8] Podolian, V. (2021). Adolescent drug addiction in Ukraine: Medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*, 55(2), 7-16. doi: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>.

- [9] Kurdil, N. (2021). Produkty pryrodnoho opiiu v suchasniy strukturі narkotychnykh otruien (ohliad literatury ta rezultaty skryninhu na narkotyky u 1990-2020 rr.) [Natural opium products in the modern structure of drug poisoning (literature review and drug screening results in 1990-2020)]. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*, 54(1), 64-72. doi: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-54-1-64-72> [in Ukrainian].
- [10] Shylova, M., & Dotsenko, M. (2021). Methadone use during HIV infection treatment in people who inject drugs. *Retsept*, 3, 357-362. doi: <https://doi.org/10.34883/pi.2021.24.3.005>.
- [11] Fung, H. (2017.). Motivating drug addicts for treatment. doi: https://doi.org/10.5353/th_b3124667.
- [12] Koziaruk, O. (2021). Subiekt kontrabandy narkotychnykh zasobiv, psykhotropnykh rehovyn, yikh analogiv ta prekursiv abo falsyfikovanykh likarskykh zasobiv [Subject of smuggling of narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues and precursors or falsified medicinal products]. *Yurydychnyi visnyk, Legal Bulletin*, 6, 351-359. doi: <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i6.2066> [in Ukrainian].
- [13] Ponomarenko, V., Nahorna, A., & Panasenko, H. (Trans). (2001). *Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnennykh problem okhorony zdorovia. Desiatiy perehliad [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Care Problems. Tenth revision]*. (Vols. 1-3). Kyiv: Zdorovia [in Ukrainian].
- [14] Addiction lives: Wayne hall. (2017). *Addiction*, 113(3), 564-567. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13965>.
- [15] Restrepo Escobar, S.M. (2016). Drugs and addictive behavior. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1). doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.1762>.
- [16] Serdiuk, O. (2006). Sotsialna robota z osobamy z narkotychnoiu ta alkoholnoiu zalezhnistiu [Social work with persons with drug and alcohol addiction]. *Sotsialna robota v orhanakh vnutrishnikh sprav Ukrainy, Social work in internal affairs bodies of Ukraine*. Kharkiv: Nats. un-t bnutr. sprav [in Ukrainian].
- [17] *Drugs and addictive behavior*. doi: <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>.
- [18] Chernetska, Yu. (2016). Teoriia i praktyka sotsialno-pedahohichnoi roboty z resotsializatsii narkozalezhnykh v umovakh reabilitatsiinykh tsestriv [Theory and practice of socio-pedagogical work on the resocialization of drug addicts in the conditions of rehabilitation centers]. *Candidate's thesis*. Starobilsk. Retrieved from http://luguniv.edu.ua/wp-content/uploads/2016/06/chernetska_d.pdf [in Ukrainian].
- [19] Evropeyskiy shkolnyy issledovatelskiy proekt po alkogoliu i narkotikam [European School Research Project on Alcohol and Drugs]. (2021). (n.d.). www.espad.org. Retrieved from <http://www.espad.org/> [in Russian].
- [20] Ustinova, L. (2018). Aktualni pytannia profilaktyky ta vyavlennia pyiatstva, narkotychnoi zalezhnosti ta toksykomanii [Actual issues of prevention and detection of drunkenness, drug addiction and drug addiction]. *Medytsyna nevidkladnykh staniv, Emergency medicine*, 7(94), 59-64 [in Ukrainian].
- [21] Havenko, L., & Bitenskyi, V. (2015). Psykhiatriia i narkolohiia. *VSV "Medytsyna"*, 1, 512.
- [22] Fattore, L. (2012). Considering gender in cannabinoid research: A step towards personalized treatment of marijuana addicts. *Drug Testing and Analysis*, 5(1), 57-61. doi: <https://doi.org/10.1002/dta.1401>.
- [23] Does prison-based rehabilitation of drug-addicts work? (2008). *New Scientist*, 197(2648), 7. doi: [https://doi.org/10.1016/s0262-4079\(08\)60696-x](https://doi.org/10.1016/s0262-4079(08)60696-x).
- [24] Satel, S.L. (2001). 4 is drug addiction a brain disease? *Drug Addiction and Drug Policy*, 1, 118-143. doi: <https://doi.org/10.4159/9780674038622-005>.
- [25] Wong, W.A. (2020.). *Adolescent drug addicts and their search for identity*. doi: https://doi.org/10.5353/th_b3124644.
- [26] Hofmann, S. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- [27] Lyseniuk, V.P. (2018). Reabilitatsiina medytsyna: osnovni poniattia ta definitsii [Rehabilitation medicine: basic concepts and definitions]. *Natsionalnyi medychnyi universytet im. O.O. Bohomoltsia. National Medical University named after O.O. Bogomolets*. Retrieved from <http://www.mif-ua.com/archive/article/34537> [in Ukrainian].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- [1] Павлова С. Девиантное поведение и причины его возникновения. *Успехи современной науки и образования*. 2016. № 2 (6). С. 129–131.
- [2] Галяутдинова С. К проблеме понимания аддикции и зависимости отечественными и зарубежными исследователями. *Вестник Башкирского университета*. 2013. № 18 (1). С. 233.
- [3] Короленко Ц. Адиктивна поведінка. Загальна характеристика та закономірності розвитку. *Психіатрія та медична психологія*. 2000. № 1 (2). С. 8–15.
- [4] Денисенко М. М. Адикції у хворих на тривожно-фобічні розлади (діагностика та лікування). *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 3. С. 97–104. doi: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.3.8086>.
- [5] Kutashov V. The study of clinical and psychological characteristics of people who use drugs. *Системний аналіз та управління в біомедичних системах*. 2015. № 14 (2). С. 264.
- [6] Азарова О. Девіації та адикції: Антропологічний підхід. *Фонд науки та освіти*. 2016. № 68.
- [7] Трунова І., Авласович В. Наркоманія як соціальна небезпека для молоді. *eSSUIR – Electronic Sumy State University Institutional Repository*. 2016. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319>.
- [8] Podolian V. Adolescent drug addiction in Ukraine: Medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. No. 55 (2). P. 7–16. doi: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>.
- [9] Курділь Н. Продукти природного опію в сучасній структурі наркотичних отруєнь (огляд літератури та результати скрінінгу на наркотики у 1990-2020 рр.). *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. № 54 (1). С. 64–72. doi: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-54-1-64-72>.
- [10] Shylova M., Dothenko M. Methadone use during HIV infection treatment in people who inject drugs. *Retsept*. 2021. № 3. С. 357–362. doi: <https://doi.org/10.34883/pi.2021.24.3.005>.

- [11] Fung H. Motivating drug addicts for treatment. 2017. doi: https://doi.org/10.5353/th_b3124667.
- [12] Козярук О. Суб'єкт контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів або фальсифікованих лікарських засобів. *Юридичний вісник*. 2021. № 6. С. 351–359. doi: <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i6.2066>.
- [13] Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд / пер. В. Пономаренко, А. Нагорна, Г. Панасенко. Київ : Здоров'я, 2001. Т. 3. 817 с.
- [14] Addiction lives: Wayne hall. *Addiction*. 2017. No. 113 (3). P. 564–567. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13965>.
- [15] Restrepo Escobar S. M. Drugs and addictive behavior. *Drugs and Addictive Behavior*. 2016. Vol. 1. No. 1. doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.1762>.
- [16] Сердюк О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. *Соціальна робота в органах внутрішніх справ України* : навч. посіб. Харків : Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303–324.
- [17] Drugs and addictive behavior. doi: <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>.
- [18] Чернецька Ю. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Старобільськ, 2016. 522 с. URL: http://luguniv.edu.ua/wp-content/uploads/2016/06/chernetska_d.pdf.
- [19] Европейський шкільний дослідницький проект по алкоголю и наркотикам. *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*. URL: <http://www.espad.org/>.
- [20] Устінова Л. Актуальні питання профілактики та виявлення пияцтва, наркотичної залежності та токсикоманії. *Медицина невідкладних станів*. 2018. № 7 (94). С. 59–64.
- [21] Havenko L., Bitsenskiy V. Psykhiatriia i narkolohiia. *VSV «Medytsyna»*. 2015. No. 1. P. 512.
- [22] Fattore L. Considering gender in cannabinoid research: A step towards personalized treatment of marijuana addicts. 2012. *Drug Testing and Analysis*. No. 5 (1). P. 57–61. doi: <https://doi.org/10.1002/dta.1401>.
- [23] Does prison-based rehabilitation of drug-addicts work? *New Scientist*. 2008. No. 197 (2648). P. 7. doi: [https://doi.org/10.1016/s0262-4079\(08\)60696-x](https://doi.org/10.1016/s0262-4079(08)60696-x).
- [24] Satel S. L. 4 is drug addiction a brain disease? *Drug Addiction and Drug Policy*. 2001. No. 1. P. 18–143. doi: <https://doi.org/10.4159/9780674038622-005>.
- [25] Wong W. A. Adolescent drug addicts and their search for identity. 2020. doi: https://doi.org/10.5353/th_b3124644.
- [26] Hofmann S. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012. No. 36 (5). P. 427–440. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- [27] Лисенюк В. П. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. *Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*. 2018. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34537>.

Стаття надійшла до редколегії 22.03.2022

Halych Ya. – Psychiatrist, Psychotherapist, Head of the Department of Borderline States of the Psychiatric Clinic (with Wards for Drug Addiction Patients) of the National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Kyiv, Ukraine
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-546X>

Features of Rehabilitation of Persons with Dependence on Psychoactive Substances

The purpose of the article is to study the features of the rehabilitation process of persons with dependence on psychoactive substances. Methodology. The scientific concepts of the study of addictive behavior, namely chemical addictions, constituted the methodological basis of the article. Methodological tools are selected in accordance with certain goals, the specifics of the object and the subject of research. The classification of psychoactive substances and their influence on the physical and mental state are considered. Psychological approaches to the problem of drug addicts are characterized on the basis of the leading trends in psychology and the most developed theories. The role of prevention of the use of narcotic substances in the system of rehabilitation of drug addicts is revealed. Models of addictive behavior as a form of deviations are singled out. The leading psychological problems resulting from the use of narcotic substances are considered. The algorithm for conducting medical and psychological rehabilitation of persons dependent on psychoactive substances is analyzed. Behavioral and psycho-emotional manifestations in persons with dependence on psychoactive substances were determined. Depending on this, the main directions of rehabilitation work and the features of their implementation are determined. The features of the system of rehabilitation of drug addicts are revealed. The scientific novelty of the article lies in the generalization and systematization of the results of research on the features of the medical and social rehabilitation of those addicted to psychoactive substances. Conclusions. The features of the medical and medical-psychological stages in the system of rehabilitation of persons with addiction to psychoactive substances are determined. The effectiveness of the approaches used in consultations by general somatic specialists aimed at informing about the consequences of drug use is substantiated.

Keywords: psychoactive substances; addictive behavior; chemical dependence; medical and psychological rehabilitation; rehabilitation environment.