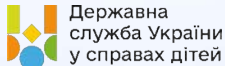
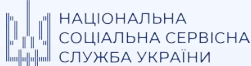


Міністерство
соціальної політики,
сім'ї та єдності України



Державна
служба України
у справах дітей



НАЦІОНАЛЬНА
СОЦІАЛЬНА СЕРВІСНА
СЛУЖБА УКРАЇНИ



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ



ВОЛОНТЕР
Всеукраїнський громадський центр



Координаційний центр
з розвитку сімейного
виховання та догляду дітей



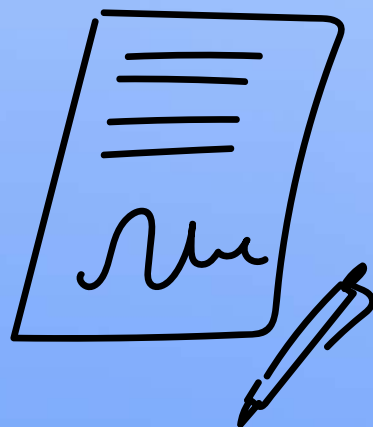
unicef
для кожної дитини



Співфінансується
Європейським Союзом

Керівництво

для фахівців із соціальної роботи / працівників
надавачів соціальних послуг з раннього виявлення,
мотивування, переадресації та супроводу батьків,
які мають проблему вживання психоактивних
речовин, для звернення за послугою лікування
та/або зменшення шкоди



Автори:

Олександра ВІНОГРАДОВА, залучена експертка Координаційного центру з розвитку сімейного виховання та догляду дітей

Олексій ПРОЦЕНКО, залучений експерт Координаційного центру з розвитку сімейного виховання та догляду дітей

Тетяна ЖУРАВЕЛЬ, кандидатка педагогічних наук, виконавча директорка ГО «Всеукраїнський громадський центр «Волонтер»

Олександра ГРИЦЕВИЧ, експертка з питань захисту прав дитини ГО «Всеукраїнський громадський центр «Волонтер»

Автори посібника висловлюють подяку за надання методичної та інформаційно-аналітичної допомоги у створенні керівництва:

- **Ірині Іванчук**, начальниці відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
- **Оксані Панкратовій**, заступниці директора з замісної підтримувальної терапії Комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально-значущих хвороб» Запорізької обласної ради.
- **Віктору Герасімову**, судовому експерту Запорізького відділення Дніпропетровського науково-дослідного інституту судових експертиз Міністерства юстиції України, к.фарм.н.



Посібник розроблено Координаційним центром з розвитку сімейного виховання та догляду дітей – консультативно-дорадчим органом при Кабінеті Міністрів України, який співфінансується Європейським Союзом та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Розробка здійснена у співпраці з Міністерством соціальної політики, сім'ї та єдності України, Державною службою України у справах дітей, Національною соціальною сервісною службою України, Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» та Громадською організацією «Всеукраїнський громадський центр „Волонтер“» в межах реалізації Стратегії забезпечення права кожної дитини в Україні на зростання в сімейному оточенні на 2024–2028 роки.

Матеріал створено для фахівців і фахівчинь із соціальної роботи, працівників і працівниць надавачів соціальних послуг, служб у справах дітей, а також представників і представниць громадських організацій та інших установ, які взаємодіють із сім'ями, де батьки мають ознаки шкідливого вживання психоактивних речовин.

Зміст посібника є виключною відповідальністю Координаційного центру з розвитку сімейного виховання та догляду дітей і не обов'язково відображає позицію Європейського Союзу та ЮНІСЕФ.

ГЛОСАРІЙ І ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	8
Актуальність проблеми	8
Мета і завдання посібника	9
Цільова аудиторія	10
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ, ДЕ Є ПРОБЛЕМА ВЖИВАННЯ ПАР	11
§1.1. Нормативне регулювання та механізми реагування на випадки вживання ПАР у сім'ях у складних життєвих обставинах	11
1. Проведення раннього скринінгу та/або виявлення батьків, які мають ознаки вживання ПАР.	12
2. Оцінювання потреб сім'ї та документування випадку.	12
3. Інформування про випадок уповноважених органів і служб у разі підтвердження факту перебування сім'ї з дитиною/дітьми в СЖО;	12
4. Планування заходів та надання соціальних послуг відповідно до виявлених потреб	13
5. Проведення коротких втручань, переадресація для диференційованої діагностики й лікування залежності, у разі потреби;	14
6. Супровід / психосоціальна підтримка під час та після лікування та/або реабілітації.	14
§1.2. Система взаємодії в державному й громадському секторах щодо надання допомоги особам і сім'ям із досвідом вживання ПАР	16
§1.3. Етичні принципи й конфіденційність у роботі з сім'ями, де є проблема вживання ПАР	18
Основні етичні принципи, яких мають дотримуватися фахівці:	19
РОЗДІЛ 2. ОЗНАКИ Й ФАКТОРИ РИЗИКУ ВЖИВАННЯ ПАР	21
§2.1. Основні види ПАР і їхній вплив на поведінку та психіку	21
Підходи до класифікації ПАР.	22
Практичне використання знань про ПАР.	23
Міждисциплінарний підхід до надання послуг.	24
§2.2. Ознаки вживання ПАР у батьків: поведінкові, психологічні й соціальні маркери	25
Поведінкові маркери	27
Психологічні маркери	28
Соціальні маркери	28
РОЗДІЛ 3. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ БАТЬКІВ, ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ ВЖИВАННЯ ПАР	30
§3.1. Методи оцінки ризику вживання ПАР та інструменти скринінгу	30
Модель консультування SBIRT: шість ключових кроків	30
І етап SBIRT. Скринінг як інструмент раннього виявлення ризикованого вживання.	33

II етап SBIRT. Коротке втручання як підтримка мотивації до змін	36
III етап SBIRT. Направлення на лікування	41
§3.2. Залучення близького оточення батьків, які мають проблему вживання ПАР, до мотивування звернення по допомогу (лікування, реабілітація, зменшення шкоди)	43
§3.3. Роль мультидисциплінарного підходу в роботі з супутніми проблемами вживання ПАР	46
§3.4. Співпраця із закладами охорони здоров'я та реабілітаційними центрами	50
Детоксикація	52
Стаціонарне лікування	53
Амбулаторне лікування	53
Підтримка після лікування (супровід, моніторинг)	53
§3.5. Інформування, переадресація та супровід батьків, які вживають ПАР, для звернення за послугою лікування та/або зменшення шкоди (ЗОЗ / ребцентр)	54
Значущість переадресації для ФСР	54
Алгоритм організації переадресації	54
РОЗДІЛ 4. КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПАР	59
§4.1. Особливості роботи з батьками, які вживають ПАР: виклики й бар'єри	59
§4.2. Емпатія і ненасильницьке спілкування як ключові навички консультанта (побудова довіри й ефективної комунікації з батьками)	62
Чотири основні компоненти ненасильницького спілкування	63
§4.3. Стадії змін поведінки осіб, які вживають ПАР, і завдання фахівців на кожній стадії змін	67
Стадія переднаміру (або незацікавленість у змінах)	67
Стадія роздумів	68
Стадія наміру	69
Стадія дій	69
Стадія підтримки змін	70
Рецидив як частина моделі зміни поведінки	71
§4.4. Принципи й інструменти мотиваційного інтерв'ю: як допомогти батькам усвідомити проблему та змінити поведінку	72
Ключові принципи застосування MI	73
РОЗДІЛ 5. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	84
§5.1. Моніторинг випадку та складання плану супроводу на етапі підтримки змін	84
§5.2. Методи й форми підтримки батьків після реабілітації та/або лікування.	88
§5.3. Методи самопомогти, роль соціального оточення в підтримці сім'ї в післяреабілітаційний період	91
ВИСНОВКИ Й РЕКОМЕНДАЦІЇ	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	96

ДОДАТКИ	103
Додаток 01. Класифікація ПАР	103
Додаток 02. Вплив ПАР на поведінку в стані гострої інтоксикації	104
Додаток 03. Характерні соматичні ознаки інтоксикації внаслідок вживання ПАР	105
Додаток 04. Характерні ознаки синдрому відміни	106
Додаток 05. Небезпечні взаємодії з іншими ПАР	107
Додаток 06. Запобігання передозуванню ПАР	110
Додаток 07. Наслідки регулярного вживання ПАР	111
Додаток 08. Прескринінг на вживання психоактивних речовин (ПАР)	112
Додаток 09. Тест AUDIT – стандартизований опитувальник для визначення ризиків, пов'язаних із вживанням алкоголю	113
Додаток 10. DAST-10 – опитувальник для скринінгу на вживання наркотичних речовин (окрім алкоголю й тютюну)	115
Додаток 11. Стигматизуюча й актуальна лексика спілкуванн	117
Додаток 12. PHQ-2 – короткий скринінг на депресію	118
Додаток 13. GAD-2 – короткий скринінг на тривожність	119
Додаток 14. Аргументи на користь лікування, які ФСР може використовувати в мотиваційній розмові з батьками	120
Додаток 15. SMART-цілі в роботі з батьками, які проходять лікування від ПАР	121



Глосарій і перелік скорочень

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test – стандартизований опитувальник, розроблений ВООЗ для виявлення розладів, зумовлених споживанням алкоголю
DAST-10	Drug Abuse Screening Test – короткий опитувальник для виявлення проблем, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин (крім алкоголю й тютюну). Містить 10 запитань
GAD-2	Двоетапний скринінг на тривожний розлад (Generalized Anxiety Disorder – 2 items)
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme, або Програма дій із подолання прогалин у наданні допомоги при психічних, неврологічних розладах і розладах, пов'язаних із вживанням ПАР. Розроблена ВООЗ для країн з обмеженими ресурсами
OASAS	Управління служб шкідливого вживання алкоголем та психоактивних речовин штату Нью-Йорк
PHQ-2	Двоетапний скринінг на депресивний розлад (Patient Health Questionnaire-2)
SAMHSA	Адміністрація з питань психічного здоров'я та шкідливого вживання психоактивними речовинами США
SBIRT	Скринінг, коротке втручання та направлення на лікування / Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)
SMART Recovery	Акронім від Self-Management and Recovery Training. Науково обґрунтована програма допомоги людям з будь-яким типом адиктивної поведінки (хімічна залежність від ПАР (алкоголь, наркотики, нікотин) і залежна поведінка загалом (лудоманія, сексоголізм, залежність від їжі, самоушкодження тощо))
AA	Анонімні алкоголіки (групи взаємодопомоги)
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія

МІ	Мотиваційне інтерв'ю – метод консультування, що допомагає людині усвідомити й посилити власну мотивацію до змін
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
АН	Анонімні наркомани (групи взаємодопомоги)
ННС	Ненасильницьке спілкування – підхід до взаємодії, що ґрунтується на емпатії, повазі й пошуку рішень без примусу чи осуду.
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НУО	Неурядова організація
ООН	Організація об'єднаних націй
ПАР	Психоактивні речовини
ПМГ	Програма медичних гарантій
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СЖО	Складні життєві обставини
ССД	Служба у справах дітей
ФСР	Фахівці з соціальної роботи
ЦГЗ	ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Актуальність проблеми

Згідно зі Всесвітнім звітом про наркотики 2023 року¹, опублікованим Управлінням ООН з наркотиків і злочинності (UNODC), у 2023 році 316 мільйонів людей віком 15–64 років вживали наркотики щонайменше один раз протягом року. За останні 10 років, цей показник має динаміку росту на 28%, що частково пояснюється зростанням населення. Найпоширенішим наркотиком залишається канабіс – 244 мільйонів споживачів. Також до популярних наркотичних речовин віднесли амфетаміни (31 мільйон користувачів), кокаїн та екстазі (25 та 21 мільйон споживачів відповідно).

Європейський звіт про наркотики 2023² року свідчить, що близько 96 мільйонів дорослих у Європейському Союзі (29% населення віком 15–64 років) хоча б раз у житті вживали незаконні наркотики. Щороку громадяни ЄС витрачають близько 24 мільярдів євро на їх придбання.

Результати дослідження щодо поширеності основних факторів ризику неінфекційних захворювань STEPS в Україні³ показали, що:

- дві третини чоловіків і майже половина жінок вживали алкоголь протягом останніх 30 днів;
- кожна п'ята (19,7%) людина вживала шість і більше доз (див. § 2.3) алкоголю за епізод вживання, а це понаднормово;
- серед людей, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, були помітні симптоми, пов'язані з алкогольною залежністю, і траплялися в три-чотири рази частіше серед чоловіків, ніж серед жінок;
- кожен восьмий (12,7%) повідомив, що не міг припинити пити після початку вживання, а кожен десятий (10,8%) – що наступного дня не зміг виконати те, що зазвичай від нього очікували. Для полегшення похмілля кожен восьмий (13,2%) випивав уранці;
- незареєстрований алкоголь, у тому числі вироблений у домашніх умовах, вживали часто – 17,3% від загального споживання алкоголю.

Однак шкода від вживання психоактивних речовин (далі – ПАР) стосується не лише самих споживачів⁴. Найбільше страждають діти, які зростають у сім'ях, де дорослі мають проблеми з ПАР. Вони часто стикаються з нестачею турботи, емоційною нестабільністю, насильством чи нехтуванням. Таке середовище негативно впливає на розвиток дитини, її психічне здоров'я, відчуття безпеки й гідності. А в крайніх випадках

¹ United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. [wdr.unodc.org](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html). URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

² European Union Drug Agency. European Drug Report 2024: Trends and Developments. European Union Drug Agency. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en.

³ Центр громадського здоров'я МОЗ України. Національне дослідження STEPS в Україні. <https://www.phc.org.ua/>. Дослідження з неінфекційних захворювань. URL: <https://www.phc.org.ua/naukova-diynist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini>.

⁴ United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019. [wdr.unodc.org](https://wdr.unodc.org/wdr2019/). URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>

призводить до вилучення дитини із сім'ї або втрати батьків через передчасну смерть, пов'язану з ПАР.

Так, за результатами дослідження, проведеного МБО «Надія і житло для дітей» у 2020 році, серед ключових причин влаштування дітей до інституційних закладів, є недогляд через вживання ПАР батьками – 25,2%.

Це не лише проблема окремої родини. Для громади це означає зростання навантаження на систему захисту дітей, втрату важливих соціальних зв'язків, зниження потенціалу сімей до самозарадності, а в довгостроковій перспективі – підвищені ризики повторення подібних моделей поведінки в наступних поколіннях, якщо не втрутитися вчасно. Батьки, які мають проблеми зі вживанням ПАР, часто не звертаються по допомогу – через сором, страх осуду, недовіру до системи чи брак інформації. Тому надзвичайно важливо, щоб у громаді були фахівці, які можуть запропонувати підтримку, що базується на довірі й відсутності осуду⁵.

Фахівці з соціальної роботи (ФСР) – це місток між родинами, у яких батьки мають ознаки вживання ПАР та системою медичних і соціальних послуг. Вони виявляють такі сім'ї, встановлюють довірливий контакт із батьками, надають інформацію про можливості лікування, зменшення шкоди, допомогу в громаді й супроводжують родину на шляху до змін. Своєчасна допомога ФСР може запобігти розриву сімейних зв'язків, розлученню дитини з батьками й можливому влаштуванню дитини до закладу інституційного догляду. Забезпечення підтримки сім'ї в складний період – це не лише про допомогу дорослому, а й про захист найкращих інтересів дитини.

Залежність – це хронічне захворювання, і більшості людей недостатньо просто «припинити вживати» на кілька днів. Ефективне лікування передбачає тривалий процес, повторні або поетапні епізоди допомоги, підтримку тверезого способу життя й відновлення функцій – у сім'ї, на роботі, у суспільстві. Без участі громади й постійної підтримки це практично неможливо. Саме тому ФСР повинні мати не лише знання, а й практичні навички ненасильницької комунікації, мотиваційного консультування, розуміння батьківства в кризі. Вони – ключові агенти змін, здатні підтримати батьків і захистити дітей.

Мета і завдання посібника

Це Керівництво створене для підтримки ФСР, які працюють із сім'ями, де батьки мають ознаки вживання та/або розладів, внаслідок вживання ПАР. Його мета – посилити потенціал ФСР шляхом розширення знань, надання практичних інструментів і орієнтирів для роботи з такими родинами.



⁵ Під маскою турботи: звіт за результатами аналізу ситуації в будинках дитини, 2020. - Київ, 143 с. URL: <http://hopeandhomes.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zvit-PID-MASKOiu-TURBOTY.pdf>

Основні завдання Керівництва:

- допомогти ФСР своєчасно виявляти сім'ї, що перебувають у складних життєвих обставинах (СЖО), пов'язаних із вживанням ПАР, із застосуванням коротких втручань, щоб запобігати розвитку розладів, пов'язаних з вживанням ПАР.
- зорієнтувати в можливостях налагоджувати довірливий контакт з батьками, без проявів стигми й дискримінації;
- навчити ФСР мотивувати батьків до звернення за допомогою;
- розширити розуміння сутності й особливостей ефективної переадресації та супроводу батьків до послуг лікування та/або зменшення шкоди;
- зберігати фокус на потребах, безпеці й добробуті дитини.

Крім того, Керівництво спрямоване на:

- привернення уваги громад до важливості своєчасної допомоги сім'ям у СЖО, що стикаються з проблемою вживання ПАР;
- підтримку застосування інноваційних гнучких методів взаємодії з батьками – таких, що враховують складні обставини життя родини, сприяють мотивації до змін і поступовому відновленню батьківських функцій;
- формування єдиного підходу до соціальної, медичної, освітньої взаємодії та інших систем у межах громади.

Керівництво наголошує на важливості партнерства, недискримінаційної підтримки, професійної етики й розвитку нових рішень у сфері допомоги родинам, які стикаються з викликами, пов'язаними з вживанням ПАР.

Цільова аудиторія

Це керівництво розроблено для ФСР, які працюють у системі соціального захисту й надання соціальних послуг (у центрах надання соціальних послуг, центрах соціальних служб, громадських організаціях), служб у справах дітей та інших установ, що надають допомогу, підтримку сім'ям із дітьми, а також захищають права дітей на рівні територіальних громад.

Документ буде корисним для ФСР, які у своїй діяльності стикаються з батьками, що мають ознаки вживання ПАР та потребують практичних підходів до мотивування, переадресації та супроводу таких осіб до спеціалізованих послуг лікування чи зменшення шкоди.

Також Керівництво може бути корисним:

- керівникам організацій-надавачів соціальних та інших послуг;
- мультидисциплінарним командам;
- представникам систем охорони здоров'я, освіти та юстиції, які співпрацюють з ФСР у громадах;
- викладачам і студентам закладів вищої освіти.

Розділ 1

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ, ДЕ Є ПРОБЛЕМА ВЖИВАННЯ ПАР

§1.1. Нормативне регулювання та механізми реагування на випадки вживання ПАР у сім'ях у складних життєвих обставинах

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги»⁶ одним із чинників, що можуть зумовити складні життєві обставини сім'ї, є психічні й поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання ПАР.

Вживання ПАР батьками має надзвичайно негативний вплив на функціонування сім'ї, виконання обов'язків із догляду й виховання дітей і може мати наслідком загрозу життю та здоров'ю дитини. Тому робота з сім'ями, у яких є проблема вживання ПАР, потребує системного підходу та злагодженої міжвідомчої взаємодії.

Алгоритм взаємодії щодо роботи з батьками, які мають ознаки розладу вживання ПАР, включає такі етапи (див. рис 1) :

1. проведення раннього скринінгу та/або виявлення батьків, які мають ознаки вживання ПАР;
2. оцінювання потреб сім'ї та документування випадку (складання акту оцінки потреб сім'ї з дитиною\дітьми);
3. інформування про випадок уповноважених органів і служб у разі підтвердження факту перебування сім'ї з дитиною\дітьми в СЖО;
4. планування заходів та надання соціальних послуг відповідно до виявлених потреб;
5. проведення коротких втручань, переадресація для диференційованої діагностики й лікування залежності, у разі потреби;
6. супровід / психосоціальна підтримка під час та після лікування та/або реабілітації.

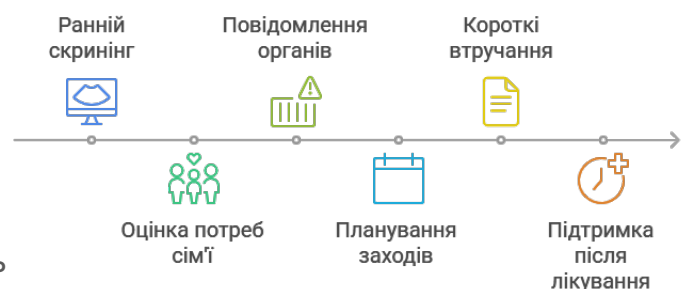


Рис. 1. Процес виявлення та підтримки батьків з ознаками розладу вживання ПАР

⁶ Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019, № 2671-VIII : станом на 15.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>

Розгляньмо кожен етап детальніше:

1. Проведення раннього скринінгу та/або виявлення батьків, які мають ознаки вживання ПАР

Суб'єктами виявлення сімей, які можуть потрапити / потрапили в складні життєві обставини, є: заклади освіти, охорони здоров'я, центри соціальних служб / центри надання соціальних послуг / інші установи надання соціальних послуг, служби у справах дітей, соціальні менеджери, фахівці із соціальної роботи, соціальні працівники, поліцейські, громадські об'єднання та благодійні організації, волонтери.

Виявлення батьків, які вживають ПАР, може здійснюватися в процесі виконання суб'єктами взаємодії своїх повноважень (проведення соціальної роботи, здійснення освітнього процесу, обстеження умов проживання сім'ї / дитини, відвідування сім'ї тощо), шляхом отримання заяви / повідомлення про таких осіб, із матеріалів ЗМІ, а також із соціальних мереж.

У разі виявлення сім'ї, яка має ознаки вразливої або СЖО, інформація про таку сім'ю протягом одного дня передається до органу соціального захисту населення або соціальному менеджеру / ФСР за місцем проживання сім'ї для проведення оцінювання її потреб у соціальних послугах.

Важливо! У ситуації, коли наслідком вживання ПАР є залишення дитини без батьківського піклування, загроза життю та здоров'ю дитини, про це негайно інформується служба у справах дітей для оцінювання рівня безпеки дитини та вжиття відповідних заходів реагування.

2. Оцінювання потреб сім'ї та документування випадку

Оцінювання потреб сім'ї в соціальних послугах проводиться ФСР / соціальним менеджером протягом семи робочих днів з дати виявлення такої сім'ї. Під час проведення такого оцінювання важливо звернути увагу на рівень задоволення потреб дитини, дотримання її прав та інтересів, а також визначити необхідність надання підтримки й допомоги щодо належного забезпеченні її потреб.

За наявності чинників / ознак перебування сім'ї / дитини в складних життєвих обставинах, акт за результатами оцінювання обов'язково надсилається службі у справах дітей за місцем проживання дитини для організації її соціального захисту із залученням відповідних фахівців відповідно до Порядку забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі дітей, які постраждали від жорстокого поводження, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 р. № 585.І

3. Інформування про випадок уповноважених органів і служб у разі підтвердження факту перебування сім'ї з дитиною/дітьми в СЖО;

Виявлений факт вживання ПАР фіксується у відповідних актах, зокрема в таких:

- **акт оцінки потреб сім'ї/особи** (складається за формою, затвердженою наказом Мінсоцполітики від 13.07.2018 р. № 1005⁷), у якому зазначається інформація про наявність у батьків / осіб, які їх замінюють, шкідливих звичок, зокрема ознак вживання алкоголю, наркотичних засобів чи психотропних речовин;
- **акт проведення оцінки рівня безпеки дитини** (складається працівником ССД разом із поліцейським, працівником закладу охорони здоров'я за формою згідно з додатком 10 до Порядку провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 р. № 866⁸;

У цьому акті фіксується інформація про:

- залишення дитини під наглядом осіб з наявними ознаками алкогольного чи наркотичного сп'яніння або синдрому відміни пов'язаного з вживанням ПАР/алкоголю, перебування під дією психоактивних речовин, вираженого психічного розладу;
- наявність небезпечної поведінки або ознак психічних і поведінкових розладів, зокрема викликаних вживанням алкогольних / наркотичних чи психотропних засобів, чи речовин.

Важливо! У разі наявності проявів небезпечної поведінки батьків або ознак психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР, виявлення інших чинників, що свідчать про небезпеку для дитини, служба у справах дітей вживає заходів реагування (негайне відібрання дитини від батьків, надання дитині необхідної допомоги, забезпечення її тимчасового влаштування).

4. Планування заходів та надання соціальних послуг відповідно до виявлених потреб

Планування заходів соціальної підтримки осіб, які вживають ПАР, ґрунтується на комплексній оцінці їхніх потреб, з урахуванням життєвих обставин сім'ї. Такий підхід дозволяє визначити типи необхідних соціальних послуг, мету та завдання їх надання, спланувати заходи підтримки відповідно до виявлених потреб та скласти індивідуальний план надання соціальних послуг.

Для забезпечення комплексного підходу при плануванні заходів підтримки та під час надання соціальних послуг важливим є формування мультидисциплінарної команди.

Відповідно до статті 231 Закону України «Про соціальні послуги» таку команду очолює фахівець із соціальної роботи або соціальний працівник, або соціальний менеджер, який відповідає за організацію її роботи, виконання індивідуального плану надання соціальних послуг.

До складу мультидисциплінарної команди включаються фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник, соціальний менеджер, психолог,

⁷ Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах: Наказ Міністерства соціальної політики України від 13.07.2018, № 1005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0943-18#Text>

⁸ Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.09.2009, № 866: станом на 13.05.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/866-2008-%D0%BF#Text>

медичний, педагогічний працівник, фахівець з реабілітації, ерготерапевт, а також інші фахівці з урахуванням потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг, та змісту наданих послуг.

5. Проведення коротких втручань, переадресація для диференційованої діагностики й лікування залежності, у разі потреби;

У соціальній сфері допомогу надають заклади соціального захисту, які працюють у межах нормативно визначених стандартів соціальних послуг. Міністерство соціальної політики України затвердило низку таких стандартів, зокрема щодо надання послуг із соціального супроводу, кризового втручання, консультування та підтримки сімей у складних життєвих обставинах, включно з випадками вживання ПАР.

Нормативно-правові акти, що врегульовують порядок виявлення осіб / сімей, які належать до вразливих категорій населення або перебувають у СЖО, не передбачають направлення батьків, які мають ознаки вживання ПАР, до закладів охорони здоров'я з метою проведення їхнього медичного огляду / обстеження та подальшого лікування залежності. Водночас окремі соціальні послуги (інформування, соціальний супровід, соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин⁹) включають заходи з надання інформації про отримання медичної допомоги, перенаправлення для отримання необхідної допомоги / послуг.

Під час контактування з батьками, які вживають ПАР, надзвичайно важливо інформувати їх про варіанти й можливості отримання підтримки та допомоги в подоланні вживання та/або розладів, внаслідок вживання ПАР, зокрема щодо діагностики й лікування залежності на добровільних засадах; порядок отримання медичної допомоги; інформацію про медичні / реабілітаційні установи, у яких можна пройти лікування / реабілітацію; доступні в громаді соціальні послуги й інші форми підтримки, як-от програми «рівний – рівному» тощо.

6. Супровід / психосоціальна підтримка під час та після лікування та/або реабілітації

Під час лікування важливо надавати батькам психосоціальну підтримку, яка може включати: оцінку психологічних і соціальних потреб, підтримувальне консультування, залучення підтримки з боку близького оточення, отримання соціальних послуг тощо. Така підтримка може надаватися працівниками закладу охорони здоров'я у взаємодії із залученими фахівцями соціальних служб (психолог, ФСР, соціальний працівник).

З метою отримання психологічної підтримки й реабілітації, запобігання негативним соціальним і особистісним, зокрема поведінковим,

⁹ Про затвердження Класифікатора соціальних послуг: Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020, № 429: станом на 29.08.2024 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>

явищам і їхнім наслідкам, формування позитивних ціннісних орієнтирів і мотивування до зміни поведінки батьки із залежністю від ПАР можуть отримувати соціальні послуги, надання яких забезпечується з урахуванням індивідуальних потреб батьків і їхньої дитини / дітей.

Національне законодавство передбачає можливість отримання таких комплексних і спеціалізованих соціальних послуг:

- соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, що передбачає реалізацію таких заходів:
 - консультування, регулярні зустрічі чи відвідування отримувача соціальної послуги з метою моніторингу виконання завдань, спрямованих на розв'язання його складної життєвої ситуації;
 - допомога в усвідомленні значення дій і/або розвиток вміння керувати ними; навчання та розвиток соціальних навичок, навичок виховання і догляду за дітьми, управління домогосподарством; консультування, психологічна підтримка;
- **соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних чи психотропних речовин** (надається після проходження курсу лікування залежності в закладах охорони здоров'я), що передбачає:
 - короткотермінове проживання отримувача соціальної послуги, надання йому допомоги в отриманні безоплатної правової допомоги;
 - представництво інтересів; розвиток, формування та підтримка соціальних навичок; консультування; соціальна профілактика повторів;
 - надання психологічної допомоги членам сім'ї; соціальний супровід після проходження програм реабілітації; організація отримання такою особою медичних послуг, медичного обстеження; за необхідності проведення постпрограмної підтримки тощо.

Надання цих соціальних послуг забезпечується мультидисциплінарною командою, до складу якої входить фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник, соціальний менеджер, психолог, медичний, педагогічний працівник, фахівець із реабілітації, ерготерапевт та інші фахівці відповідно до потреб і змісту соціальної послуги.

Крім цього, надзвичайно важливою є міжвідомча взаємодія в питаннях забезпечення соціального захисту дитини, яка потрапила в складні життєві обставини внаслідок вживання ПАР батьками.

Служба у справах дітей забезпечує координацію діяльності щодо організації та виконання заходів соціального захисту дитини шляхом формування міждисциплінарної команди з-поміж працівників надавача соціальних послуг, закладу освіти, охорони здоров'я, психолога й інших фахівців з урахуванням потреб дитини та її сім'ї.



§1.2. Система взаємодії в державному й громадському секторах щодо надання допомоги особам і сім'ям із досвідом вживання ПАР

В Україні вже започатковані та діють різні додаткові сервіси, що надають підтримку особам і сім'ям із досвідом вживання ПАР. Водночас їхня робота залишається розпорошеною між різними секторами. Для розуміння системи взаємодії важливо розглянути чинні механізми в медичній, соціальній і громадській сферах.

У медичному секторі допомога надається через мережу наркологічних служб, через психіатричні заклади й програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), що фінансуються Національною службою здоров'я України (НСЗУ)¹⁰. Пацієнти в межах цих програм отримують лікування за принципами доказової медицини, зокрема із безоплатним забезпеченням препаратами ЗПТ.

Окрему роль у наданні допомоги відіграють громадські й релігійні організації, а також приватні надавачі послуг. До них належать групи за принципом «рівний – рівному» (зокрема анонімних алко- і наркозалежних, тобто АА та АН), реабілітаційні центри, психологи, психотерапевти. Попри поступову стандартизацію, послуги, що надають НУО, досі не належать до класичного пакета соціальних послуг у розумінні державних установ. Вони залишаються нормативно неврегульованими, що ускладнює їх повну інтеграцію в загальну систему допомоги. Водночас такі послуги можуть бути комплементарними до базових соціальних послуг, які надають фахівці соціальної роботи, і сприяти досягненню спільної мети – підтримки батьків, які мають ознаки вживання або залежності від ПАР.

Однак наразі спостерігається відсутність узгодженості між державними й недержавними ініціативами: багато з цих сервісів функціонують фрагментарно, без спільної моделі координації та маршрутів скерування клієнтів. У відповідь на цю потребу системного підходу держава почала впроваджувати єдині стандарти допомоги.

У січні 2025 року МОЗ України затвердило Стандарт надання медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів»¹¹. Цей документ впроваджує єдиний підхід до скринінгу, діагностики й лікування таких розладів, а також визначає чіткий розподіл функцій між надавачами медичної допомоги й описує алгоритми комплексного оцінювання стану пацієнта. Окремо в Україні вже діє Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», що регламентує надання медичної допомоги особам із розладами, зумовленими вживанням опіоїдів, включно з діагностикою, лікуванням гострої інтоксикації, синдромом залежності й синдромом відміни. Відповідно до цього

¹⁰ Національна служба здоров'я України. ОГОЛОШЕННЯ про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за пакетом «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» від 7 березня 2025 року. nszu.gov.ua. Конtrakтування 2025. 07.03.2025. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/ogoloshennya-2025/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv-pro-medichne-obslug100>.

¹¹ Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.01.2025, № 84. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a85db8eb-a3e8-47e2-a09c-00860072f9ee/dn_84_13012025_dod.pdf

стандарту НСЗУ укладає договори з медичними закладами на надання таких послуг із використанням препаратів ЗПТ, забезпечуючи пацієнтам безплатний доступ до лікування за принципами доказової медицини та безперервного супроводу. Одночасно, на фінальному етапі перебуває також розробка Стандарту медичної допомоги при психічних та поведінкових розладах, пов'язаних із вживанням алкоголю, що доповнить систему стандартизованої допомоги особам із розладами, викликаними різними типами психоактивних речовин.

Важливою передумовою для розширення доступу до психологічної допомоги стало інтегрування її елементів у сферу первинної медичної допомоги. З 2025 року базові психологічні послуги більше не надаються окремо, а входять до загального пакета ПМД, який реалізують сімейні лікарі. Це передбачає нові вимоги до їхньої підготовки: усі фахівці первинки проходять навчання за Програмою дій щодо подолання розриву у сфері психічного здоров'я (mhGAP), що дає змогу вчасно виявляти поширені психічні розлади, включно з тими, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і реагувати на них.

Окрему роль у зміцненні мережі послуг відіграють новостворені Центри ментального (психічного) здоров'я, що запроваджуються на рівні громад у межах трансформації системи охорони психічного здоров'я¹². Ці Центри, що працюють на базі ЗОЗ та фінансуються НСЗУ¹², застосовують мультидисциплінарний підхід і забезпечують доступ до психологічної допомоги, кризового втручання, консультацій психіатра, а також соціального супроводу. Для людей, які мають залежність від ПАР або перебувають у групі ризику, Центри стають важливими точками входу в систему допомоги як для мотивації до лікування, так і для профілактики рецидивів після проходження реабілітації. Їхнє розміщення в громадах спрощує доступ до підтримки й уможливорює регулярний моніторинг стану клієнтів, координуючи зусилля з іншими секторами.

Такі дії свідчать про поступову зміну підходів і посилення ролі держави у створенні системи допомоги. Проте, попри наявні сервіси й нові ініціативи, вони все ще часто діють фрагментарно, без належної координації та єдиної моделі маршрутизації клієнтів. У контексті реформ охорони здоров'я, децентралізації та розвитку міжвідомчої співпраці дедалі більшої актуальності набуває необхідність системної оцінки наявних ресурсів і створення карти надавачів послуг у державному, комунальному й недержавному секторах. Таке картування допомагає виявити прогалини в доступності, якості та спроможності сервісів, а також стане основою для планування цілеспрямованих змін (див. §3.4 та §3.5).

Це призводить до того, що пацієнти можуть поставати перед труднощами, коли переходять від одного рівня допомоги до іншого або коли шукають відповідні послуги. Унаслідок цього підтримка часто є несистемною або неповною, особливо на рівні громади.

У цьому контексті ключову роль можуть відігравати ФСР, які здатні забезпечити безперервність допомоги, здійснювати супровід між різними сервісами, координувати маршрути клієнтів і надавати емоційну

¹² Національна служба здоров'я України. ОГОЛОШЕННЯ за пакетом «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами» від 16 травня 2025 року. nszu.gov.ua. Контрактування 2025. 07.03.2025.URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/ogoloshennya-2025/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv-pro-medichne-obslug123>

підтримку. ФСР стануть активним посередником між системами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та громадськими організаціями, особливо в громадах, де діють Центри психічного здоров'я. Їхня участь сприятиме подоланню розривів між секторами, підвищенню доступності послуг і мотивації до лікування.

На цьому етапі реформування взаємодії між медичними, соціальними й іншими установами ключовим завданням є формування інтегрованої, людиноцентричної моделі допомоги. Вона має охоплювати всі етапи: від профілактики й раннього виявлення до лікування, реабілітації та соціального супроводу. Важливим кроком до цього є налагодження сталої міжвідомчої взаємодії між секторами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, юстиції та громадянського суспільства.

Держава вже робить окремі кроки в цьому напрямі, наприклад, розвиток послуг за кошти НСЗУ, розширення доступу до ЗПТ, підтримка мультидисциплінарного підходу. Однак для ефективної відповіді на зростаючі потреби на рівні громади необхідна підтримка цілісної стратегії, що охоплює:

- розробку й впровадження стандартизації медичної та психосоціальної допомоги та розробку регіональних маршрутів пацієнтів, що враховують взаємодію між службами;
- розвиток локальної інфраструктури;
- посилення кадрового потенціалу;
- інтеграцію з соціальними й освітніми сервісами;
- активну участь громадських організацій у наданні послуг.

Усе це не лише розширить доступ до лікування, а й підвищить його ефективність і сталість у довгостроковій перспективі.

§1.3. Етичні принципи й конфіденційність у роботі з сім'ями, де є проблема вживання ПАР

Робота з батьками чи іншими членами родини, які мають проблему вживання та/або залежності від ПАР, потребує особливої обережності, дотримання етичних стандартів і забезпечення довіри. Фахівці соціальної роботи зобов'язані дотримуватися принципів професійної етики у взаємодії з усіма отримувачами послуг.

У своїй професійній діяльності фахівці із соціальної роботи мають обов'язково керуватися положеннями Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи (соціальних працівників і соціальних педагогів) України¹³, який визначає основні принципи, норми поведінки та стандарти професійної відповідальності. Дотримання цього документа – не лише професійний обов'язок, а й запорука якісної, безпечної та поважної взаємодії з клієнтами.

Етичні норми не лише захищають права клієнтів, а й створюють

¹³ Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України: Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 09.09.2005, № 1965.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05#Text>

основу для ефективного супроводу, формування мотивації до змін та налагодження стабільного контакту між фахівцем і родиною.

Основні етичні принципи, яких мають дотримуватися фахівці:

1. Повага до гідності та прав людини

ФСР визнає цінність і гідність кожної людини, незалежно від її життєвих обставин, зокрема досвіду й характеру вживання ПАР. Засудження, нав'язування особистих переконань ізнецінення неприйнятні в професійній взаємодії. Завдання фахівця — створити простір, у якому людина може відчувати підтримку, а не осуд.

2. Недискримінація та рівність

Кожен клієнт має право на рівний доступ до соціальних послуг, незалежно від статі, віку, національності, раси, сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності, сімейного статусу, історії вживання ПАР і будь-яких інших ознак, які можуть бути причиною суспільної стигми й/або дискримінації. У своїх рішеннях ФСР спирається на потреби клієнта, а не на упередження чи стереотипи.

3. Добровільність і поінформована згода

Усі втручання (оцінка, скринінг, направлення, участь у програмах) мають здійснюватися лише за добровільною згодою клієнта. Людина повинна чітко розуміти, навіщо збирається інформація, як вона буде використана, хто матиме до неї доступ і з якою метою проводиться те чи інше втручання.

4. Конфіденційність

ФСР зобов'язаний зберігати конфіденційність інформації, отриманої під час взаємодії з клієнтом. Розголошення допускається лише у випадках, передбачених законом, наприклад, якщо є пряма загроза життю чи здоров'ю дитини або іншої особи. Обговорення кейсів з колегами або на супервізії має відбуватися без згадування ідентифікаційних даних клієнта.

5. Пріоритет інтересів дитини

Якщо вживання ПАР створює ризики для дитини, ФСР зобов'язаний діяти насамперед в інтересах дитини, навіть якщо це суперечить побажанням дорослого клієнта. Втручання має бути професійним, чітко скоординованим і з урахуванням норм чинного законодавства.

6. Професійна компетентність і розвиток

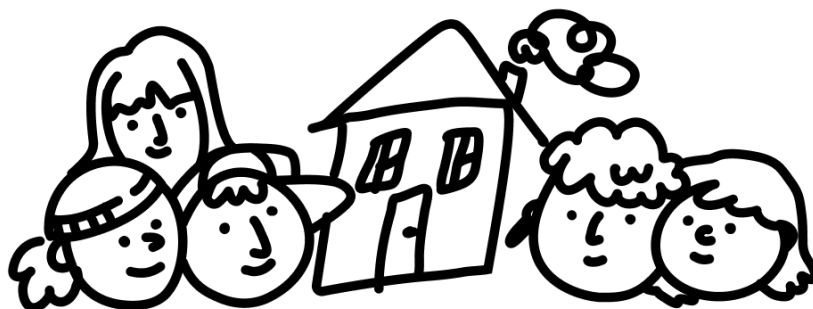
Фахівець має постійно вдосконалювати свої знання й навички, зокрема в темах, що стосуються залежностей, психічного здоров'я, кризової інтервенції, сімейної динаміки та роботи в мультидисциплінарних командах. У складних випадках важливо звертатися за підтримкою до

супервізора або інших фахівців.

7. Чесність, відкритість і саморефлексія

У взаємодії з клієнтами соціальний працівник повинен бути щирим і відкритим, уникати маніпуляцій і двозначних формулювань. Також важливо постійно аналізувати власні реакції, переконання й можливі упередження, щоб вони не впливали на якість надання допомоги.

Дотримання етичних принципів і правил конфіденційності — не формальність, а ключова умова побудови довіри й ефективної допомоги. Саме завдяки цьому соціальна робота із сім'ями, які стикаються з проблемою вживання ПАР, може бути безпечною, професійною та результативною.



Розділ 2.

ОЗНАКИ Й ФАКТОРИ РИЗИКУ ВЖИВАННЯ ПАР

Психоактивні речовини (ПАР) — це речовини, які змінюють свідомість, настрій чи поведінку. До них входить алкоголь, нікотин, опіоїди, канабіс, стимулятори, галюциногени, снодійні й інгалянти (ВООЗ, 2022 р.)¹⁴. Їхній вплив пов'язаний не лише з короточасним сп'янінням, а й з високим ризиком розвитку залежності, що супроводжується порушенням самоконтролю та довготривалими змінами у функціонуванні мозку.

Особливо тривожним є вживання ПАР серед батьків, адже воно впливає не лише на особисте благополуччя, а й на виховання дітей, формування сімейного клімату, а також моделює поведінкові сценарії для наступного покоління. Поведінкові, психологічні й соціальні маркери вживання в батьків часто включають дратівливість, відсутність емоційного залучення, втрату працездатності, ізоляцію та порушення ролей у сім'ї.

Фактори ризику формування залежності від ПАР є багаторівневими. Вони охоплюють:

- **біологічні** — генетична вразливість, вік початку вживання;
- **психологічні** — стрес, травматичний досвід, тривожність чи депресія;
- **соціальні** — низький рівень підтримки, негативне оточення, проблеми в стосунках чи на роботі.

Наслідком тривалого вживання стає трансформація впорядкованої, усвідомленої поведінки в компульсивну, неконтрольовану, що ускладнює утримання навіть попри шкідливі наслідки.

Розуміння природи вживання, його ознак і факторів ризику дозволяє краще ідентифікувати шкідливі патерни у батьків та своєчасно реагувати на них у практиках соціальної роботи, профілактики та підтримки сімей.

§2.1. Основні види ПАР і їхній вплив на поведінку та психіку

У процесі надання соціальних послуг ФСР часто стикаються з батьками, які мають залежність від ПАР. Для ефективного мотивування таких осіб до звернення за спеціалізованою допомогою, зокрема до послуг реабілітації та/або лікування, важливо мати базове розуміння різновидів ПАР, а також характеру їх впливу на людську поведінку, емоційний стан і психічне здоров'я.

Наслідки можуть проявлятися в різних сферах життя: від фізичних і психічних проблем (наси́льство, депресія, фізичні стани та захворювання,

¹⁴ Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorder / World Health Organization. Geneva, 2024. 334 c. ISBN 978-92-4-009674-5. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf>

що є наслідком вживання ПАР), до економічних збитків (втрата майна, фінансові труднощі) і соціальних ускладнень (ізоляція, відчуття незахищеності).

Між вживанням ПАР і злочинністю також є складний взаємозв'язок. Люди з розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, часто опиняються в системі кримінального правосуддя, де замість медико-соціальної підтримки й реабілітації домінують каральні заходи.

Важливо пам'ятати: залежність – це не тільки медична, але й глибоко соціальна проблема. Тому фахівці соціальної роботи мають діяти гнучко, враховуючи як індивідуальні особливості, так і соціальне оточення клієнта. Таке розуміння дозволяє краще оцінити ситуацію, встановити довірливий контакт і направити людину до відповідних служб для лікування, реабілітації чи зменшення шкоди.

Підходи до класифікації ПАР

Згідно з інформацією, наданою ЦГЗ¹⁵, психоактивними речовинами (ПАР) вважаються речовини, що спричиняють звикання та/або залежність за умов систематичного вживання. Розуміння класифікації ПАР є складним і багатовимірним процесом. Це зумовлено тим, що існують різні підходи до систематизації ПАР, кожен з яких ґрунтується на певних критеріях, як-от хімічна структура речовин, механізм їхньої дії на центральну нервову систему, характер психофізіологічного впливу, а також правовий статус у конкретній країні.

У науковій і практичній діяльності нерідко використовуються комбіновані підходи, що дозволяє глибше аналізувати як вплив ПАР на людину, так і формування залежності.

Так, згідно з поточним 11 переглядом Міжнародної класифікації хвороб (надалі – МКХ), виділяють такі групи ПАР¹⁶:

• Алкоголь • Канабіс • Синтетичні канабіноїди • Опіоїди • Седативні, снодійні або анксиолітичні (протитривожні) засоби • Кокаїн • Метілендіоксиметамфетамін (МДМА («Екстазі») і подібні речовини)	• Стимулятори, зокрема амфетамін, метамфетамін і меткатинон • Синтетичні катіони • Кофеїн • Галюциногени • Нікотин • Леткі інгалянти • Дисоціативні препарати, зокрема кетамін і феніциклідин
---	---

¹⁵ Центр громадського здоров'я МОЗ України. Залежність від психоактивних речовин. [https://phc.org.ua/Контроль захворювань](https://phc.org.ua/Контроль_захворювань). URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psykhoaktivnikh-rechovin>

¹⁶ World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/en/>

Примітка: перехід до МКХ-11 в Україні запланований на 2026 рік

З огляду на потребу ФСР у практичних знаннях для ефективної взаємодії з сім'ями, що постраждали від вживання ПАР, у цьому Керівництві подано узагальнену класифікацію (див. рис. 2) основних груп психоактивних речовин, яка охоплює:

- опіоїди
- стимулятори
- галюциногени
- канабіоїди
- депресанти
- інгалянти

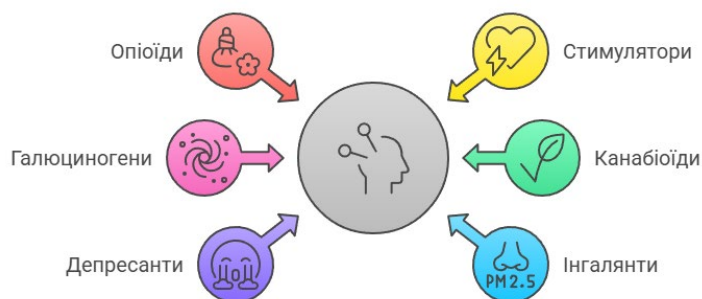


Рис. 2. Класифікація ПАР

Такий поділ є корисним для попереднього розпізнавання типових поведінкових і психоемоційних проявів у клієнтів, що вживають ПАР, та сприяє ефективнішому підходу до мотивування й переадресації за спеціалізованою допомогою.

Практичне використання знань про ПАР

У практичній соціальній роботі знання про ПАР не обмежується лише назвою чи класифікацією речовини. Важливими є конкретні характеристики, які дозволяють ФСР ефективно діяти в інтересах дитини, для доступу дорослих до реабілітаційних і/або медичних послуг клієнта та його сім'ї.

По-перше, знання основних речовин, які належать до ПАР, є основою для загального орієнтування в проблематиці з метою подальшого планування втручання. Для ФСР це необхідно, щоб розуміти, з якою саме речовиною «має справу» отримувач соціальних послуг, навіть якщо той використовує жаргон чи приховує інформацію. Це також полегшує комунікацію з іншими міждисциплінарними фахівцями й дає змогу вчасно переадресувати людину до відповідної служби з питань реабілітації та/або лікування. Детальна інформація про основні приклади ПАР надана в [додатку 01](#).

По-друге, розуміння впливу ПАР на поведінку в стані гострої інтоксикації допомагає правильно інтерпретувати реакції клієнта. Наприклад, збудженість, агресивність або, навпаки, апатія можуть бути наслідком вживання певної речовини, а не проявом особистісних характеристик (особливо, під час раптових поведінкових змін). Це знання допомагає ФСР будувати ефективну й етичну комунікацію та взаємодію, планувати подальші інтервенції стосовно роботи з батьками, що мають ознаки вживання ПАР. Вплив кожного класу ПАР на поведінку в стані гострої інтоксикації та фізіологічні (соматичні) прояви інтоксикації ПАР подані в [додатку 02](#) та [додатку 03](#).

Також важливо знати прояви синдрому відміни. ФСР повинні вміти розпізнавати симптоми цього стану, зокрема ті, що можуть потребувати невідкладної медичної допомоги. Також розуміння характерних ознак синдрому відміни допоможе розпізнати активне вживання ПАР, навіть якщо попередньо в межах взаємодії з ФСР не було засвідчено інших об'єктивних ознак вживання ПАР. Це дозволяє уникати помилкових рішень під час взаємодії з отримувачем соціальних послуг і своєчасно залучати до надання допомоги медичних працівників. Ознайомитись з характерними ознаками синдрому відміни можна в [додатку 04](#).

І, нарешті, рекомендації щодо запобігання передозуванню – це інструмент профілактики, що рятує життя. Навіть якщо клієнт продовжує вживання, ці знання можуть стати першим кроком до зменшення шкоди й побудови довіри між ним і ФСР. [Додаток 05](#) містить основні небезпечні взаємодії між різними видами ПАР, а [додаток 06](#) містить основні заходи профілактики передозування ПАР за їх класифікацією.

У сучасному суспільстві спостерігається тенденція до комбінованого вживання речовин, що значно ускладнює клінічну картину й потребує додаткових знань і навичок у сфері первинного скринінгу та мотиваційної підтримки. Знання, викладені в цьому параграфі, формують базу для подальших дій з виявлення батьків, що вживають ПАР, їх переадресації до спеціалізованих служб лікування або зменшення шкоди, а також для ефективного супроводу клієнтів у складному процесі ресоціалізації та соціальної адаптації.

Міждисциплінарний підхід до надання послуг

Оскільки ПАР мають складний і руйнівний вплив на людину та її життя, далі в керівництві розглядатимуться соціальні, медичні й етичні аспекти цієї проблеми. Це допоможе краще її зрозуміти та підходити до вирішення комплексно – за участі різних фахівців.

Саме мультидисциплінарний підхід до соціальної роботи з батьками, які мають ознаки вживання ПАР, є найефективнішим¹⁷, адже він враховує не лише соціальний контекст, а й інші особливості клієнтів, зокрема гендерні. Жінки в ситуації залежності часто зіштовхуються з подвійною стигматизацією – як особи, які мають залежність, і як матері, поведінка яких не відповідає традиційним суспільним очікуванням. Це створює додаткові бар'єри для звернення по допомогу, посилює почуття провини, сорому й ізоляції, що, своєю чергою, ускладнює процес відновлення та реабілітації. Для ФСР важливо усвідомлювати ці особливості й формувати безпечний простір, де жінку почують, підтримають і не осудять. Серед жінок, які вживають ПАР, особливо вразливими є вагітні. У цьому випадку ризики зростають у кілька разів, оскільки вживання речовин впливає і на матір, і на плід.

Медичні дослідження свідчать, що куріння під час вагітності пов'язане¹⁸ з підвищеним ризиком мертвонародження, передчасних

¹⁷ Casey Family Programs. How can families affected by substance use disorder safely stay together?. <https://www.casey.org/Resources>. 24.03.2024. URL: <https://www.casey.org/substance-use-disorders-keep-families-together/>.

¹⁸ Yang L., Wang H. Maternal cigarette smoking before or during pregnancy increases the risk of birth congenital anomalies: a population-based retrospective cohort study of 12 million mother-infant pairs. *BMC Medicine*. 2024. URL: https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02196-x?utm_.

пологів і вроджених патологій. Вживання алкоголю під час вагітності може стати причиною розвитку розладів, що проявляються в когнітивних і поведінкових порушеннях, які можуть супроводжувати дитину протягом усього життя¹⁹. Додаткову загрозу становить вживання наркотичних речовин, зокрема опіоїдів. Однак варто зазначити, що на сьогодні існують ефективні, науково обґрунтовані методи лікування, адаптовані до потреб вагітних жінок. Більше інформації про програму замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) – у наступних параграфах керівництва (див. §3.3).

Попри наявність медикаментозних програм лікування, жінки, які перебувають у стані вагітності й водночас вживають ПАР, потребують більш тривалого супроводу в порівнянні з іншими особами, які перебувають у СЖО. Такий супровід повинен бути чутливим, гуманним і міждисциплінарним, тобто об'єднувати зусилля ФСР, психологів, медичних працівників та інших фахівців з питань профілактики й лікування осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР. Надзвичайно важливо, щоб ФСР не лише інформували про можливі ризики, а й підтримували клієнтку в прагненні до змін, допомагали формувати ресурси для виходу з кризи та сприяли створенню стабільного середовища для народження й розвитку дитини за допомогою дієвих і науково обґрунтованих інструментів та інтервенцій (див. §3.1).

Отже, ознайомлення з основними видами психоактивних речовин і розуміння їхнього впливу на психіку й поведінку людини є критично важливими для ФСР, адже ці знання формують підґрунтя для більш чутливого, адаптивного та ефективного супроводу клієнтів. Такий підхід дозволяє не лише виявити проблему, а й сформувати ефективний план соціальної роботи, який допоможе ефективно змінити життя батьків, зберегти родину й надати підґрунтя для всебічного розвитку та благополуччя їхніх дітей.

§2.2. Ознаки вживання ПАР у батьків: поведінкові, психологічні й соціальні маркери

Розуміння механізмів формування залежності від психоактивних речовин дає змогу глибше усвідомити, чому поведінка осіб із залежністю часто є непослідовною, емоційно нестабільною чи соціально ізольованою. Однак у щоденній практиці соціальної роботи ключовим залишається вміння розпізнавати конкретні маркери, які можуть свідчити про вживання ПАР, навіть у тих випадках, коли особа це заперечує або не усвідомлює масштаб проблеми.

Цей параграф має на меті допомогти ФСР ідентифікувати поведінкові, психологічні й соціальні ознаки вживання психоактивних речовин у батьків. Своєчасне виявлення таких сигналів є надзвичайно важливим для безпеки дітей, побудови довірливих відносин із клієнтом і подальшого планування ефективної міждисциплінарної підтримки.

Залежність від ПАР – це складний біопсихосоціальний розлад, який охоплює практично всі аспекти функціонування особистості та часто супроводжується іншими психічними розладами. Щонайменше 5 із 10

¹⁹ Mayo Clinic. Fetal alcohol syndrome. <https://www.mayoclinic.org/. Diseases & Conditions>. 13.06.2024. URL: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901?utm_.

людей із розладом, пов'язаним із вживанням заборонених речовин, також страждає на інші психічні захворювання; ці показники подібні для споживачів дозволених наркотиків, тобто тютюну й алкоголю.

Біологічні аспекти формування залежності мають три основні послідовні характеристики: вплив на дофамінову систему, зміни в мозкових структурах і формування толерантності та синдрому відміни (див. рис. 3)²⁰.



Рис. 3. Біологічні аспекти формування залежності

Вплив на дофамінову систему

ПАР стимулюють вивільнення дофаміну, нейромедіатора, відповідального за відчуття задоволення. Це призводить до формування позитивного підкріплення й бажання повторити досвід вживання ПАР.

Зміни в мозкових структурах

Тривале вживання ПАР змінює функціонування префронтальної кори (відповідальної за прийняття рішень) і лімбічної системи (емоції та мотивація), що ускладнює контроль над імпульсами та сприяє нав'язливому бажанню вжити ПАР.

Формування толерантності й синдрому відміни

З часом організм адаптується до присутності ПАР, що вимагає збільшення дози для досягнення бажаного ефекту. За припинення вживання виникає синдром відміни, який може включати фізичні й психологічні симптоми.

Однак механізм залежності не обмежується самими нейробіологічними змінами. Хоча фізіологічні процеси відіграють ключову роль у розвитку компульсивного вживання, не менш важливими є і зовнішні чинники, які формують середовище, у якому розвивається і закріплюється залежність. Соціальні зв'язки, емоційні травми, життєві труднощі та стресові обставини часто виступають пусковим механізмом або підсилюють потребу у вживанні психоактивних речовин (див. рис. 4).

²⁰ План Коломбо – консультативна програма щодо проблем, пов'язаних з наркотиками. Загальна навчальна програма з лікування (UTC). Серія курсів базового рівня: КУРС № 4 – Базові навички консультування для фахівців з лікування розладів, внаслідок вживання психоактивних речовин – посібник викладача – 3-є видання, 2017.

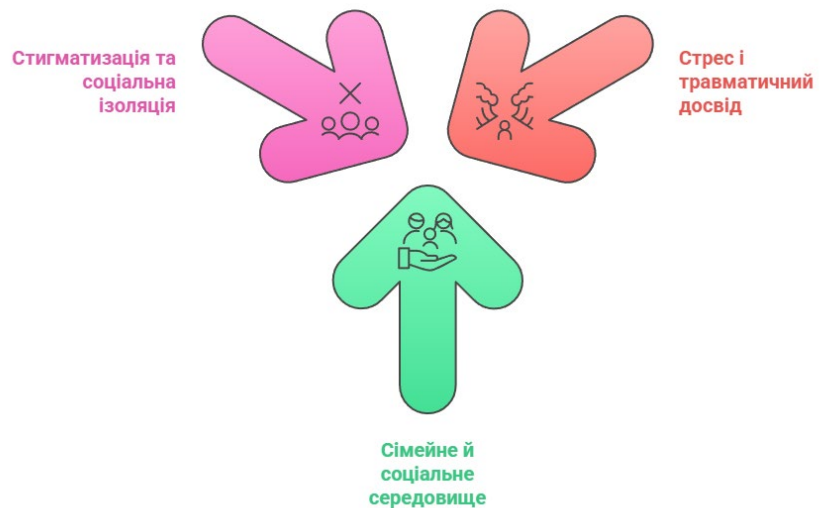


Рис. 4. Зовнішні чинники формування залежності

- **Стрес і травматичний досвід:** люди з історією травм або хронічного стресу мають підвищений ризик розвитку залежності, оскільки можуть використовувати ПАР як засіб самозаспокоєння.
- **Сімейне й соціальне середовище:** наявність в оточенні осіб, які вживають ПАР, або відсутність підтримки може сприяти розвитку й підтримці залежності.
- **Стигматизація та соціальна ізоляція:** суспільний осуд та ізоляція можуть поглиблювати залежність, знижуючи мотивацію до звернення за допомогою.

Розуміння причин і механізмів формування залежності створює необхідну базу для ідентифікації реальних проявів проблеми в житті клієнта. Проте для ФСР важливим є не лише розуміти, чому формується залежність, а й уміти розпізнати її конкретні ознаки в повсякденній поведінці клієнта.

Поведінкові маркери

Зміни в щоденній поведінці батьків – це перший сигнал, на який слід звертати увагу. Часто спостерігається відмова від звичних обов’язків, зокрема батьківських: дитина може бути занедбаною, голодною або залишеною без нагляду. Також тривожними ознаками є часті запізнення, відсутність на роботі або втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення. З боку батьків можлива агресивність, непрогнозована поведінка: від імпульсивності до вираженої апатії.

Такі зміни можуть свідчити як про прямий вплив ПАР, так і про супутні психічні чи соціальні проблеми, які потребують міждисциплінарного аналізу. Конкретні поведінкові ознаки вживання ПАР кожного класу наведені в [додатку 03](#).

Психологічні маркери

Психоактивні речовини суттєво впливають на емоційний стан і психічну стабільність людини. Часті зміни настрою, дратівливість, тривожність чи пригнічення можуть бути наслідками вживання або абстинентного синдрому. У деяких випадках спостерігаються ознаки параної або галюцинацій, які вимагають термінового медичного втручання.

Для ФСР важливо не плутати психологічні прояви з характерними рисами особистості. Знання типових реакцій на дію ПАР дозволяє точніше аналізувати ситуацію та уникати стигматизації клієнта. З основними наслідками регулярного вживання ПАР і характерними проявами синдрому відміни ви можете ознайомитися в додатку 07 та додатку 04 відповідно.

Соціальні маркери

Соціальна поведінка батьків із залежністю часто змінюється: обмеження спілкування з родичами або дитиною, ізоляція, втрата друзів чи їх заміна на сумнівні компанії. Проблеми з працевлаштуванням, правопорушення, борги, конфлікти з сусідами або працівниками закладів освіти також часто свідчать про наявність супутніх проблем, пов'язаних із ПАР.

ФСР варто звертати увагу на часті контакти батьків із поліцією, медичними установами чи соціальними службами, особливо – за наявності скарг з боку інших членів родини або освітніх працівників. Це не лише свідчення ризику, а й сигнал про потребу в координації допомоги між структурами.

Ідентифікація поведінкових, психологічних і соціальних маркерів – це інструмент первинної оцінки стану клієнта. ФСР може використовувати ці знання для:

- формування перших гіпотез про наявність залежності;
- ініціювання обговорення проблеми в безпечному для клієнта форматі;
- координації подальших кроків у межах міждисциплінарної взаємодії;
- інформування колег або суміжних служб про ситуацію;
- підтримки ухвалення рішень щодо залучення додаткових ресурсів або екстреного втручання.

Застосовуючи спостереження уважно, професійно й етично, ФСР не лише підвищує ефективність своєї роботи, а й забезпечує реальну допомогу родинам, що перебувають у складних життєвих обставинах.

Розуміння вживання ПАР допомагає консультанту краще оцінити ступінь ризику для дитини в кожному окремому випадку. Проте в реаліях України найчастіше йдеться саме про алкоголь, який залишається соціально прийнятною, широко доступною і водночас глибоко нормалізованою психоактивною речовиною. Його легальний статус (тоді як інші ПАР, крім тютюну, є забороненими), закріплені традиціями моделі вживання й поширене толерування «помірного» вживання навіть у батьківській ролі створюють особливий виклик для консультанта.

Для багатьох дорослих алкоголь – це спосіб розслабитися, зняти стрес чи пережити кризу. Проте саме така «буденність» вживання є небезпечною: вона маскує шкідливі наслідки для психіки, фізичного

здоров'я та, найголовніше, — для дитини, яка зростає в цьому середовищі.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) з 2023 року чітко заявила, що «безпечної дози алкоголю не існує», оскільки навіть незначне споживання пов'язане з підвищеним ризиком деяких форм раку, хвороб печінки, серцево-судинних і психічних розладів²¹. У сфері громадського здоров'я різних країн світу дедалі більшого поширення набуває підхід «що менше, то краще», який базується на сучасних наукових даних. Водночас поряд із цим підходом усе ще широко застосовується і має практичну цінність попередня модель, відома як концепція стандартної дози алкоголю (Standard Drink Concept²²). Її офіційно затвердили й досі використовують у політиці зниження шкоди в низці країн, зокрема в Канаді, Великій Британії, США, Австралії, Німеччині, Франції та інших. Вона визнається ефективним інструментом, що сприяє зниженню рівня вживання алкоголю й утриманню людей у межах умовно безпечного ризику.

У рамках концепції стандартної дози алкоголю в різних країнах під нею розуміють фіксовану кількість чистого етанолу — зазвичай від 8 до 14 грамів. Для України це близько 10 грамів спирту (див рис. 5)²³. Така кількість міститься приблизно в:

- 40 мл міцного напою (горілка, віскі, коньяк);
- 150 мл вина (міцністю близько 12%);
- 330–350 мл пива (міцністю 5%).



Рис. 5. Стандартні дози алкоголю

Разом з тим, ВООЗ та інші служби здоров'я різних країн наголошують, що безпечної дози алкоголю не існує, оскільки будь-яка кількість спиртного може завдати шкоди здоров'ю²⁴. Проте, як орієнтир умовно низького рівня ризику наводять такі рекомендації:

- Чоловікам рекомендовано вживати не більше 2 порцій напоїв на день і 14 напоїв на тиждень.
- Жінкам слід рекомендовано не більше 1 порції напоїв на день і 7 напоїв на тиждень.
- Дорослим старше 65 років та вагітним жінками не слід вживати алкоголь взагалі, оскільки жодна кількість алкоголю не є безпечною.

²¹ World Health Organization. No level of alcohol consumption is safe for our health. <https://www.who.int/News>. 04.01.2023. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>.

²² Drinking guidelines supporting health and life / Here To Help. 8 с. URL: <https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/drinking-guidelines-supporting-health-and-life-series.pdf>.

²³ Центр громадського здоров'я МОЗ України. Чому варто відмовитись від алкоголю. <https://www.phc.org.ua/>. Новини та публікації. 12.03.2021. URL: <https://www.phc.org.ua/news/chomu-varto-vidmovitis-vid-alkogolyu>.

²⁴ GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext).

Розділ 3

РАННЄ ВІЯВЛЕННЯ БАТЬКІВ, ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ ВЖИВАННЯ ПАР

Раннє виявлення проблемного вживання ПАР — це один із ключових інструментів профілактики негативних наслідків для дитини. Вчасно помічене вживання дає змогу розпочати роботу ще до того, як залежність буде сформована або настане загроза безпеці дитини.

У практиці соціальної роботи це виявлення здійснюється через поєднання кількох підходів, зокрема:

- уважне спостереження за поведінкою, зовнішнім виглядом, батьківськими діями, звичками та способами взаємодії з дитиною у повсякденному житті, зокрема у догляді, вихованні, спілкуванні та контролі.
- оцінку ризиків на основі конкретних індикаторів або за допомогою коротких опитувальників;
- застосування скринінгів як інструмента для виявлення потенційного вживання ПАР;
- м'яке обговорення з батьками з використанням прийомів мотиваційного консультування;
- переадресацію до спеціалізованих послуг у разі виявлення проблемного вживання.

У цьому розділі представлено набір інструментів, підходів і прикладів, які допоможуть фахівцеві ідентифікувати вживання ПАР на ранньому етапі й обрати відповідну стратегію взаємодії з батьками.

§3.1. Методи оцінки ризику вживання ПАР та інструменти скринінгу

У роботі ФСР скринінг відіграє роль практичного інструмента, що дозволяє швидко оцінити наявність поведінкових або ситуаційних ознак ризику, пов'язаних із вживанням ПАР. Завдання скринінгу — не встановити діагноз, а виявити потенційну проблему на ранньому етапі, коли своєчасне втручання ще можливе. Він допомагає визначити, чи потребує батько / мати подальшої уваги, мотиваційного консультування або переадресації до спеціалізованих послуг.

Скринінг, коротке втручання і направлення на лікування (SBIRT)²⁵ — це сучасний доказовий підхід, за допомогою якого можна вчасно виявити людей, що вживають алкоголь чи інші психоактивні речовини на ризикованому рівні, і запропонувати їм підтримку. Далі буде окремо розглянуто всі три етапи цього підходу.

²⁵ Health Knowledge. Course: SBIRT for Health and Behavioral Health Professionals. *Health Knowledge. Course*. URL: <https://www.healthknowledge.org/course/view.php?id=730>.

Мета SBIRT – не лише виявити проблему, а й запобігти її загостренню: зменшити шкоду, пов'язану з вживанням ПАР, і не допустити розвитку хвороб, травм чи соціальних наслідків. Це досягається завдяки ранньому втручання, яке допомагає людині краще усвідомити свій стан, визначити, що для неї важливо, і рухатися до позитивних змін. SBIRT можна застосовувати в різних середовищах: у соціальних службах, громадських центрах чи в закладах охорони здоров'я. Цей підхід передбачає універсальний скринінг, тобто обстеження всіх, а не тільки тих, хто «виглядає як людина з проблемою». Це важливо, адже підтримки часто потребують саме ті, про кого не скажеш: «Він (вона) очевидно в групі ризику», . Після скринінгу фахівець проводить коротке мотиваційне втручання: розмову, яка допомагає людині краще зрозуміти свої цінності, визначити власні цілі й вирішити, як змінити поведінку і що робити далі. Якщо людина потребує більш спеціалізованої допомоги, SBIRT допомагає вчасно її переадресувати до відповідних служб: на лікування, консультування, до програм зменшення шкоди чи психосоціальної підтримки.

Дослідження^{26, 27} підтверджують, що SBIRT ефективно знижує рівень ризикованого вживання алкоголю та інших речовин, особливо серед осіб без сформованої залежності. Цей підхід рекомендований такими організаціями, як Адміністрація з питань шкідливого вживання ПАР та психічного здоров'я США (SAMHSA) й Управління служб з питань шкідливого вживання алкоголю та ПАР штату Нью-Йорк (OASAS)²⁸. Отже, підхід SBIRT допомагає вчасно помічати ризиковані або потенційно небезпечні моделі вживання психоактивних речовин серед людей, які ще не мають діагнозу залежності, але вже потребують уваги.

Цей підхід дає змогу:

- надати підтримку тим, хто зазвичай не звертається по медичну допомогу або не має до неї доступу;
- спрямувати людину до потрібних послуг: на лікування, консультування, до програм зі зменшення шкоди;
- запобігти серйозним проблемам: хворобам, травмам, нещасним випадкам, правопорушенням тощо;
- підтримати не лише саму людину, а і її родину й громаду загалом;
- зменшити потребу у витратних медичних втручаннях, які можуть виникнути пізніше через ускладнення.

Одним із завдань SBIRT також є інформування пацієнтів про наслідки вживання психоактивних речовин. Якщо пацієнт вживає більше, ніж рекомендовано, фахівцям легше за допомогою SBIRT надати певну інформацію, коротко обговорити проблеми й переадресувати особу, яка

²⁶ The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative / J. Gryczynski та ін. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011. вип. 118. С. 152–157. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871611001384>

²⁷ Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial / P. Bruguera та ін. *Academic Emergency Medicine*. 2018. вип. 25. С. 517–525. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13384>.

²⁸ Office of Addiction Services and Supports. SBIRT: Screening, Brief Intervention & Referral to Treatment. *Office of Addiction Services and Supports. Clinical Support*. URL: <https://oasas.ny.gov/sbirt>.

потребує додаткових послуг до установ та організацій, які надають такі послуги.

Модель консультування SBIRT: шість ключових кроків (див. рис. 5)



Рис. 5. Модель консультування SBIRT

Пре-скринінг

Коротке опитування для виявлення ризикованої поведінки

Повний скринінг

Детальна оцінка з використанням стандартизованих інструментів

Інтерпретація результатів

Визначення рівня ризику на основі результатів скринінгу

Коротке втручання

Мотиваційні бесіди для підвищення обізнаності та змін

Направлення на лікування

Переадресація до спеціалізованих закладів для лікування

Моніторинг і підтримка

Відстеження змін у поведінці та надання підтримки

Скринінг (Screening, S) – це швидка оцінка рівня ризику вживання ПАР з метою виявлення осіб, які потребують подальшого втручання. Він базується на стандартизованих запитаннях і проводиться у два етапи:

- Усі клієнти проходять попередній скринінг, що складається з одного запитання про вживання алкоголю й одного запитання про вживання наркотичних речовин.
- Якщо відповідь на будь-яке з цих запитань позитивна, клієнт проходить розширений (повний) скринінг.

У разі позитивного результату повного скринінгу клієнту пропонується коротке втручання.

Коротке втручання (Brief Intervention, BI) має на меті підвищити обізнаність клієнта про ризики, пов'язані з вживанням ПАР, а також підтримати мотивацію до змін. Це коротка розмова (зазвичай 5–15 хвилин), яка проводиться в дусі партнерства, з повагою та без осуду. Коротке втручання проводиться фахівцем соціальної чи медичної сфери за принципами мотиваційного консультування (див. §4.4.).

Направлення на лікування (Referral to Treatment, RT) — якщо на етапах скринінгу й короткого втручання виявляються ознаки розладу, пов'язаного з вживанням ПАР, клієнта направляють на отримання спеціалізованої допомоги. Направлення на лікування показане тим, хто має серйозні медичні, психологічні, соціальні чи правові проблеми, пов'язані з вживанням речовин, і потребує більш тривалого або інтенсивного втручання, ніж коротка розмова. Важливою частиною цього етапу є налагодження ефективної співпраці між соціальним працівником, медичними установами, службами психічного здоров'я та іншими ресурсами громади, які можуть забезпечити допомогу (див. §3.5).

SBIRT — це не просто консультація, це структурована послуга (див. рис. 5), яку можна офіційно включати до пакета медичних чи соціальних інтервенцій.

Далі пропонується детальніше розглянути кроки до реалізації SBIRT у практичній роботі з батьками, які вживають ПАР.

I етап SBIRT. Скринінг як інструмент раннього виявлення ризикованого вживання

Прескринінг (або попередній скринінг) — це швидкий інструмент для первинної оцінки ризиків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, зокрема алкоголю та наркотиків. Його мета — виявити осіб, які потребують глибшої оцінки або короткого втручання.

На цьому етапі можна швидко з'ясувати, чи наявні критерії ризику щодо вживання ПАР у конкретного дорослого, наприклад, одного з батьків. Це дає змогу ефективно використовувати час і ресурси фахівця, зосереджуючи зусилля на тих сім'ях, які справді потребують додаткової уваги, підтримки або скерування до спеціалізованих послуг.

Для попереднього виявлення вживання алкоголю застосовується коротке опитування ([додаток 08](#)) на основі дослідження кількості стандартних доз алкоголю і досвіду вживання наркотичних речовин. Воно дозволяє визначити, чи є потреба в подальшому скринінгу за допомогою стандартизованих інструментів (наприклад, AUDIT або DAST), і скерувати людину до кваліфікованого медичного спеціаліста в ЗОЗ чи іншу організацію.

Типовий алгоритм бесіди із застосуванням прескринінгу може виглядати так ([додаток 08](#))²⁹:

1) Запропонуйте клієнту коротке опитування:

Оскільки вживання наркотиків, алкоголю і за певних обставин ліків може впливати на ваше здоров'я та якість вашого життя та здоров'я і життя членів вашої сім'ї, будь ласка, дайте відповіді на декілька запитань щодо вашого досвіду вживання ПАР. Ми зможемо запропонувати вам кращі соціальні й медичні послуги та допомогу на основі ваших відповідей.

²⁹ Department of Family Medicine at Oregon Health and Science University. Screening forms. *SBIRT Oregon. Screening forms*. URL: <https://www.sbirtoregon.org/screening-forms/>.

2) Поставте такі запитання:

I. Алкоголь

- Чи вживаєте ви алкогольні напої, як-от пиво, вино або міцний алкоголь? → (так / ні) → Якщо «ні», скринінг завершено.

 АЛКОГОЛЬ: ОДНА СТАНДАРТНА ПОРЦІЯ = 330 мл пива 150 мл вина 40 мл міцного алкоголю	- Як часто ви вживаєте алкогольні напої? (ніколи / 1 раз на місяць або рідше / 2–4 рази на місяць / 2–3 рази на тиждень / 4 і більше разів на тиждень) - Як часто ви випивали (демонстрація картинки зі стандартними дозами алкоголю): 4 або більше порцій за раз? (чоловіки до 65 років) 3 або більше порцій за раз? (жінки, люди віком 65) (див. рис. 5) (ніколи / рідко / щомісяця / щотижня / щодня або майже щодня) - Скільки порцій алкоголю ви зазвичай вживаєте за день, коли п'єте? (<i>відкрита відповідь</i>)
Рис. 6. Стандартні дози алкоголю	

II. Наркотики (до наркотиків належать метамфетаміни (спід, кристал), канабіс (марихуана, трава), інгалянти (розчинник для фарби, аерозоль, клей), транквілізатори (валіум), барбітурати, кокаїн, екстазі, галюциногени (ЛСД, гриби) та ін'єкційні наркотики (героїн тощо)).

- Скільки разів за останній рік ви вживали рекреаційний наркотик або рецептурні препарати не з медичних причин?

Інтерпретація результатів короткого скринінгу:

I. Алкоголь. У разі будь-яких позитивних відповідей особі пропонується пройти повний скринінг за допомогою інструменту AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)³⁰ (додаток 09).

AUDIT — це загальний інструмент для виявлення ризикованого або проблемного вживання алкоголю. Складається з 10 запитань, що охоплюють частоту вживання, ознаки й наслідки залежності. Запитання AUDIT зосереджені на кількості та частоті вживання алкоголю, потенційній залежності від алкоголю і негативних наслідках вживання алкоголю.

³⁰ Saunders J. B. CHECK YOUR DRINKING: An interactive self-test. *Alcohol Use Disorders Identification Test. CHECK YOUR DRINKING*. URL: <https://auditscreen.org/check-your-drinking/>.

Інтерпретація результатів тесту:

- 0–7 балів: низький ризик
- 8–15 балів: ризиковане вживання
- 16–19 балів: шкідливе вживання
- 20 і більше: імовірна залежність

Якщо особа набрала 8 або більше балів за AUDIT, це вже свідчить про наявність певного рівня ризику – у такому разі рекомендовано хоча б короткочасне втручання.

Хоча шкала AUDIT інтерпретується як спосіб оцінки рівня ризику вживання алкоголю (див. вище «низький ризик», «ризиковане вживання», «залежність»), у моделі SBIRT використовується додатковий підхід до трактування результатів. У SBIRT важливо не лише визначити рівень шкоди, але й підібрати оптимальний рівень втручання, який буде доречним, прийнятним і ефективним для людини на її стадії вживання.

Тому бали AUDIT розподіляються на чотири зони (I–IV), кожна з яких поєднує:

- 1) оцінку ризику для здоров'я та соціального функціонування, і
- 2) рекомендовану дію для фахівця: інформація, мотиваційна бесіда, обстеження чи направлення.

Інтерпретація зон:

Рівень ризику	Бал AUDIT	Втручання
I низький ризик	0-7 балів	Просвіта щодо шкоди алкоголю, підтримати позитивний вибір, надати інформацію рекомендовані межі вживання і наголосити, що навіть низький рівень не виключає розвитку ризику і шкоду від алкоголю
II помірний ризик / підвищений ризик	8-15 балів	Прості поради або коротке втручання з метою зменшення обсягів уживання.
III високий ризик / ризик розвитку проблем	16-19 балів	Прості поради плюс коротке консультування, переадресація для подальшого обстеження або консультації, подальший моніторинг
IV дуже високий ризик / можливе алкогольне захворювання	20+ балів	Рекомендовано коротке мотиваційне втручання та направлення для подальшої діагностики та лікування за потреби

II. Наркотики. У разі позитивних відповідей на запитання прескринінгу щодо вживання наркотичних речовин особі пропонується пройти повний скринінг за допомогою інструменту DAST-10 (Drug Abuse Screening Test, 10 питань)³¹ (додаток 10).

DAST-10 (Drug Abuse Screening Test) – це короткий інструмент для первинного скринінгу вживання наркотичних речовин (окрім алкоголю та тютюну), який можна використовувати як для дорослих, так і для старшої молоді. DAST розроблений як опитувальник самозвіту, але може також проводитися у форматі короткого інтерв'ю. Його застосовують для виявлення й оцінки ризиків, пов'язаних із вживанням наркотиків, у соціальній роботі, первинній медичній ланці, службах підтримки чи реабілітаційних програмах.

Ця версія складається з 10 запитань з відповідями «так/ні», які дозволяють оцінити ризики, пов'язані з вживанням опіоїдів, канабісу, стимуляторів тощо. Запитання стосуються частоти вживання психоактивних речовин, характеру вживання і можливих негативних наслідків для здоров'я, соціального функціонування чи стосунків. Процедура займає близько 5 хвилин і допомагає ФСР швидко виявити, чи потребує клієнт подальшої оцінки, консультування або направлення до фахівців із залежностей.

Інтерпретація результатів (DAST):

- 0 балів: немає вживання / без ризику
- 1–2 бали: низький рівень
- 3–5 балів: помірний рівень (доцільне коротке втручання)
- 6–8 балів: високий рівень (можлива консультація зі спеціалістом)
- 9–10 балів: дуже високий рівень (доцільне скерування на лікування)

Отже, скринінг – це перший крок у SBIRT, що допомагає визначити рівень ризику вживання ПАР та обрати подальші дії. Спочатку ставляться короткі запитання, а за потреби застосовуються інструменти AUDIT або DAST. Результати визначають зону ризику й напрям втручання – від простого інформування до лікування.

II етап SBIRT. Коротке втручання як підтримка мотивації до змін

Після виявлення вживання ПАР під час скринінгу наступним кроком є **коротке втручання**. Це коротка цілеспрямована розмова, яка допомагає клієнту усвідомити можливі ризики й обдумати можливість змін. Вона базується на принципах партнерства, емпатії та поваги до рішень людини, і є особливо ефективною на ранніх стадіях проблемного вживання.

Коротке втручання не замінює лікування, але часто стає першим поштовхом до нього. Воно створює безпечний простір для розмови,

³¹ National Institute of Drug Abuse. NIDAMED Screening Tools and Prevention. <https://nida.nih.gov/>. URL: <https://gwep.usc.edu/wp-content/uploads/2019/11/DAST-10-drug-abuse-screening-test.pdf>.

підвищує мотивацію та готує ґрунт для наступних кроків.

Стиль короткого втручання: чому це має значення

Якщо в результаті короткого втручання вдалося бодай частково підвищити обізнаність батьків про ризики, пов'язані з уживанням ПАР, – це вже важливий крок. Водночас стиль, у якому фахівець веде цю розмову, має не менше значення, ніж сам зміст.

Коротке втручання – це не просто інформування чи роз'яснювальна бесіда. Його ефективність значною мірою залежить від стилю спілкування фахівця. Саме тому мотиваційне інтерв'ю (MI) – один із найкращих підходів для коротких втручань у роботі з батьками, які мають досвід вживання ПАР (див. [§ 4.4.](#)).

За словами психологів-авторів підходу В. Міллера та С. Ролніка³², мотиваційне інтерв'ю – це спільна розмова, яка допомагає людині знайти й посилити власне прагнення до змін. Воно базується на кількох простих, але глибоких припущеннях:

- Мотивація – не постійна риса, а стан, який змінюється. Людина може одночасно хотіти змін і боятися їх – такий стан називається амбівалентністю. Це нормальна частина процесу. *Наприклад, батько чи мати може щиро хотіти стати кращою заради дитини, але сумніватися, чи зможе кинути вживання, бо це важко й неприємно.*
- Мотивація формується у взаємодії. Те, як саме ФСР веде розмову, може або підсилити внутрішнє прагнення до змін, або, навпаки, поглибити опір.

У розмові з клієнтом важливо помічати, що саме звучить:

- Розмова про зміну – це висловлювання, які відображають бажання змін, наміри, аргументи на користь дій.
- Розмова про опір – це фрази, які вказують на сумніви, заперечення або втечу від теми.

Завдання ФСР – посилювати «мову змін» запитаннями, емпатією, підтримкою, без осуду й тиску. Навіть за один короткий діалог можна «посіяти зерно змін», знизити напругу та зробити перший крок до усвідомлення. І саме це є завданням етапу «Коротке втручання».

Під час короткого втручання важливо не лише *що* ви говорите, а *як* ви це робите. Мотиваційне інтерв'ю передбачає гнучке використання трьох стилів комунікації, кожен із яких може бути доречним на різних етапах розмови з клієнтом.

³² Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

1. Директивний стиль

У межах цього стилю ФСР бере на себе більш активну роль: надає інформацію, дає поради, озвучує рекомендації або попередження. Це може бути доречно, коли потрібно пояснити наслідки вживання ПАР для дитини, описати доступні послуги або наголосити на важливості звернення по допомогу.

Приклад: «Є програми, де батьки можуть отримати підтримку без відриву від сім'ї – перші позитивні результати з'являються вже після кількох зустрічей».

Цей стиль ефективний, коли необхідно передати конкретну, практичну інформацію, але важливо не переходити в «читання моралі».

2. Скеровувальний стиль

Це основний стиль у мотиваційному інтерв'ю. ФСР залишається поруч як партнер, допомагаючи клієнту самотійно досліджувати свої сумніви, цілі, ресурси й бар'єри. Активне слухання, відкриті запитання, уточнення – ключові інструменти цього стилю (див. [§§ 4.2](#) та [4.4.](#))

Приклад: «Що для вас зараз найважливіше – зберегти зв'язок із дитиною чи розв'язати проблему вживання? А, на вашу думку, це можна поєднати?»

Цей стиль дає людині змогу самотійно формулювати причини для змін, а не сприймати їх як зовнішній тиск.

3. Стиль слідування за клієнтом

У цьому стилі ФСР просто слухає, не оцінює, не дає порад, не намагається спрямовувати. Це доречно, коли клієнт переживає складні емоції, говорить про свій біль, страх, втому або зневіру. Основна задача – бути поруч і дати простір.

Приклад: «Я чую, що вам зараз дуже важко. Якщо хочете – я просто побуду поруч і послухаю».

Слідування – це акт поваги, особливо цінний у роботі з батьками, які часто стикалися з осудом, тиском і нерозумінням.

Успішне коротке втручання зазвичай містить усі три стилі. Наприклад:

- Спершу йде директивний стиль, коли ділимося фактами чи ризиками;
- Потім скеровувальний стиль, коли допомагаємо людині знайти власні аргументи для змін;
- І врешті слідуємо з клієнтом, коли просто слухаємо, не нав'язуючи нічого.

Такий підхід створює баланс інформації, поваги й підтримки – і саме це формує простір для справжніх змін.

Ключові кроки короткого втручання

Щоб реалізувати коротке втручання, ФСР має виконати чотири конкретні, послідовні кроки (див. [рис. 7](#)):



Рис. 7. Ключові кроки короткого втручання

Крок 1. Підняти тему: ФСР м'яко ініціює розмову про ПАР, демонструючи повагу та емпатію.

Приклад: «Чи не заперечуєте, якщо ми трохи поговоримо про те, як уживання алкоголю / інших речовин може впливати на ваше життя або стосунки з дитиною?».

Що варто врахувати:

- Говоріть зрозуміло, запитуйте про досвід клієнта його словами.
- Ставте відкриті запитання, наприклад: «Розкажіть, будь ласка, як часто ви вживаєте алкоголь?».
- Допоможіть оцінити кількість, якщо клієнт відкритий до цього (наприклад, скільки порцій на тиждень).
- Слухайте уважно, повторюйте почуте, щоб показати, що ви розумієте людину, наприклад: «Я правильно зрозумів, що зазвичай ви п'єте лише у вихідні, але іноді це впливає на ваш настрій вдома?».
- Виявляйте щире зацікавлення у поглядах клієнта, не даючи оцінок.

Крок 2. Надати зворотний зв'язок: на основі результатів скринінгу або власних спостережень ФСР ділиться короткою нейтральною інформацією щодо ризиків. Якщо йдеться про алкоголь, можна порівняти відповіді клієнта з рекомендованими межами вживання. Якщо йдеться про наркотики, поясніть, що навіть епізодичне вживання може впливати на психіку, батьківські функції, безпеку дитини.

Приклад: «Згідно з вашими відповідями, ви потрапляєте в зону ризикованого вживання. Це ще не залежність, але вже є ймовірність, що речовини можуть впливати на ваше здоров'я або стосунки з дитиною».

Після надання інформації запропонуйте клієнту поділитися своїми думками:

Приклад: «Що ви думаєте про це? Чи здивувало вас щось із почутого?».

Що варто врахувати під час цього етапу:

- Слухайте уважно, не перебивайте, дайте людині час обміркувати й висловитися. Віддзеркальте її емоції та слова, щоб показати, що ви її чуєте, наприклад, *«Схоже, ця інформація викликає у вас здивування й тривогу. Це природна реакція»*.
- Говоріть спокійно і безоцінково. Інформація має звучати як турбота, а не як критика.
- Використовуйте освітні матеріали, якщо вони є: буклети, інфографіку, приклади. Вони допоможуть зробити розмову конкретнішою й менш емоційно напруженою.
- Пов'яжіть ризики з тим, що важливо для клієнта: здоров'я, стосунки з дитиною, бажання бути кращим батьком чи матір'ю.

Крок 3. Підвищити мотивацію: ФСР використовує техніки мотиваційного інтерв'ю: шкалу готовності до змін, відкриті запитання, уточнення (див. § 4.4.).

Почніть із розмови про плюси й мінуси вживання ПАР — це допоможе клієнту побачити не лише звичні аргументи «за», а й сформулювати, чим саме вживання вже заважає. Потім перейдіть до оцінки готовності до змін — скористайтеся шкалою від 0 до 10.

Приклад: «На скільки з 10 ви зараз готові щось змінити у своєму вживанні?», «Що допомогло б вам піднятися хоча б на один бал?».

«Що дає вам вживання? А що забирає чи ускладнює?».

«Як ви оцінюєте свою готовність щось змінити у вживанні? Де ви себе поставите на шкалі від 0 до 10?».

Що варто врахувати:

- Негативні сторони вживання (мінуси) — це і є перші сигнали «розмови про зміни». Тому обговорення мінусів краще проводити безпосередньо перед оцінкою готовності.
- Використання шкали готовності (Readiness Ruler) — *ключова стратегія цього етапу: «Чому саме ця цифра, а не нижча?»*. Це запитання спонукає клієнта озвучити вже наявну мотивацію, навіть якщо вона поки слабка.
- Якщо клієнт обирає 0–2 бали, не тисніть — натомість дайте йому простір для рефлексії: «Що має змінитися у вашому житті, щоб ви почали задумуватись про зменшення вживання?».

Крок 4. Узгодити план: на цьому етапі мета ФСР — разом із клієнтом сформувати реалістичний план змін. Він має включати конкретну мету (наприклад, зменшення або припинення вживання ПАР) і чіткі кроки, які клієнт готовий зробити вже зараз.

Приклад: «Як вам такий підхід: я запропоную кілька варіантів, а ви оберете той, який здається вам посильним зараз?».

Почніть із короткого підсумку розмови: озвучте причини змін, які

клієнт сам назвав раніше. Поставте відкрите запитання, яке спрямовує до дій.

Приклад: «Які перші кроки ви готові зробити, щоб зменшити вживання ПАР або покращити ситуацію для вашої дитини?».

Що варто пам'ятати:

- якщо клієнт ще не готовий планувати, не тисніть. Подякуйте за відкритість, передайте інформаційні матеріали та заверште розмову з повагою. Навіть така розмова – це вже досягнення. Ви посіяли зерно змін;
- якщо клієнт готовий сформулювати план, допоможіть обрати зручні для нього варіанти. За потреби скористайтеся прикладами змін зі звороту інформаційних матеріалів (наприклад, для батьків, які вживають алкоголь або марихуану);
- запишіть узгоджені кроки разом із клієнтом. Складіть короткий список у зошиті або на окремому аркуші – так званий «рецепт змін», який клієнт забере із собою;
- запитайте про впевненість у змінах, щоб допомогти людині усвідомити свої сили: «За шкалою від 0 до 10, наскільки ви впевнені, що зможете реалізувати ці кроки?»;
- подякуйте за розмову та, якщо є така можливість, запропонуйте наступну зустріч або контакт для підтримки.

Після короткого втручання важливо зберігати партнерський і підтримувальний стиль спілкування. Успіх втручання залежить не лише від змісту, а й від того, *як* ведеться розмова. Нижче – кілька підказок, які допоможуть зробити коротке втручання більш ефективним і чутливим до потреб клієнта:

- ставте відкриті запитання, які запрошують до роздумів і діалогу;
- за допомогою рефлексій показуйте, що ви уважно слухаєте й розумієте людину;
- підсумовуйте основне, щоб разом з клієнтом бачити повну картину;
- допоможіть сформувати простий, реалістичний план змін, що підсилює відчуття досяжності й мотивації.

III етап SBIRT. Направлення на лікування

У середньому близько 5% осіб³⁰, які проходять скринінг, потребують поглибленої оцінки та направлення до спеціалізованого лікування. Важливо розуміти критерії, які вказують на потребу в скеруванні:

- клієнт отримав високий бал у зоні «виражений ризик» за шкалою AUDIT або DAST;
- є ознаки залежності або серйозних наслідків вживання ПАР;
- клієнт або ФСР розуміє, що необхідна комплексна допомога з боку фахівців із залежностей.

Шлях кожної людини до відмови від вживання ПАР унікальний. Батьки можуть потребувати допомоги у виборі форми підтримки, яка підійде саме їм.

Варіанти підтримки можуть включати:

- фахове лікування;
- участь у групах підтримки;
- допомогу родини, друзів, шкіл, релігійних або громадських організацій;
- поєднання підходів, з урахуванням особистого досвіду клієнта.

На етапі, коли клієнт починає замислюватися над змінами, ФСР варто надати чітку й доступну інформацію про можливість отримати консультацію у фахівця з питань залежностей. Це перетворює наміри на реальні кроки:

- більшість програм лікування – амбулаторні: людина може залишатися вдома й піклуватися про дітей. Детоксикація – лише підготовчий етап. Основна робота триває в процесі терапії чи реабілітації;
- завдання ФСР – пояснити доступні варіанти, зняти страхи, допомогти обрати зручний шлях і запропонувати супровід;
- щоб посилити мотивацію до звернення, ФСР може використовувати **різні стратегії** залежно від стадії готовності клієнта до змін.

Стратегія 1.

Коротке втручання для зміцнення впевненості й готовності до звернення за спеціалізованою допомогою.

Коли йдеться про батьків, які перебувають у III і IV зонах ризику (за результатами скринінгу) та потребують направлення на спеціалізоване лікування, коротке втручання виконує дещо іншу функцію. У цьому випадку завдання ФСР – адаптувати всі етапи короткого втручання так, щоб:

- посилити внутрішню мотивацію до змін;
- знизити страх перед зверненням;
- допомогти людині прийняти ідею спеціалізованого лікування як логічного наступного кроку.

На цьому етапі надзвичайно важливо не тиснути, а навпаки – підтримати клієнта, зберігаючи повагу до його автономії. Кожен із чотирьох кроків короткого втручання (контакт, зворотний зв'язок, посилення мотивації, узгодження плану) виконується з фокусом на те, щоб поступово підвести людину до рішення прийняти допомогу – без примусу, осуду чи вимог.

Стратегія 2.

Надавайте інформацію навіть тим, хто ще не готовий діяти

На етапі низької або нестійкої готовності до змін батьки часто не готові до активної співпраці чи прийняття допомоги. Водночас деякі з них обмірковують ситуацію, шукають інформацію або можуть повернутися до цієї теми пізніше, коли будуть більш відкриті до змін. Саме тому важливо, щоб ФСР заздалегідь був підготовлений і міг надати клієнту актуальну,

коротку та зрозумілу інформацію / роздатки / візитівки про місцеві сервіси, де можна отримати допомогу.

Навіть якщо людина поки не готова щось робити, вона може зберегти цю інформацію, звернутися самотійно або повернутися до розмови з ФСР, коли почуватиметься більш впевнено. Такий підхід не чинить тиску, але підсилює відчуття доступності допомоги й залишає «відкриті двері» до змін.

Стратегія 3.

Забезпечте «теплий діалог» – організуйте живий контакт із фахівцем

Коли батьки, які вживають ПАР, демонструють готовність до змін, важливо не залишати їх сам на сам з направленням. «Теплий діалог» (warm handoff) – це підхід, за якого ФСР допомагає клієнту одразу встановити контакт із фахівцем із лікування залежностей. Це може бути:

- спільний дзвінок до спеціаліста;
- допомога в записі на прийом під час візиту;
- коротка онлайн-зустріч для попереднього знайомства;
- пояснення, чому саме цього фахівця рекомендують, і підтримка в подоланні бар'єрів доступу;
- фізичний супровід клієнта ФСРом на прийом чи консультацію для підтримки (за домовленості з усіма сторонами).

Такий супровід значно підвищує ймовірність того, що клієнт дійсно отримає допомогу, не зупиниться через страх чи невпевненість і відчує, що він не один у процесі змін.

§3.2. Залучення близького оточення батьків, які мають проблему вживання ПАР, до мотивування звернення по допомогу (лікування, реабілітація, зменшення шкоди)

Сім'я та друзі можуть відігравати вирішальну роль у мотивації людей із проблемами зі вживанням і/або залежністю від ПАР починати та залишатися на лікуванні. Сімейна терапія також може бути дієвою. Залучення членів сім'ї або значущої особи, яка бере участь і підтримує заходи індивідуальної програми лікування, може посилити й розширити переваги лікування.

Вживання ПАР одним або обома батьками створює серйозну загрозу емоційному, фізичному та соціальному благополуччю дитини. У таких умовах залучення близького оточення (родичів, друзів, партнерів, сусідів) до мотивування батьків на звернення по допомогу – це не лише частина соціальної роботи, а й інструмент захисту прав дитини. У центрі цього процесу має бути збереження стабільного середовища для розвитку й безпеки дитини відповідно до Конвенції ООН про права дитини (UNICEF, 1989 р.)³³.

³³ Конвенція ООН про права дитини: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 27.11.1990, : станом на

Близьке оточення батьків (родичі, близькі друзі, спорідненні особи) має подвійний потенціал: бути або фактором ризику, або фактором підтримки як для батьків, які мають проблему вживання ПАР, так і для дітей, які страждають або можуть потенційно постраждати від цього. У контексті залежності діти часто переживають емоційну нестабільність, нехтування, домашнє насильство або травматичний досвід втрати батьківської опіки. Саме тому близьке оточення може допомогти не лише в мотивації залежного батька / матері до лікування, а й у тимчасовому забезпеченні стабільності для дитини: надати безпечне житло, емоційну підтримку, зберегти звичний розпорядок дня. Це особливо важливо для запобігання вторинній травматизації дитини³⁴.

Приклад: дитина залишається під тимчасовою опікою бабусі, поки мати проходить реабілітацію. Бабуся підтримує контакт дитини з матір'ю, створюючи умови для збереження прив'язаності й відновлення відносин у майбутньому.

Оточення часто стає першим, хто помічає зміну в поведінці, настрої чи здатності батьків піклуватися про дитину. Саме завдяки ранньому втручанню близьких можна попередити погіршення ситуації та фізичного й психоемоційного стану дитини та спонукати до своєчасного спрямування до відповідних організацій / установ, які можуть надати спеціальну допомогу³⁵. Процес надання батькам підтримки в ухваленні рішення про лікування або реабілітацію потребує терпіння, розуміння і співучасті. Важливо, щоб мотивація до звернення не була агресивною чи ультимативною, а базувалася на збереженні стосунків, турботі про дитину й довірі. Родичі та партнери можуть всебічно допомагати в цьому процесі шляхом забезпечення догляду за дітьми, супроводі до лікувальних / реабілітаційних установ, іноді — фінансово чи організаційно.

Не менш важливим у підтримці під час реабілітації та/або лікування є близьке оточення. Родина або друзі можуть приходити на сесії з сімейним психологом, долучатися до навчальних програм чи груп підтримки, де отримуватимуть знання про природу залежності й навички взаємодії без конфронтації³⁶. Такі елементи сприяють не лише реабілітації батьків, а й нормалізації сімейного клімату в процесі та після завершення лікування / реабілітації. Це дуже важливий елемент, адже в сучасному суспільстві все ще спостерігається стійка суспільна стигматизація людей, для яких характерне вживання або розлади, внаслідок вживання ПАР, тому саме близьке оточення в цьому випадку виступає як основне джерело психоемоційної підтримки в процесі лікування та/або реабілітації.

У реаліях соціальної роботи в Україні часто стикаються із ситуаціями, коли батьки не визнають проблему або не мають достатнього ресурсу, щоб її подолати. У таких випадках саме підтримка з боку близьких може виступати «містком» між кризою та одужанням. Близькі здатні не тільки допомогти в критичний момент, а й посприяти довгостроковому процесу стабілізації родинного життя — через підтримку рутини, догляд за дитиною,

27.11.1995. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/48421/file/Convention_childrens_rights.pdf.pdf.

³⁴ Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 369–385.

³⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Mental Health Coping Resources for Children and Families. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://www.samhsa.gov/mental-health/children-and-families/coping-resources>.

³⁶ Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy. Chapter 3—Family Counseling Approaches / National Center for Biotechnology Information. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571080/>.

стабілізацію умов проживання. Це відповідає підходу, орієнтованому на збереження сім'ї та недопущення потрапляння дітей до інтернатних закладів³⁷.

Водночас не можна ігнорувати вплив стигми — як зовнішньої, так і внутрішньої. Батьки, які мають залежність, часто відчують сором і бояться осуду. Тиск суспільства посилює їхню ізоляцію та відвертає від звернення по допомогу. Саме тому підтримка з боку близького кола має бути ненасильницькою, емпатичною та побудованою на довірі. Дослідження показують, що зменшення стигми та залучення родини значно підвищує ефективність лікування і допомагає уникнути рецидивів¹⁸.

Окрему увагу варто приділяти формулюванням, які використовують як фахівці, так і соціальне оточення. Слова мають силу формувати сприйняття людини — як у власних очах, так і в очах інших. Вживання стигматизувальних формулювань (наприклад, «наркоман», «залежний», «проблемний батько / мати») лише закріплює негативні ярлики, натомість висловлювання, орієнтовані на людину, підтримують її гідність і мотивацію до змін³⁸. У додатку 11 до цього посібника наведено перелік рекомендованої термінології, яка сприяє створенню безпечного, підтримувального простору для батьків у процесі відновлення.

Конкретні дії, які можуть виконувати члени родини або близьке оточення для підтримки батьків у процесі лікування:

- надати тимчасове безпечне житло для дитини;
- підтримувати контакт дитини з батьками під час лікування або реабілітації;
- супроводжувати батьків до установ охорони здоров'я, реабілітаційних або соціальних служб;
- допомагати з доглядом за дитиною в період кризи;
- фінансово або організаційно підтримувати батьків (наприклад, забезпечити транспорт або оплатити ліки);
- приходити на сесії до сімейного психолога, брати участь у групах підтримки або навчальних програмах;
- самостійно долучатися до груп взаємодопомоги для родичів і друзів людей із залежністю, щоб отримати емоційну підтримку, зменшити почуття провини або безсилля;
- питати лікарів або фахівців про особливості лікування чи відновлення (за згодою батьків), щоб краще розуміти, як підтримати настанови медичного персоналу та сприяти формуванню стабільного, безпечного середовища вдома;

³⁷ Casey Family Programs. How can the child welfare system support families affected by substance use disorder?. *casey.org. Resources*. 23.08.2023. URL: <https://www.casey.org/substance-use-disorder-strategies/>.

³⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Words Matter: How Language Choice Can Reduce Stigma. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Words-Matter-How-Language-Choice-Can-Reduce-Stigma.pdf>.

- бути джерелом емпатії, розуміння і довіри, що знижує ризик стигматизації та ізоляції;
- підтримувати сталий розпорядок дня для дитини та забезпечувати емоційну стабільність.

Залучення близького оточення не є лише додатковим ресурсом, а невіддільною частиною інтегрованого підходу до підтримки сімей, де є проблема вживання ПАР. ФСР має оцінювати ресурсність родини, її готовність до співпраці, а також потенціал бути опорою як для батьків, так і для дитини. Цей процес вимагає делікатності, міжособистісної чутливості й дотримання принципу добровільності. Для ефективної міжвідомчої взаємодії важливо залучати не лише ФСР, а й медичних працівників, психологів, педагогів, юристів, представників громадських ініціатив, для створення єдиної системи підтримки, орієнтованої на збереження сім'ї, забезпечення найкращих інтересів дитини та відновлення функціонування батьків у безпечному й прийнятному соціальному середовищі.

§3.3. Роль мультидисциплінарного підходу в роботі з супутніми проблемами вживання ПАР

Проблема вживання ПАР рідко існує ізольовано, адже в більшості випадків залежність пов'язана з іншими складними життєвими обставинами: психічними розладами, досвідом насильства, нестабільним життям, соціальною ізоляцією або хронічними захворюваннями. Усе це утворює супутні проблеми, які прямо впливають як на ефективність підтримки отримувача послуг, так і на безпеку й добробут його дитини.

ФСР, які працюють з батьками, що мають ознаки вживання ПАР, стикаються з необхідністю враховувати не лише сам факт вживання, а й увесь контекст життя людини. Наприклад, мати, яка вживає алкоголь, може також бути жертвою домашнього насильства або жити з депресією. Батько, який має залежність від наркотиків, часто водночас потерпає від безробіття або конфліктує з членами родини.

Саме тому важливо дивитися ширше не лише на проблему вживання ПАР, а й на інші супутні труднощі, які часто з нею пов'язані. Адже ефективна соціальна робота в таких випадках має бути комплексною, враховувати взаємозв'язки між різними сферами життя й підтримувати відновлення повноцінного функціонування всієї родини. У цьому параграфі ми зосередимо увагу на тому, як виявляти супутні проблеми, як на них реагувати, з ким налагоджувати взаємодію і як при цьому не втрачати з поля зору головного — потреб і безпеки дитини.

Однією з найпоширеніших супутніх проблем є психічні розлади, які часто не діагностують. За даними ВООЗ³⁹, понад половина осіб із розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, мають супутню депресію, тривожні стани або ПТСР. Часто залежність стає своєрідною формою самолікування — спробою впоратися з сильними емоційними переживаннями, відчуттям безвиході чи тривалою психологічною травмою. Нерідко клієнт не проговорює ці стани відкрито — вони проявляються у вигляді апатії, безініціативності, дратівливості або, навпаки, емоційної байдужості. Особливу увагу слід приділяти батькам, які когось втратили,

³⁹ World Health Organization. (2016). Management of substance abuse: Co-morbid mental and substance use disorders URL: <https://www.who.int>

пережили насильство або мали складний дитячий досвід, наприклад, виховання в державному закладі для дітей-сиріт чи напівсиріт — саме ці фактори часто стають «невидимими тригерами» як для психічних розладів, так і розладів, що пов'язані з залежностями⁴⁰.

Під час консультування і в роботі з такими клієнтами ФСР доцільно використовувати базові скринінгові інструменти для виявлення симптомів депресії⁴¹ та тривожних розладів, наприклад, Двоетапний скринінг на депресивний розлад (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) і Двоетапний скринінг на тривожний розлад (Generalized Anxiety Disorder – 2 items, GAD-2). PHQ-2 та GAD-2 — це надкороткі опитувальники, які містять лише по 2 запитання. Пропоновані скринінги є надійними інструментами, які використовують для первинного виявлення симптомів депресії⁴² (додаток 12) і тривожного розладу⁴³ (додаток 13) за останні 2 тижні. Скринінги допомагають ФСР оцінити стан батьків і своєчасно виявити потребу у кваліфікованій допомозі та спрямувати клієнта за відповідною підтримкою.

Досвід домашнього насильства тісно пов'язаний із попереднім або наявним вживанням психоактивних речовин. Він може як передувати розвитку залежності, так і виникати в результаті неї. У багатьох жінок із залежністю в анамнезі є досвід фізичного або психологічного насильства з боку партнера⁴⁴. Водночас такі ситуації не завжди очевидні — жінки можуть не ідентифікувати насильство як проблему, виправдовуючи поведінку партнера або намагаючись зберегти родину. Батьки, які постійно перебувають у стані страху чи напруги, не здатні повноцінно піклуватися про себе, не кажучи вже про дитину. Робота з такими клієнтами потребує особливої чутливості — важливо створити атмосферу довіри, де людина зможе сказати щось більше, ніж «у нас усе нормально».

Вживання ПАР і/або розлади, внаслідок від ПАР часто супроводжується ще одним аспектом — ізоляцією. Поступово людина втрачає підтримку з боку рідних, друзів, громади. Стигма навколо залежності лише підсилює це: батьки починають уникати соціальних контактів, щоб уникнути осуду. А ізоляція, своєю чергою, посилює внутрішню тривогу, загострює психічні розлади й підштовхує людину до вживання речовин⁴⁵. У таких умовах навіть елементарна допомога, наприклад, регулярна присутність ФСР або залучення до груп підтримки, може мати терапевтичний ефект.

⁴⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Trauma and Violence. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>

⁴¹ World Health Organization. Depression. <https://www.who.int/>. Health topics. URL: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.

⁴² Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*. 2003. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583691/>.

⁴³ Validation of generalized anxiety disorder-2 as a screening tool for generalized anxiety disorder in the primary health care setting: study protocol / M. J. M. A. Tamimi та ін. *International Journal of Clinical Trials*. 2021. C. 152–155. URL: https://www.researchgate.net/publication/351372775_Validation_of_generalized_anxiety_disorder2_as_a_screening_tool_for_generalized_anxiety_disorder_in_the_primary_health_care_setting_study_protocol.

⁴⁴ World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. <https://www.who.int/>. Publications/Overview. 09.03.2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.

⁴⁵ National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Use and Addiction: The Basics. <https://archives.nida.nih.gov/>. Media Guide. URL: <https://archives.nida.nih.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>.

Ще однією ключовою складовою є економічна вразливість. Безробіття, нестабільний дохід, борги чи перебування на межі бідності – реалії багатьох отримувачів послуг, які вживають ПАР і/або мають залежність від них. Батьки можуть втратити роботу через проблемну поведінку, пізніше – через стигму, а ще пізніше – через хронічну втому, погіршення фізичного стану чи втрату мотивації. Для таких людей питання працевлаштування – не просто про фізичну наявність місця роботи. Це про повернення відчуття власної спроможності долати проблеми, відчуття гідності, відповідальності, стабільності, повернення контролю над життям. Але повернути це відразу майже неможливо. У процесі реабілітації важливо не лише надати інформацію про вакансії, а й допомогти з дрібними кроками: відновити документи, повернути навички спілкування, навчити планувати й використовувати власний / сімейний бюджет⁴⁶.

На тлі всіх цих труднощів зазвичай є ще один пласт – хронічні фізичні захворювання. Довготривале вживання ПАР погіршує стан здоров'я, впливає на печінку, серцево-судинну систему, травлення, а в разі ін'єкційного вживання ПАР такі люди часто мають недиагностований гепатит або ВІЛ. У жінок можуть спостерігатися порушення менструального циклу, репродуктивні розлади, проблеми з вагітністю⁴⁷. Проблема полягає в тому, що багато клієнтів не мають звички звернення до лікаря, уникають поліклінік, бояться осуду й малообізнані про наявність ПМГ, за якими є можливість отримання безоплатних медичних послуг як у державних, так і в приватних медичних закладах. У такому випадку важливе міжсекторальне співробітництво: спрямування до довірених медичних закладів, де персонал розуміє специфіку роботи з людьми зі вразливих категорій.

Усі ці проблеми – психічні розлади, досвід насильства, соціальна ізоляція, економічна нестабільність і фізичні захворювання – утворюють замкнене коло, яке складно розірвати без зовнішньої підтримки. І саме ФСР, які є емпатичними, знають контекст і мають ресурси для міжвідомчої взаємодії, можуть стати тим «містком», який допоможе батькові чи матері зробити перший крок до зміни.

У роботі з батьками, які мають ознаки вживання психоактивних речовин, жоден фахівець не буде ефективним наодинці. Ситуації, у яких є одночасно залежність, емоційна нестабільність, ризики для дитини, соціальні труднощі, потребують участі спеціалістів різних профілів. Саме мультидисциплінарний підхід – коли ФСР, психолог, лікар, педагог, нарколог чи юрист працюють разом – дозволяє бачити людину не фрагментарно, а цілісно⁴⁸. Водночас це не означає одночасну участь усіх служб. Ідеться про координацію дій і відповідальності, коли кожен виконує свою функцію, але всі спільно підтримують родину.

Для ФСР важливо розуміти, що його завдання – не розв'язати всі проблеми клієнта самотужки, а вчасно розпізнати, що певна проблема

⁴⁶ Sumnall H., Brotherhood A. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (. Spain, 2012. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en.

⁴⁷ Дніпропетровський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. Медичні наслідки наркоманії. <https://dniprophc.com.ua/gromadyanam/promoc%D1%96ya-zdorovya/borotba-z%D1%96-shk%D1%96dlivimi-zvichkami/medical-consequences-of-drug-addiction/>. URL:

⁴⁸ European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Spain, 2011. 292 c. URL: https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf.

виходить за межі його професійної компетенції. Наприклад, якщо під час бесіди з матір'ю помітні ознаки післяпологової депресії або якщо вона зізнається в думках про суїцид, необхідне термінове залучення фахівця з психічного здоров'я⁴⁹. Якщо виявляється, що дитина часто хворіє, має затримку в розвитку або ознаки занедбаності, доцільно сконтактувати з медичними працівниками, педагогами або службою у справах дітей. Якщо є ризик насильства з боку партнера або родичів, обов'язково варто залучити кризовий центр для жертв насильства чи поліцію. Водночас важливо, щоб допомога не була травматичною – клієнт має розуміти, чому залучається той чи інший фахівець, мати вибір і довіру до процесу⁵⁰.

Досвід показує, що найбільш ефективними є ті команди, які мають чітко визначені ролі, мінімум бюрократії та спільне бачення, що дитина та сім'я мають бути не під наглядом, а в центрі підтримки, тобто активними учасниками процесу. Наприклад, у практиках західноєвропейських країн функціонують мультидисциплінарні кейс-команди, які регулярно збираються, обговорюють конкретну ситуацію, планують дії, узгоджують пріоритети⁵¹. В українських умовах це можливо навіть у невеликих громадах – за наявності мінімального рівня взаємодовіри й бажання працювати спільно. Важливо також забезпечити фіксацію домовленостей – хто, коли та що саме робить, які терміни, зворотний зв'язок. Це підвищує відповідальність і знижує ризик «втрати клієнта» між службами.

Водночас будь-яка взаємодія між спеціалістами має базуватися на етичних принципах. Це означає не передавати інформацію про клієнта без його згоди (за винятком ситуацій, визначених чинним законодавством), не знецінювати досвід клієнта й не ідентифікувати його в міжвідомчих обговореннях, не ухвалювати рішення без урахування голосу самої людини⁵². Якщо клієнт відчуває, що за нього все вирішили без нього, довіра буде втрачена, і жоден алгоритм не спрацює. Саме тому на початку взаємодії важливо чітко проговорити межі конфіденційності: що буде залишено між вами, а що – передано далі, і чому це потрібно.

Мультидисциплінарна співпраця – це не просто організаційний підхід, а насамперед визнання того, що жоден спеціаліст не здатен самотійно охопити всі аспекти складних ситуацій у родині, де є вживання ПАР та/або розлади, внаслідок вживання ПАР. Лише об'єднавши зусилля, досвід і ресурси фахівців різних напрямів, можна створити умови, у яких навіть серйозні труднощі перестають здаватися безвихідними. Така взаємодія є основою успішної підтримки й реабілітації: кожен фахівець діє в межах своєї компетенції, але координує роботу з іншими, щоб досягти найкращого результату для всієї родини.

⁴⁹ World Health Organization. Maternal mental health interventions to improve child development. <https://www.who.int/>. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/child-and-adolescent-mental-disorders/maternal-mental-health-interventions-to-improve-child-development>

⁵⁰ UNICEF and WHO Joint Programme on Mental Health and Psychosocial Well-being and Development of Children and Adolescents / World Health Organization, UNICEF. 2025. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/joint-programme/joint-programme---summary-report-02.06.2025.pdf?sfvrsn=d6c085d6_5&download=true.

⁵¹ Iriss. (2019). Parental substance misuse and social worker intervention. URL: <https://www.iriss.org.uk/resources/esss-outlines/parental-substance-misuse-and-social-worker-intervention>

⁵² Working together to safeguard children - statutory guidance. <https://www.gov.uk/>. Parenting, childcare and children's services / Safeguarding and social care for children. 26.03.2015. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children--2>.

Тому в роботі з батьками, які мають проблеми зі вживанням ПАР, важливо застосовувати комплексний підхід — щоби підтримати не лише саму людину, а й створити умови для відновлення всієї родини. Урахування всіх супутніх проблем — психічних розладів, досвіду насильства, соціальної ізоляції, економічної нестабільності й фізичних захворювань — дозволяє розглядати ситуацію в цілому та сприяє більш цілісному й ефективному розв'язанню проблем.

§3.4. Співпраця із закладами охорони здоров'я та реабілітаційними центрами

Побудова ефективної взаємодії між ФСР, закладами охорони здоров'я та реабілітаційними центрами є ключовою умовою успішного мотивування і супроводу батьків, які вживають ПАР. З огляду на комплексність проблеми залежності й/або шкідливого вживання та її наслідків для сім'ї, жодна окрема система, соціальна, медична чи освітня, не здатна самотужки забезпечити весь спектр необхідних інтервенцій. Саме тому міжсекторальна співпраця, особливо в напрямі переадресації та супроводу, лікування та/або реабілітації стає основою комплексної підтримки, орієнтованої на забезпечення благополуччя дитини й відновлення батьківських функцій.

Практичний досвід фахівців у сфері охорони здоров'я та соціальної роботи показує, що батьки, які вживають ПАР, значно рідше самотійно звертаються по медичну допомогу або спеціалізовані послуги. Це може бути пов'язано як із відсутністю інформації про можливості лікування, так і з соціальною стигматизацією, страхом втратити дитину, недовірою до медичної системи чи попереднім травматичним досвідом⁵³. У цьому контексті ФСР виконують надзвичайно важливу функцію: вони можуть не лише виявити потребу у втручанні, а й сприяти формуванню мотивації до лікування, забезпечити «м'яке» перенаправлення, зберігаючи довіру батьків, і супроводжувати їх на перших етапах звернення до закладів охорони здоров'я та/або реабілітаційних центрів.

Координація дій між фахівцями різних сфер, які надають допомогу людям, що вживють ПАР, передбачає взаєморозуміння цілей, повагу до компетенцій одне одного й готовність до розбудови єдиного підходу, орієнтованого на конкретні потреби отримувача послуг. У системі охорони здоров'я це можуть бути амбулаторні програми для осіб із легкою або середньою формою залежності, програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), детоксикація, довготривала стаціонарна реабілітація, супровід після лікування чи консультування за принципом «рівний — рівному»⁵⁴. Усі ці форми втручання є важливими компонентами ширшої системи, яка підтримує людину на шляху одужання та/або реабілітації. Завдання ФСР — не надавати ці послуги самотійно, а забезпечити до них доступ, а також пояснити їхню роль, тривалість, потенційні наслідки й очікування.

Співпраця із системою охорони здоров'я також допомагає підвищити ефективність соціального супроводу. Наприклад, ФСР може отримувати узагальнену інформацію про перебіг лікування, координувати подальші

⁵³ The Administration for Children and Families. Toxic Stress. <https://acf.gov/>. URL: <https://acf.gov/trauma-toolkit/toxic-stress>.

⁵⁴ SAMHSA. (2019). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63: Medications for Opioid Use Disorder. URL: <https://library.samhsa.gov/product/tip-63-medications-opioid-use-disorder/pep21-02-01-002>

кроки підтримки, реагувати на ознаки рецидиву, узгоджувати з медичними працівниками індивідуальні плани втручань з метою забезпечення добробуту дітей. Щобільше, такий підхід дозволяє уникнути дублювання функцій, знижує ризик «випадання» з поля зору клієнтів, а також підвищує їхній рівень довіри до послуг загалом⁵⁵.

Варто враховувати, що організація цієї співпраці потребує не лише домовленостей на рівні конкретних випадків, а й системних зусиль: укладання меморандумів про взаємодію, участі в спільному навчанні фахівців, створення міжвідомчих протоколів, обміну інформацією в межах чинного законодавства. Партнерство із закладами охорони здоров'я та/або реабілітаційними центрами – це і перенаправлення клієнтів, і основа для розбудови сталої моделі підтримки родин, у яких батьки вживають ПАР. Саме така модель дозволяє не лише реагувати на кризові ситуації, а й підтримувати процес одужання в довгостроковій перспективі.

Спеціалізоване лікування і підтримка осіб, які вживають ПАР – це комплексна система заходів, що виходить за межі базової соціальної чи первинної медичної допомоги. Вона спрямована на довгострокове зменшення шкоди, покращення фізичного й психічного здоров'я, а також соціальну реінтеграцію осіб із досвідом залежності. У центрі такого підходу – лікування самої залежності як медичного чи психологічного феномену з урахуванням індивідуального контексту: травматичного досвіду, стосунків у родині, соціального статусу, рівня безпеки, доступу до ресурсів і мотивації особи до змін⁵⁶.

Спеціалізовані послуги надаються на засадах доказової медицини та принципів зменшення шкоди. Вони ґрунтуються на міжнародних і національних рекомендаціях та здійснюються відповідно до медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, розроблених на доказовій основі та затверджених у встановленому порядку. Одним із ключових компонентів таких програм є індивідуальне або групове консультування, що має на меті не лише обговорення труднощів, пов'язаних із вживанням ПАР, а й розвиток нових стратегій подолання, роботу над самооцінкою, міжособистісними стосунками й ціннісними орієнтирами. Консультування може базуватися на таких підходах, як мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкова терапія, сімейне консультування і терапія, орієнтована на травму⁵⁷.

Ще одним важливим елементом є медичне лікування, зокрема фармакотерапія залежностей. Наприклад, найпоширенішим і науково обґрунтованим методом лікування опіоїдної залежності є замісна підтримувальна терапія (ЗПТ). В Україні ЗПТ проводиться згідно з Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 (із подальшими змінами), що регламентує порядок призначення і видачі препаратів метадону або бупренорфіну. Цей метод дозволяє стабілізувати фізичний стан людини, зменшити ризики

⁵⁵ International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition / Unated Nations Office Of Drugs and Crime, World Health Organization. Vienna, Austia, 2018. 60 с. URL: https://www.drugsandalcohol.ie/30048/1/UNODC-WHO_2020_updated_prevention_standards.pdf.

⁵⁶ Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017, № 1018-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-koncepciyi-rozvit>.

⁵⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Counseling Approaches to Promote Recovery from Problematic Substance Use and Related Issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 65. Rockville, MD: SAMHSA, 2023.

передозувань, ВІЛ, гепатитів і є передумовою для подальшої соціальної адаптації⁵⁸.

Окремої уваги заслуговує підтримка з боку консультантів із власним досвідом подолання розладів, внаслідок вживання ПАР, або вживання ПАР - консультантів за принципом «рівний – рівному». Такі спеціалісти не лише надають емоційну та практичну підтримку, а й виступають прикладом можливої зміни, підсилюючи мотивацію клієнта до одужання. Залучення консультантів «рівний – рівному» у роботу з батьками, які вживають ПАР, є особливо ефективним, адже дозволяє формувати довіру, уникати осуду та працювати з бар'єрами звернення по допомогу⁵⁹.

Успіх лікування залежить не тільки від наявності послуг, а ще й від якості взаємодії між установами, готовності фахівців до міжвідомчої співпраці, і відчуття клієнта, що він у безпеці й має підтримку. Саме тому процес перенаправлення чи мотивації до лікування повинен базуватися на принципах інформованості, добровільності, культурної чутливості та недискримінації⁶⁰.

У системі спеціалізованої допомоги людям, які вживають ПАР, важливо розуміти різні рівні втручання, що відповідають і клінічному стану клієнта, і його соціальному контексту, і мотивації до змін, і ступеню готовності до тривалої взаємодії з системою охорони здоров'я. В українських реаліях такі рівні поділяються умовно на: детоксикацію, стаціонарне лікування, амбулаторне лікування та підтримку після лікування.

Детоксикація

Детоксикація – це перший етап лікування залежності, який полягає в контрольованому виведенні психоактивних речовин з організму. Медична детоксикація проводиться з урахуванням індивідуальних особливостей особи, яка має розлад, пов'язаний із вживанням ПАР, та може проводитись як амбулаторно, так і стаціонарно. Вона передбачає призначення медикаментозних засобів для зменшення симптомів абстиненції, профілактики ускладнень і стабілізації психічного стану. В Україні такий підхід регламентується локальними клінічними протоколами та здійснюється, зокрема, у профільних закладах охорони здоров'я або багатопрофільних медичних центрах⁶³.

Після детоксикації особа може бути направлена на подальше лікування, яке, залежно від стану, може здійснюватися амбулаторно або в умовах стаціонару.

⁵⁸ МОЗ України. Наказ № 200 від 27.03.2012 «Про затвердження Порядку призначення та видачі препаратів ЗПТ»

⁵⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). Incorporating peer support into substance use disorder treatment services (TIP 64). U.S. Department of Health and Human Services. URL: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-64-Incorporating-Peer-Support-Into-Substance-Use-Disorder-Treatment-Services/SMA23-5124>

⁶⁰ International standards for the treatment of drug use disorders / World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. Switzerland, 2020. 112 c. URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf.

Стаціонарне лікування

Стаціонарне лікування застосовується лише за наявності медичних чи психосоціальних показань, коли стан пацієнта потребує постійного нагляду, контролю медикаментозної терапії або інтенсивної підтримки мультидисциплінарної команди. Це відповідає принципам деінституціалізації психіатричної допомоги, де пріоритетом є лікування в найменш обмежувальних умовах.

У більшості випадків основний етап допомоги здійснюється амбулаторно – через регулярні консультації нарколога, психіатра, психолога чи соціального працівника, групові та індивідуальні психотерапевтичні сесії, а також програми психосоціальної підтримки.

Якщо ж стан або соціальні обставини потребують стаціонарного втручання, воно зазвичай має короткостроковий характер (до 28 днів) і спрямоване на стабілізацію, формування мотивації до змін, налагодження базових навичок подолання вживання ПАР та підготовку до амбулаторного етапу. Таке лікування проводиться у спеціалізованих медичних закладах – наркологічних чи психіатричних відділеннях, де працює мультидисциплінарна команда.

Амбулаторне лікування

Амбулаторне лікування передбачає відвідування спеціалістів за індивідуальним графіком без необхідності постійного перебування в стаціонарі. Його інтенсивність може коливатися залежно від потреб клієнта й моделі програми. Основні послуги включають психологічну допомогу, мотиваційне консультування, роботу в групах, підтримку від консультантів з досвідом, фармакотерапію (включно з ЗПТ), роботу з родиною.

Останніми роками поширення набула модель «низькопорогових послуг» (low-threshold services), яка передбачає мінімум бар'єрів до точки отримання послуг: конфіденційність, безкоштовність, гнучкий графік тощо. Такі послуги часто надаються неурядовими організаціями у міждисциплінарній співпраці із профільними закладами охорони здоров'я та/або державними установами.

Підтримка після лікування (супровід, моніторинг)

Після завершення основного курсу лікування ключовим компонентом стійкого одужання стає підтримка після лікування. Вона включає психосоціальний супровід, регулярний моніторинг стану, індивідуальні консультації, участь у групах підтримки (наприклад, спільноти «12 кроків» (AA та АН), SMART Recovery й інші міжнародні програми взаємодопомоги для людей, які хочуть позбутися залежностей), а також допомогу у вирішенні життєвих труднощів: працевлаштування, відновлення документів, стосунків із родиною тощо.

Практичний досвід фахівців у сфері охорони здоров'я та соціальної роботи показує, що саме підтримка після лікування значною мірою знижує ризик рецидивів⁶¹. В Україні такі послуги переважно надають неурядові

⁶¹ Public Health Agency. (2020). DA Evidence Scoping 2020 – Low Threshold Service. Доступно за посиланням: [URL: https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/2020-10/DA%20Evidence%20scoping%202020%20-Low%20Threshold%20Service.pdf](https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/2020-10/DA%20Evidence%20scoping%202020%20-Low%20Threshold%20Service.pdf)

організації, зокрема через проєкти ресоціалізації, соціальної підтримки, а також за участі консультантів «рівний – рівному».

§3.5. Інформування, переадресація та супровід батьків, які вживають ПАР, для звернення за послугою лікування та/або зменшення шкоди (ЗОЗ / ребцентр)

Переадресація клієнтів до відповідних служб є ключовим компонентом соціальної роботи, особливо у сфері надання допомоги людям, які мають проблеми із залежністю. У багатьох випадках потреби клієнта виходять за межі можливостей окремої установи / організації, тому ефективна система переадресації дозволяє забезпечити комплексний і своєчасний супровід. Для ФСР та команд мультидисциплінарної підтримки такий алгоритм є інструментом систематизованої взаємодії з партнерами, що підвищує якість і результативність послуг.

Значущість переадресації для ФСР

ФСР щодня працюють з отримувачами соціальних послуг – дорослими, які мають різноманітні потреби, зокрема в лікуванні залежностей.

Наявність чіткого алгоритму переадресації:

забезпечує оперативність реагування на потреби отримувачів соціальних послуг;

- покращує міжорганізаційну комунікацію та розвиває партнерство;
- зменшує ризики повторного звернення отримувачів соціальних послуг з однаковими запитами;
- підтримує етичні стандарти роботи (добровільність, інформованість, конфіденційність).

Алгоритм організації переадресації

Станом на сьогодні єдиного, уніфікованого q нормативно затвердженого протоколу чи алгоритму переадресації отримувачів соціальних послуг до отримання послуг немає. У цьому параграфі, автори посібника намагались об'єднати міжсекторальний практичний досвід надання соціальних послуг з урахуванням процесу переадресації.

У межах цих методичних рекомендацій алгоритм переадресації складається з чотирьох основних етапів, яких необхідно послідовно дотримуватися та впроваджувати (див. рис. 8):

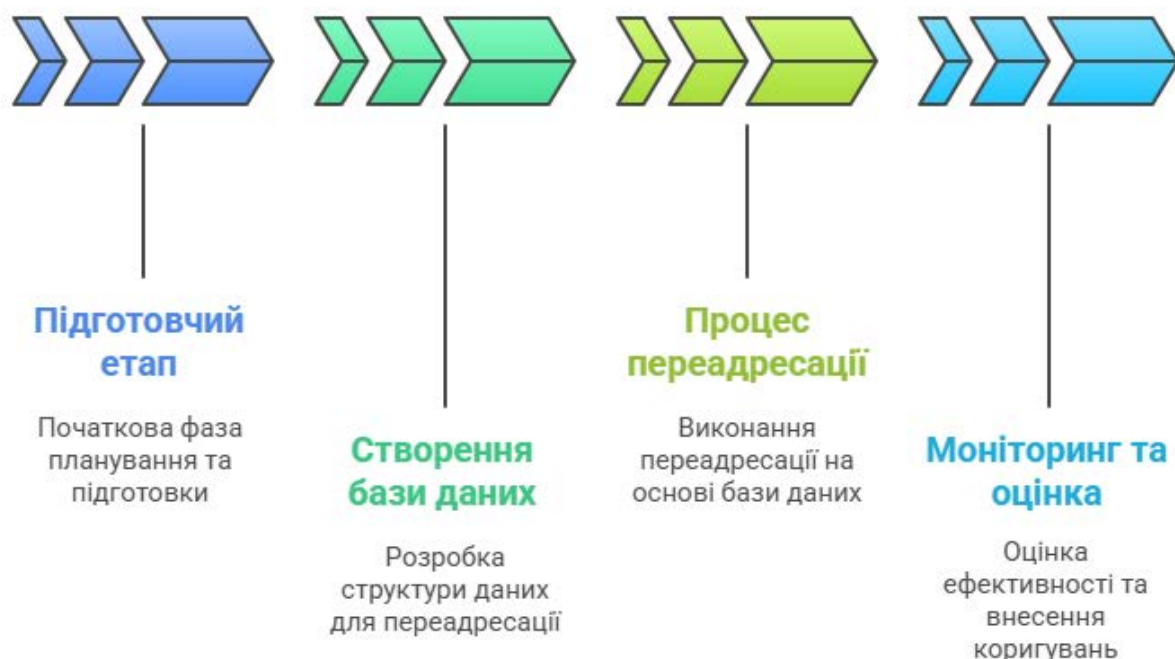


Рис. 8. Алгоритм організації переадресації клієнтів

Розгляньмо детальніше зміст і завдання кожного етапу:

1. Підготовчий етап

1.1. Оцінка поточних ресурсів. Проводиться внутрішній аналіз наявних послуг, фахівців, матеріальних ресурсів та інструментів підтримки, які організація / установа може запропонувати отримувачам соціальних послуг. Так ФСР має повну інформацію про можливості та спектр послуг.

1.2. Аналіз зворотного зв'язку від отримувачів соціальних послуг. З каналів зворотного зв'язку, отриманого від клієнтів (опитувань, інтерв'ю тощо), збирається інформація для розуміння їхніх потреб, які залишилися незадоволеними. Це сприяє підвищенню клієнтоорієнтованості та створює підґрунтя для пошуку можливостей задоволення їхніх потреб).

1.3. Аналіз наявних партнерських організацій. Проводиться ревізія вже наявних домовленостей і взаємодій із партнерами, що надають послуги у сфері охорони здоров'я, психосоціальної підтримки, реабілітації.

1.4. Пошук нових партнерств. Ініціюється співпраця з іншими установами, організаціями, фондами чи державними структурами, які можуть надати клієнтам допомогу, що виходить за межі можливостей самої організації / установи.

2. Створення бази даних для переадресації

2.1. Вибір середовища збереження інформації. Обирається зручний і ефективний спосіб збереження даних, наприклад, Excel, Google Таблиці або інші формати (картки, списки тощо).

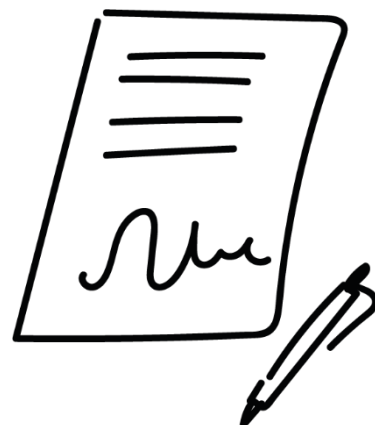
2.2. Інформаційне наповнення бази даних з переадресації. Формується база з ключовою інформацією для швидкого контактування (див. рис. 9):

- Назва організації – офіційна назва партнера.
- Адреса – фізичне місце надання послуг.
- Дні та години роботи – графік роботи організації.
- Категорії клієнтів – цільові групи, з якими працює установа.
- Особливості надання послуг – вимоги до документів, умови приймання.
- Контактна інформація – телефон, email, вебсайт, контактна особа.



Рис. 9. Інформаційне наповнення бази даних з переадресації

2.3. Актуалізація та оновлення інформації. Регулярне оновлення бази відповідно до внутрішніх організаційних процедур, але не рідше ніж один раз на пів року, щоб не переадресовувати до неактуальних установ, що припинили роботу, або якщо в конкретній установі/ організації змінюються умови надання послуг.



3. Процес переадресації (див. рис. 10)



Рис. 10. Покроковий процес переадресації клієнтів

3.1. Оцінка потреб отримувача послуг. Для виявлення основних проблем, пов'язаних із залежністю, соціальною дезадаптацією, психоемоційним станом тощо, проводиться інтерв'ю або опитування.

3.2. Визначення ступеня терміновості. Оцінюється, чи є ситуація невідкладною, такою, що потребує планової роботи, або такою, що вимагає довгострокового втручання.

3.3. Інформування клієнта. Роз'яснюється, які послуги доступні отримувачу соціальних послуг в іншій установі, як туди звернутися, що потрібно мати при собі, які очікування реалістичні.

3.4. Отримання згоди. Усна або письмова згода клієнта на переадресацію з дотриманням принципу добровільності.

3.5. Контакт із партнерською організацією. ФСР зв'язується з фахівцем партнерської організації для підтвердження можливості зустрічі з отримувачем соціальних послуг та уточнення умов.

3.6. Документування процесу. Заповнюється форма направлення, вноситься інформація в журнал обліку або електронну систему або в інший спосіб, що регламентований внутрішніми положеннями організацій/

установи.

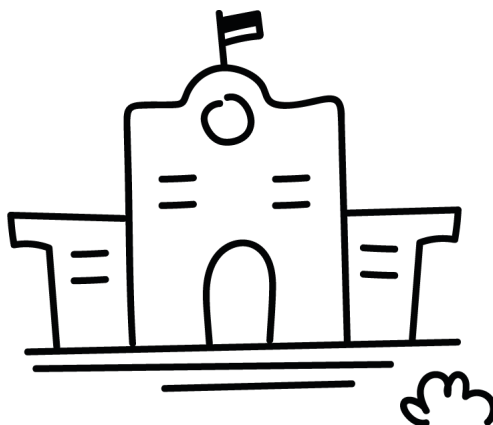
3.7. Супровід отримувача соціальних послуг. За потреби (уразливі групи, клієнти з кризовими станами тощо) ФСР супроводжує клієнта фізично або координує процес дистанційно.

4. Моніторинг та оцінка

4.1. Зворотний зв'язок. Через 7–14 днів після переадресації ФСР контактує з клієнтом і/або організацією і перевіряє, чи була надана послуга, чи вона відповідає очікуванням.

4.2. Документування моніторингу. ФСР фіксує результати моніторингу у встановленому порядку відповідно до внутрішніх правил організації: у внутрішній базі даних, електронній системі, звітах або іншому форматі, передбаченому внутрішніми положеннями установи.

Цей алгоритм можна адаптувати до контексту конкретної установи з урахуванням її специфіки, ресурсів і цільової аудиторії. Його впровадження дозволяє систематизувати роботу ФСР і покращити якість послуг, а також сприяє ефективнішому розв'язанню проблем клієнтів із залежностями.



Розділ 4

КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПАР

У роботі з батьками, які мають досвід вживання ПАР, ФСР стикаються з низкою викликів, що впливають на якість взаємодії та ефективність надання допомоги. Ці труднощі пов'язані як з особистим станом самих батьків (фізичним, психоемоційним, соціальним), так і з ширшим контекстом, зокрема з відсутністю належної культури підтримки, особливостями менталітету, наприклад, у толеруванні вживання ПАР, і травматичним досвідом самих клієнтів.

Фахівцям важливо не лише розуміти ці фактори, а й володіти інструментами, які допомагають вибудовувати довірливу взаємодію навіть у складних обставинах⁶². Емпатія, ненасильницьке спілкування, активне слухання, мотиваційне інтерв'ю – це не просто техніки, а засоби створення безпечного простору, у якому можлива ефективна зміна поведінки, самостійне прийняття рішень і подолання особистісних коливань під час їх прийняття.

У цьому розділі ви дізнаєтеся про ефективні підходи та дієві інструменти, які можуть значно підсилити професійну діяльність ФСР у роботі з родинами, де є проблема о вживання ПАР.

§4.1. Особливості роботи з батьками, які вживають ПАР: виклики й бар'єри

ФСР нерідко стикаються з емоційними, психологічними чи поведінковими бар'єрами з боку батьків, які вживають ПАР, що перешкоджають встановленню ефективного контакту. Частина цих бар'єрів має особистісний характер, наприклад, заперечення проблеми, відсутність мотивації до змін, психоемоційна нестабільність або захисна агресія. Інші ж формуються під впливом зовнішніх чинників: соціальної стигми, негативного досвіду взаємодії з системою допомоги, зневіри у фахівцях або ізоляції від близького оточення.

Ці бар'єри ускладнюють початок діалогу та впливають на подальшу мотивацію батьків звертатися за підтримкою, ухвалювати рішення про зміни й долучатися до допоміжних програм. Усвідомлення джерел і механізмів цих перешкод – перший крок до їх подолання.

⁶² Best 2024 Guide to the Duties of a Mental Health and Substance Abuse Social Worker. (2024). Social Work Portal. URL: <https://www.socialworkportal.com/substance-abuse-social-workers/>

Нижче наведено узагальнену таблицю, яка відображає типові бар'єри, з якими ФСР можуть стикатися в роботі з батьками, що вживають ПАР. У таблиці подано короткий опис кожного бар'єра, можливі причини його виникнення та важливі комунікативні акценти, тобто що варто і чого не варто робити фахівцю, аби не посилити опір і не втратити довіру. Ця таблиця допоможе краще орієнтуватися в складних ситуаціях і будувати чутливу, ефективну взаємодію⁶³.

Тип бар'єра	Можливі причини	Рекомендації для ФСР
Заперечення проблеми	Захисний механізм, страх втратити дитину, сором або почуття провини.	Не тиснути, не доводити «правду», не звинувачувати. Замість цього слухати, ставити відкриті запитання, визнавати емоції.
Недовіра до фахівця	Попередній негативний досвід, стигматизація, зневіра в системі.	Бути послідовним, доброзичливим, зберігати конфіденційність, пояснювати свої дії, бути чесним у межах професійної етики.
Пасивність, байдужість	Депресивний стан, утрата мотивації, вигорання.	Не квапити. Спробувати з'ясувати, що є цінним для людини, знайти маленькі джерела надії, наголосити на збереженні стосунків з дитиною.
Агресивна або знецінювальна поведінка	Вразливість, звичка до конфліктного захисту, попередній досвід осуду.	Не відповідати агресією. Спокійно озвучити свої межі. Спробувати знайти, що саме викликає напругу, переформувати сказане в нейтральне висловлювання.
Маніпуляції або уникнення	Невпевненість, страх змін, спроба зберегти контроль.	Зберігати чіткі межі. Повертати розмову до мети консультації. Бути послідовним і не відповідати на провокації.

⁶³ Національна служба здоров'я України. Протокол надання допомоги при залежності від психоактивних речовин. — Київ: НСЗУ, 2020. — 30 с.
<https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Про%20затвердження%20клінічних%20протоколів%20надання%20медичної%20допомоги%20зі%20спеціальності%20наркологія.pdf>

Усвідомлення бар'єрів – це лише перший крок. Наступне завдання – обрати таку модель взаємодії, яка не поглиблює опір, а навпаки, відкриває можливості для діалогу й поступових змін⁶⁴. Нижче подано типові реакції батьків і відповідні пропоновані стратегії реагування ФСР.

	Типова реакція батьків	Можлива причина	Стратегія реагування фахівця
	«Мені нічого не потрібно, у мене все під контролем»	Заперечення проблеми, страх втратити контроль	Визнати право на самостійність, ставити відкриті запитання, пропонувати нейтральну інформацію
	«Ви нічим не допоможете, уже пробував (-ла)»	Негативний досвід, зневіра в змінах	Висловити розуміння, дати змогу поділитися досвідом, надати інформацію, підтримати надію на новий підхід
	«Я втомився (-лась), нічого не має сенсу»	Стан виснаження, депресивні тенденції	Не тиснути, дати підтримку й простір для емоцій, фокус на важливих для людини аспектах і на оцінці потреб, ув т.ч. скринінг на депресію, тривожність тощо
	«Це не ваша справа!»	Вразливість, попередній досвід примусу або осуду, страх змін	Зберігати спокій, з повагою озвучити межі, підкреслити роль підтримки, а не контролю, нейтрально надати інформацію, ставити відкриті запитання для вивчення досвіду
	«Я не можу зараз, давайте іншим разом»	Уникнення відповідальності, тривожність, невпевненість	Уточнити потреби, домовитися про формат і час, залишити простір для повернення до розмови

Ці бар'єри – не вирок. Більшість із них можна подолати за допомогою відповідного стилю спілкування, побудови довіри й фокусу на внутрішній мотивації клієнта. Наступні параграфи цього розділу присвячені саме

⁶⁴ Суліцький В., Швед О. (2023). Консультування в соціальній роботі: навчально-методичний посібник. Київ. 240 с. URL: https://www.researchgate.net/publication/377029172_KONSULTUVANNA_V_SOCIALNIJ_ROBOTI_navcalno-metodicnij_posibnik

таким інструментам – перевіреним, ефективним і чутливим до контексту. Вони допоможуть ФСР не лише підтримати батьків, а й створити умови, у яких можливі зміни.

§4.2. Емпатія і ненасильницьке спілкування як ключові навички консультанта (побудова довіри й ефективної комунікації з батьками)

У роботі з батьками, які вживають психоактивні речовини, ФСР часто постають перед труднощами через емоційний стан батьків і через зовнішні фактори, як-от соціальна стигма, недовіра до служб і небажання приймати допомогу. Такі батьки часто замкнені, агресивні, відчувають сором, провину або байдужість. У цих умовах емпатія та ненасильницьке спілкування (ННС) – не просто інструменти, а основа для побудови довіри. Саме завдяки цим якостям фахівець може створити безпечний простір, у якому батько чи мати відчувається не засудженою, а почутою. Без цього неможливо перейти до налагодження контакту, формування мотивації до змін, участі в програмах підтримки або навіть збереження зв'язку з дитиною.

Емпатія – розуміння стосунків, почуттів, психічних станів іншої особи у формі співпереживання⁶⁵. Здатність до емпатії є однією з найфундаментальніших і дозволяє людині не просто співчувати іншому, а глибоко відчувати й зрозуміти його внутрішній стан. У роботі з батьками, які вживають ПАР, емпатія – це не додаткова якість, а базова навичка, без якої процес конструктивної допомоги неможливий. Вона допомагає консультанту не втрачати людяності навіть тоді, коли поведінка клієнта обурює, розчаровує або спричиняє спротив.

Згідно з психологічними дослідженнями, емпатія має принаймні три рівні (або типи), і кожен із них важливий у соціальній роботі⁶⁶:

- 1. Когнітивна емпатія** – здатність інтелектуально зрозуміти, що відчуває інша людина, навіть без активного емоційного залучення. Це дозволяє ФСР аналізувати ситуацію, передбачати реакції та формувати адекватні інтервенції.
- 2. Емоційна емпатія** – здатність відчувати на собі емоційний стан іншого, будуючи глибший зв'язок. Саме вона допомагає виявити автентичну турботу й утримати довіру в найкрихітші моменти спілкування.
- 3. Емпатія співпереживання (compassionate empathy)** – поєднання розуміння й емоційного залучення, з якого народжується дія. ФСР не лише розуміє й відчуває, а й прагне допомогти – з повагою до меж іншого.

⁶⁵ Bellet, P.S., & Maloney, M.J. (October 1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*, 266(13)

⁶⁶ Ekman, P. (2007). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life* (2nd ed.). New York, NY: Henry Holt and Company.

Важливо розуміти, що емпатія — це не згода з деструктивною поведінкою клієнта. Вона допомагає побачити, що за вживанням ПАР можуть стояти травма, втрата, біль, самотність або нестача підтримки. Такий підхід дозволяє не засуджувати людину, а шукати, як допомогти їй задовольнити потреби без шкоди для себе.

У практичному сенсі емпатія також є потужним інструментом для зниження напруги в розмові. Коли клієнт відчуває, що його досвід визнається — навіть якщо він не ідеалізується — це автоматично зменшує його потребу в захисті, агресії або брехні. Навіть просте віддзеркалення емоцій, наприклад, *«Мені здається, вам зараз дуже складно говорити про це...»*, може заспокоїти й відкрити шлях до глибокого діалогу.

Емпатичний підхід також допомагає консультанту зберегти людяність у системній роботі, де часто доводиться виконувати формальні вимоги (наприклад, фіксувати ризики для дитини, брати участь у міжвідомчих командах). Емпатія допомагає балансувати між роллю «контролера» й роллю «людини, яка підтримує», не скочуючись ні в надмірне співпереживання (співзалежність), ні в холодний формалізм.

Ненасильницьке спілкування (ННС) — методика спілкування, розроблена американським психологом Маршаллом Розенбергом. Це цілісна мовна й поведінкова філософія, що базується на повазі до гідності кожної людини й прагненні до глибокого взаєморозуміння. У контексті роботи з батьками, які вживають ПАР, ННС — це «місток» між оцінкою і прийняттям, між контролем і діалогом, між стигматизацією і підтримкою. Головна мета ННС — не тиск чи виправлення, а встановлення зв'язку. Це особливо важливо, коли людина переживає кризу, відчуває сором або тиск з боку інших. Такий підхід допомагає зберегти відкритий діалог і з часом підтримати людину в прийнятті відповідальності — без примусу.

Чотири основні компоненти ненасильницького спілкування

- 1. Спостереження без оцінки:** опис фактів ситуації, не зводячи їх до ярликів чи звинувачень.
Наприклад, «Ви не прийшли на зустріч тричі поспіль» замість: «Ви безвідповідальний».
- 2. Озвучення власних почуттів:** чесне й автентичне висловлення емоцій, які виникають у ситуації.
Наприклад, «Мені тривожно, коли ви не приходите на зустріч і не повідомляєте про це. Крім того, мені доводиться міняти плани на день через це. Мене це трохи вибиває з робочого графіку» замість: «Мене це дратує».
- 3. Усвідомлення потреб, які стоять за почуттями:** кожна емоція сигналізує про задоволені чи незадоволені потреби.
Наприклад, «Мені потрібна впевненість, що ми можемо працювати разом у стабільному форматі».
- 4. Формулювання прохання, а не вимоги:** конкретна дія, до якої ви запрошуєте іншу людину.
Наприклад, «Чи можемо обрати новий час зустрічі? Який вам зручний?» замість: «Вам треба нарешті бути відповідальним».

У роботі з батьками, які вживають ПАР, ненасильницьке спілкування дає змогу:

- не провокувати психоемоційні захисні реакції, особливо якщо отримувач послуг має досвід знецінення або примусу з боку інших фахівців;
- виражати власні професійні межі й очікування, не переходячи в осуд чи агресію;
- підкреслювати гідність батьків, навіть якщо їхня поведінка викликає занепокоєння;
- налагоджувати діалог на основі чесності й взаємоповаги, що особливо критично для побудови довіри;
- перенести увагу з поведінки на потреби – і власні, і отримувача послуг.

Активне слухання є природним продовженням ННС. Воно дозволяє консультанту не лише уникати осуду та тиску, а й по-справжньому почути, що стоїть за словами батьків, які вживають ПАР. Саме через уважне слухання формується простір довіри, де можливі зміни⁶⁷.

Активне слухання – це не просто вміння «чути слова», а цілеспрямований процес розуміння, прийняття та віддзеркалення сказаного, що формує міст довіри між консультантом і клієнтом. Для батьків, які вживають ПАР, відчуття, що їх дійсно слухають і розуміють без осуду, може стати одним із перших кроків до змін. Цей підхід тісно пов'язаний із мотиваційним інтерв'ю (MI), методом консультування, який базується на партнерстві, емпатії та підтримці внутрішньої мотивації клієнта (див. § 4.4.). Активне слухання є одним із його ключових інструментів і допомагає фахівцю краще зрозуміти амбівалентність клієнта й підтримати його в прийнятті рішень.

Під час спілкування з батьками активне слухання проявляється через такі прийоми:

1. **Віддзеркалення (рефлексія)** – повторення або переформулювання слів клієнта, щоб показати, що ви його почули.
Приклад: «Вам важко говорити про це, бо ви відчуваєте, що всі вже поставили на вас хрест. Я правильно почув/ла?».
2. **Парафразування** – коротке узагальнення сказаного, що фокусує увагу на головному змісті.
Приклад: «Тобто ви відчуваєте, що вживання заважає вам бути таким/ою батьком / матір'ю, яким / якою ви хочете бути?».
3. **Уточнення** – запити на роз'яснення для глибшого розуміння почуттів або фактів.
Приклад: «Що ви маєте на увазі, коли говорите “я більше не витримую”?».
4. **Вербалізація почуттів** – ідентифікація й озвучення емоцій клієнта, іноді навіть тих, які він не усвідомлює.

⁶⁷ Social Work Test Prep. (2023). The principles of active listening and observation. URL: <https://socialworktestprep.com/blog/2023/december/06/the-principles-of-active-listening-and-observation/?srsitid=AfmBOoqQvCpFJWoboZvVPFrLFcJ8U7WYqN9HzZzoNQqrSP8hRgVBbQRk&utm>

Приклад: «Схоже, ви відчуваєте багато провини через те, як це впливає на вашу дитину».

5. **Пауза й тиша** — не переривати, дозволити людині обміркувати й сказати більше.
Мовчання — це теж слухання.

Кожна з наведених технік допомагає фахівцю глибше зрозуміти досвід клієнта без тиску й нав'язування рішень. Проте застосовувати активне слухання на практиці не завжди легко — ця техніка потребує зосередженості, самоконтролю та готовності залишатися поруч із клієнтом у складних емоційних переживаннях. У роботі з батьками, які мають досвід вживання ПАР, фахівці соціальної роботи часто стикаються з низкою бар'єрів, що ускладнюють глибоке слухання. Нижче подано приклади типових викликів:

- **Імпульс радити чи оцінювати.** Бажання «виправити» клієнта або дати пораду часто перериває глибинний контакт. Активне слухання передбачає не керування розмовою, а присутність і підтримку, які дозволяють клієнту самому дійти важливих висновків.
- **Проекція власного досвіду.** ФСР може інтерпретувати ситуацію клієнта крізь призму власного досвіду, травматичних подій чи особистих переконань. Щоб уникнути упередженості й зберегти професійну позицію, необхідно є регулярна рефлексія та професійна супервізія.
- **Тиск часу або очікувань.** У складних ситуаціях виникає спокуса якнайшвидше перейти до справи, оминаючи емоційний стан клієнта. Проте саме уважне ставлення до його переживань часто і є найважливішою частиною роботи.
- **Побоювання порушити чутливу тему.** Іноді фахівці уникають складних запитань через можливу емоційну реакцію клієнта. Водночас активне слухання — це здатність залишатися в розмові на складну тему, не поспішати її завершити, а дати людині простір висловитися, дослідити її.

Активне слухання — це не лише техніка, а демонстрація поваги й уваги, яку дуже рідко батьки відчувають до себе, особливо в контексті стигми, пов'язаної з вживанням ПАР. Саме через це уважне, емпатійне слухання клієнт починає сприймати консультанта як безпечну людину, якій можна довіряти. Та довіра не виникає миттєво — вона вимагає ще одного рівня глибшої системної роботи: усвідомленої поведінки, що формує відчуття безпеки в контакті. Наступним кроком у розвитку ефективної комунікації є розуміння того, що саме підсилює довіру, а що руйнує її.

Побудова довіри — це процес, що вимагає часу, стабільності й глибокої поваги до клієнта. Для батьків, які вживають психоактивні речовини, поняття довіри часто деформоване минулим досвідом осуду, інтервенцій «згори», втручань у сім'ю та стигматизації. Тому консультант — це перша людина, яка може дати *інший досвід взаємодії*, де немає страху покарання за правду.

Поступове формування довіри й безпеки — це наступний рівень взаємодії після встановлення первинного контакту через активне слухання. Щоб допомога була ефективною, недостатньо просто слухати, важливо, *як саме* побудовані стосунки між ФСР і клієнтом. Саме поведінка фахівця,

його щирість, послідовність, повага до особистих меж клієнта та здатність витримувати складні теми створюють той фундамент, на якому з часом формується довіра. Розгляньмо **ключові фактори, що сприяють цьому процесу**:

1. **Щирість консультанта.** Клієнти легко відчують нещирість або холодну відстороненість. Якщо ФСР говорить відкрито, не прикидається й водночас вміє спокійно виражати свої емоції, це створює довіру й відчуття справжнього контакту.
2. **Стабільність і передбачуваність.** Регулярні зустрічі в знайомому, спокійному місці без несподіваних змін дають клієнту відчуття опори: *«Тут усе стабільно, навіть якщо мені зараз важко»*.
3. **Безоцінкове ставлення з боку ФСР.** Фахівець не має права виступати з позиції «я знаю краще». Його сила – в умінні створити простір, де клієнт може сам зробити висновки. Це особливо важливо для людей, які стикаються з моралізаторством у всіх інших сферах.
4. **Збереження конфіденційності.** Пряме озвучення правил конфіденційності на початку, пояснення меж (наприклад, коли йдеться про загрозу життю дитини), формує відчуття захищеності.
5. **Визнання сильних сторін клієнта.** Важливо не зосереджуватися лише на проблемах і невдачах клієнта. ФСР має помічати зусилля, ресурси, спроби клієнта змінюватися. Це формує почуття гідності.
6. **Готовність бути поруч у складному.** Не уникати важких тем, не поспішати все вирішити. Довіра з'являється тоді, коли консультант може залишатися поруч, навіть якщо клієнту боляче.

Однак важливо пам'ятати, що навіть один недоречний жест, слово чи ставлення можуть нівелювати зусилля з побудови довіри. Тому поряд із факторами, які сприяють створенню безпечного простору, слід також чітко усвідомлювати дії, що можуть цю довіру підірвати.

Поведінка, яка руйнує довіру:

- **Моралізаторство, критика, поради «згори».** Навіть доброзичливе «вам треба взяти себе в руки» може звучати як осуд. Батьки, які вживають ПАР, часто вже відчують провину, а додаткові оцінки лише підсилюють внутрішній конфлікт.
- **Формалізм і дистанція.** Надмірно професійна мова, уникання особистого контакту, спілкування лише через анкети – усе це блокує емоційний зв'язок.
- **Знецінення досвіду клієнта.** Фрази типу «ви ж самі винні» або «іншим гірше» руйнують довіру. Для клієнта його досвід – реальний і важливий, навіть якщо фахівець бачить ситуацію інакше.
- **Поспіх, неухважність, зміна фокуса.** Перевірка телефону під час розмови, нетерплячість або небажання слухати до кінця створюють відчуття, що клієнт неважливий.

Побудова довіри – це не одноразова дія, а стійкий процес, що формується через послідовну, людяну й уважну поведінку фахівця.

У роботі з батьками, які вживають психоактивні речовини, саме емпатія, ненасильницьке спілкування й активне слухання є першими кроками до налагодження партнерства. Проте справжня довіра виникає

лише тоді, коли ці підходи підтримуються стабільністю, щирістю, безоцінковістю та готовністю залишатися поруч у найскладніших моментах.

Роль ФСР — не лише надати послугу, а створити простір, у якому можлива зміна поведінки. І саме довіра робить цю зміну реальною.

§4.3. Стадії змін поведінки осіб, які вживають ПАР, і завдання фахівців на кожній стадії змін

Одне з головних завдань соціальної роботи з батьками, що вживають ПАР, — не тільки реагувати на кризу чи захищати дитину, а й підтримувати дорослого на шляху до змін. Зміни, як-от припинення вживання, звернення по допомогу, участь у лікуванні чи повернення до батьківської ролі, не відбуваються одразу. Людина проходить через сумніви, спроби, помилки. Тому важливо мати орієнтир, що допоможе зрозуміти, на якому етапі змін вона зараз, і відповідно до цього планувати підтримку.

Однією з найбільш досліджених і практично застосовуваних у сфері залежностей моделей є Транстеоретична модель зміни поведінки (англ. Transtheoretical Model of Change), яку розробили американські психологи Джеймс Прочаска та Карло Діклементе⁶⁸. Її суть полягає в тому, що зміни відбуваються поступово, у вигляді циклічного процесу, що включає кілька стадій. Люди не змінюють шкідливу поведінку раптово, а рухаються в певній послідовності крізь стани готовності до змін. Ця модель була створена, зокрема, як відповідь на труднощі в роботі з клієнтами, які вживають ПАР або мають інші звички, що загрожують здоров'ю. Центральна ідея полягає в тому, що зміна — це не одноразове рішення, а процес, який потребує часу, підтримки та внутрішнього розвитку.

Уявімо це як сходинки: щоб досягти бажаної точки, наприклад, відмови від вживання ПАР і повернення до виконання батьківських обов'язків, людині потрібно наступити на кожную сходинку. Пропустити одну неможливо, повернення назад — цілком ймовірне, але не означає провал. Саме така динаміка змін найбільше відповідає реальності, з якою щодня стикаються ФСР та фахівці мультидисциплінарних команд. Розуміння, на якій саме стадії змін перебуває людина, допомагає уникнути передчасного тиску, формує більш реалістичні очікування і дозволяє обрати адекватні інструменти підтримки.

Нижче представлені ключові стадії змін поведінки згідно з транстеоретичною моделлю та відповідні завдання фахівців на кожному з етапів — від заперечення проблеми до сталого утримання змін.

Стадія переднаміру (або незацікавленість у змінах)

Людина ще не готова змінюватися. Вона часто не визнає проблему або не вважає її серйозною. Саме слово «зміни» може викликати страх, заперечення чи відчуття безсилля. Мотивація дуже низька, і бажання щось

⁶⁸ Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6863699/>

змінювати поки що немає. Людина може уникати розмов, змінювати тему, захищатися чи навіть агресивно реагувати. У цей період близькі й фахівці найчастіше стикаються з байдужістю, запереченням або перекладанням відповідальності. На цьому етапі робота ФСР має бути особливо чутливою, спокійною та уважною до емоцій людини. Важливо не тиснути, не змушувати й не засуджувати. Завдання ФСР – створити безпечний простір, налагодити довіру і м'яко підтримувати перші кроки до усвідомлення проблеми. Корисно надавати просту неупереджену інформацію про наслідки вживання ПАР, допомагати й наводити приклади змін інших людей, які мали подібний досвід. Це має звучати як запрошення до роздумів, а не як вимога. Завдання ФСР полягає також у тому, щоб не лише підкреслювати проблему, а й показувати можливості. Варто фокусуватися не на тому, що не так, а на тому, що могло б бути інакше: стабільніше життя, покращені стосунки з дитиною, емоційна підтримка, безпечне середовище. Поступово людина може почати розглядати інші варіанти поведінки або, щонайменше, відкритися до нової інформації. У цей період навіть найменше просування – це вже крок уперед.

Хтось може залишатися в цій стадії досить довго, повертатися до неї навіть після епізодів змін. Це не варто сприймати як поразку – це частина динамічного процесу. І саме з цього етапу починається внутрішній рух до розуміння, який надалі може перерости в стадію роздумів, де з'являється перше усвідомлення необхідності змін.

Стадія роздумів

На цій стадії людина вже визнає наявність проблеми, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, і замислюється над можливістю змін. Водночас вона ще не готова переходити до активних дій. Це період внутрішньої боротьби, де бажання змінюватися постійно зіштовхується зі страхами, невпевненістю, сумнівами у власних силах або в доцільності змін. Людина може запитувати себе: «А що, якщо я не зможу?», «Чи справді воно того варте?», «Що я втрачу, якщо перестану вживати?». У цей момент важливо розуміти: вагання є ознакою процесу мислення, а не пасивності.

Для ФСР це вікно можливостей. Людина ще не готова діяти, але вже готова слухати, розмірковувати, обговорювати. Завдання фахівця – делікатно, без тиску підтримати цей процес. Важливо бути поряд, щоб допомогти людині осмислити свої переживання, назвати страхи й зняти частину тривожності, що блокує рішення. Уважне слухання, емпатія, вміння ставити відкриті запитання та витримувати паузи (див. [§ 4.2](#)) – ключові інструменти саме на цьому етапі.

Корисним може бути обговорення можливих сценаріїв: як зміниться життя людини, якщо вона не змінить свою поведінку, і як, якщо спробує щось змінити. Важливо не ідеалізувати зміни, але й не фокусуватися лише на складнощах. Проговорювання маленьких, реалістичних кроків, наприклад, звернення за консультацією, відвідування групи підтримки, призначення зустрічі з ФСР, може стати «містком» до наступної стадії. Навіть складання умовного плану «якби я вирішив змінитися» допомагає людині уявити себе в новій ролі.

ФСР також має допомогти людині усвідомити, що зміни – це процес, у якому не потрібно все вирішити одразу. Це може зменшити тиск очікувань і зробити саму ідею змін більш досяжною. Підтримка на цьому етапі формує внутрішню готовність – іноді вона зростає поступово, але саме

вона є фундаментом для прийняття рішення про дію.

Після періоду осмислення, аналізу й пошуку внутрішніх аргументів людина поступово може наблизитися до рішення про зміни. Саме тоді починається перехід до наступної стадії – стадії наміру, де з'являється чіткіше бачення і готовність зробити конкретні кроки.

Стадія наміру

На цьому етапі людина вже не просто визнає проблему, а приймає внутрішнє рішення змінювати своє життя. Це момент, коли роздуми поступаються конкретним намірам, з'являється чітке усвідомлення мети й бажання діяти. Людина вже не лише думає про зміни – вона активно планує, як їх досягти. Формуються перші кроки, визначаються пріоритети, збирається інформація, шукаються ресурси підтримки. У багатьох з'являється відчуття натхнення і внутрішнього піднесення: *«Я можу», «Цього разу все буде інакше», «Я починаю нову сторінку»*.

У роботі ФСР ця стадія відкриває простір для конкретної структурованої взаємодії. Це час, коли соціальний працівник може і має стати співтворцем змін – не приймати рішення замість людини, а йти поруч, допомагаючи її реалізувати. Одне з ключових завдань – допомогти сформулювати реалістичний поступовий план дій. Не загальні фрази на кшталт «змінити життя», а конкретні кроки: звернутися до центру допомоги, записатися на консультацію, тимчасово передати опіку над дитиною, приходити в групи підтримки, проконсультуватися з юристом або медиком.

На цьому етапі людина часто ще має страхи, хоча впевненість і мотивація – високі. Тому важливо одночасно підкріплювати віру в себе й допомагати прогнозувати можливі труднощі, щоб уникнути розчарування або передчасного зриву. ФСР може ставити питання на кшталт: *«Що може завадити?»*, *«Що допоможе тобі втриматися на цьому шляху?»*, *«Хто може підтримати тебе, якщо стане важко?»*.

Робота з очікуваннями – ще один важливий компонент. Важливо, щоб людина розуміла: труднощі неминучі, зміни – не ідеальні, але це не означає, що процес зруйновано. Навпаки, це частина нормального шляху. ФСР також має підказати, де знайти додаткову інформацію, як звернутися до фахівців, які сервіси доступні в громаді, і нагадувати: людина не одна.

На цьому етапі важливо не лише планувати, а й укріплювати внутрішній ресурс. Позитивне підкріплення, віра в здатність людини змінитися, підкреслення її сили й автономності – усе це має величезне значення.

Після того, як план сформовано, а намір набув чіткості, настає перехід до стадії дій – моменту, коли змінюється не лише внутрішнє ставлення, а й зовнішня поведінка.

Стадія дій

Це момент, коли особа не просто готується змінити своє життя, вона вже змінює його. Вона переходить від планів до конкретних дій: припиняє або зменшує вживання психоактивних речовин, звертається по допомогу,

бере участь у реабілітаційній програмі, відновлює контакти з дитиною чи рідними, шукає нові моделі поведінки. Це період інтенсивних внутрішніх і зовнішніх трансформацій, який потребує значного ресурсу: емоційного, фізичного, соціального. Особа стикається з труднощами, сумнівами, іноді – спокусами повернутися до попереднього способу життя. Зовнішні зміни ще не закріплені як нова звичка, і тому ризик зриву особливо високий.

ФСР у цей період виконує роль стабілізаційного фактора. Головне завдання – бути поруч: підтримувати в складні моменти, допомагати долати бар'єри, нагадувати про досягнення, відзначати навіть найменші успіхи. Часто саме просте визнання з боку фахівця – «ти добре тримаєшся», «ти зробив важливий крок» – має величезне значення для внутрішньої мотивації людини.

Важливо також не ідеалізувати зміни – і клієнт, і фахівець мають бути готові до того, що будуть спади, втома, опір середовища, неочікувані виклики. Завдання фахівця – допомагати «рухатися вперед», знаходити способи адаптації до труднощів, спільно шукати підтримку в інших службах або серед близьких людей. Відкриті розмови про бар'єри, без страху осуду, формують простір для чесності, а чесність, своєю чергою, підтримує стійкість змін.

Особливу увагу варто приділяти саме закріпленню нової поведінки. Це не лише припинення шкідливих звичок, але й створення альтернатив: нові способи емоційної регуляції, відпочинку, побудови стосунків, організації побуту. Чим більше таких альтернатив, тим вища ймовірність, що новий стиль життя буде збережений.

Якщо вдається пройти цей складний період, зростає віра в себе, формується досвід подолання і підтримується внутрішня мотивація. Саме тоді людина поступово переходить до стадії підтримки змін – нового етапу, де головне завдання полягає не в тому, щоб змінити щось, а в тому, щоб утримати досягнуте.

Стадія підтримки змін

На цьому етапі людина вже значною мірою змінила свою поведінку: відмовилася від вживання ПАР, налагодила нові моделі взаємодії з оточенням, почала виконувати батьківські обов'язки. Усе це стало частиною її нового способу життя. Однак цей період не означає «завершення» – навпаки, зараз основне завдання полягає в тому, щоб зберегти досягнуте і не повернутися до попередньої поведінки. Людина формує нові звички, звикає до зміненої ролі в родині й суспільстві, вчиться бути стійкою до тригерів і викликів, що можуть повернути її до старих патернів.

Це вразливий, але й перспективний період. Поведінка вже змінилася, але ще не стала автоматичною. У моменти стресу, перевантаження чи емоційної вразливості може з'явитися спокуса повернутися назад. Саме тому підтримка фахівця соціальної роботи на цьому етапі залишається необхідною. Вона не така інтенсивна, як на попередніх стадіях, але має бути послідовною і стабільною.

ФСР допомагає людині закріпити нові звички – через розмови, підтримку коротких цілей і підкріплення позитивного досвіду. Варто зосередитися не лише на тому, щоб «відмовитися» від ПАР, а й на розвитку корисних занять: хобі, навчання, участі в житті дитини, нових стосунках.

Важливо підтримувати самооцінку, нагадувати про успіхи й підтримувати віру в себе. Також доцільно заздалегідь обговорювати складні ситуації та разом продумувати, як діяти в разі труднощів.

Окрему роль у підтримці та збереженні змін відіграє оточення: рідні, друзі, партнери, громада. Їхнє прийняття, підтримка й відсутність осуду – ключовий ресурс для довгострокової стабільності. Якщо фахівцю вдається заручитися підтримкою позитивного соціального оточення, шанси на утримання змін значно зростають (див. § 3.2.).

Зрештою, ця стадія – це час зміцнення нової ідентичності. Людина не просто перестала вживати, вона стала іншою: більш відповідальною, стійкішою, турботливішою. Зміни закріплюються, і саме тоді виникає потенціал для подальшого розвитку, зростання і передачі позитивного досвіду іншим.

Рецидив як частина моделі зміни поведінки

Серед фахівців є підхід, за яким рецидив розглядається не як провал, а як окрема фаза або стан у процесі зміни поведінки. У межах моделі циклу змін рецидиви є нормальним і очікуваним явищем, особливо коли йдеться про зміну тривалих поведінкових звичок.

У разі рецидиву людина не починає з нуля, а рухається по спіралі, знову проходячи відомі їй стадії – з новим досвідом і потенційно вищим рівнем усвідомлення.

Також важливо пам'ятати, що в однієї людини може бути кілька проблемних моделей поведінки, і кожна з них перебуває на різній стадії змін. Наприклад, батько або мати може бути на етапі прийняття рішень щодо припинення вживання алкоголю, але водночас залишатися у фазі заперечення щодо куріння канабісу. Це вимагає індивідуалізованого підходу й декількох стратегій мотивації.

Під час консультування рецидив доцільно пояснювати як ще один крок до відновлення, щоб зменшити відчуття безнадійності, уникнути деморалізації та підтримати клієнта. Це не означає схвалення рецидивів, але підкреслює реалістичний погляд на процес змін.

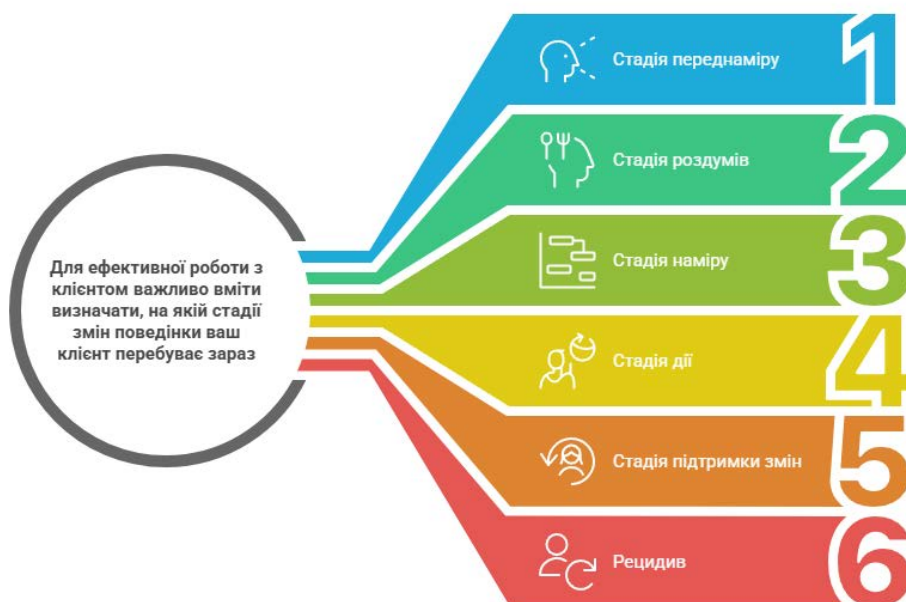


Рис. 11.
Модель циклу змін

Модель циклу змін є ефективним інструментом, що допомагає ФСР визначити поточну стадію змін конкретної особи й адаптувати до неї підхід з метою максимальної підтримки в просуванні до стійкої зміни поведінки (див. рис. 11).

§4.4. Принципи й інструменти мотиваційного інтерв'ю: як допомогти батькам усвідомити проблему та змінити поведінку

Мотивація — ключова умова на шляху до звільнення від залежності. У 1991 році психологи й науковці Вільям Р. Міллер і Стівен Ролнік⁶⁹ розробили концепцію мотиваційного інтерв'ю (MI) на основі практичного досвіду роботи з людьми, які мають залежність. Щоб зрозуміти суть мотиваційного підходу, варто насамперед відповісти на запитання: що таке мотивація?

Мотиваційне інтерв'ю — це:

- особлива техніка консультування, що базується на партнерстві, емпатії та повазі до автономії людини, де фахівець виступає не радником, а помічником у процесі змін, демонструючи прийняття клієнта;
- процес спільного дослідження внутрішніх мотивів, які можуть спонукати людину ухвалити рішення — діяти або утриматися від дії — у певній життєвій ситуації.

Мотивація включає три основні складові:

1. Усвідомлення проблеми;
2. Бажання змін і готовність прийняти допомогу;
3. Намір діяти, тобто пройти лікування або отримати підтримку.

Мотиваційне інтерв'ю — це не просто розмова, а цілеспрямований діалог про зміни. Його особливість у тому, що консультант не веде клієнта, а створює умови, у яких людина сама озвучує причини для змін і знаходить власні ресурси. Основна роль у процесі належить саме клієнту, а завдання фахівця — підтримати цю внутрішню мотивацію через партнерський стиль спілкування. Темп і глибина змін залежать від рівня мотивації клієнта і того, на якій стадії зміни поведінки він зараз перебуває (див. [§4.3](#)).

Згідно з дослідженням Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності⁷⁰, примусове лікування від наркозалежності:

- не впливає позитивно на припинення вживання наркотиків чи кримінальний рецидив;

⁶⁹ Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*.

⁷⁰ EU Drugs Agency (EUDA). (n.d.). *Compulsory drug treatment to reduce recidivism*. URL: https://www.euda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/compulsory-drug-treatment-reduce-recidivism_en

- має негативний вплив на злочинний рецидив, порівняно з контрольною групою;
- має недостатньо доказів ефективності.

Дослідження Массачусетського департаменту охорони здоров'я (США)⁷¹ показало, що люди, яких примусово направили на лікування, удвічі частіше вмирали від передозування опіатами, ніж ті, хто вирішив піти на лікування добровільно. Ще одне дослідження⁷² показало, що примусове лікування від наркозалежності також пов'язано з підвищеним ризиком не смертельних передозувань. Дослідження турецького центру лікування залежності від ПАР⁷³ свідчить, що особи, які пішли на лікування примусово мали нижчий рівень усвідомлення проблеми, бажання отримати допомогу й готовність до лікування, відповідно, нижчий рівень мотивації ніж ті, хто пішли на лікування добровільно. Водночас, мотиваційне консультування і мотиваційна терапія, згідно з рядом досліджень⁷⁴, допомагає людям краще усвідомити власний рівень проблем з ПАР, знизити рівень вживання ПАР, припинити вживати ПАР, краще утримуватися в ремісії (бути тверезими).

Ключові принципи застосування МІ

І. Принцип «Краще поставити 3 запитання, аніж сказати 1 стверджувальне речення».

Мотиваційний підхід — комплекс розмовних технік, які переважно складаються із запитань. Правильно підібрані запитання включають особу в розмову, не створюючи в неї відчуття того, що її переважають, говорять, як жити, або переконують. Мета МІ — допомогти людині знайти внутрішню мотивацію до змін, а не в чомусь її переконати.

Сам факт того, що людині ставлять запитання, є приємним, оскільки це свідчить про те, що ФСР, який ставить ці запитання, не байдужа думка клієнта, а також що він визнає клієнта повноцінним учасником процесу, а не просто «об'єктом», на який спрямовується допомога чи соціальна послуга.

⁷¹ Massachusetts Department of Public Health. (2016). An Assessment of Opioid-Related Deaths in Massachusetts (2013–2014). URL: <https://www.mass.gov/doc/chapter-55-report/download>

⁷²⁸⁰ Rafful, C., et al. (2018). Increased non-fatal overdose risk associated with involuntary drug treatment in a longitudinal study with people who inject drugs. *Addiction*, 113(6), 1066–1073. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14159>

⁷³ Rabia Bilici et al. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 10. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4155996/>

⁷⁴ 1) Effectiveness and feasibility of a motivational interviewing intake (MII) intervention for increasing client engagement in outpatient addiction treatment: an effectiveness-implementation hybrid design protocol. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 12. URL: <https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-023-00412-y>

2) Motivational Interviewing Interventions for Harmful Substance Use Amongst Adults in Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Systematic Review. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.09.15.23295607v1>

У мотиваційному підході є 3 головні запитання:

1. **«Що?»**. Відповідь на запитання **«Що?»** створює об'єкт для розмови, на який буде спрямована мотивація.
2. **«Чому?»** допомагає зрозуміти важливість і проблемність теми / об'єкта розмови.
3. **«Як?»** дозволяє створити план чи послідовність дій.

1. Приклади запитання ЩО?

- Що саме у вашій ситуації вас зараз турбує найбільше?
- Що змінилося б у вашому житті, якби вживання ПАР більше не було проблемою?
- Що, на вашу думку, є головною причиною того, що поки що не вдалося змінити поведінку?
- Що допоможе вам краще впоратись із щоденними труднощами без вживання?
- Що вас зупиняє або стримує від того, щоб звернутися по допомогу?
- Що для вас може стати першим кроком до змін?

Головне в запитанні «Що?» – допомогти людині визначити, що саме потребує змін, і сформулювати для себе важливу, зрозумілу ціль, з якою вона готова працювати.

2. Приклади запитання ЧОМУ?

- Чому звернення за допомогою і проходження лікування може бути для вас важливим?
- Чому вам хочеться змін саме зараз?
- Чому для вас важливо зберегти або відновити стосунки з дитиною?
- Чому вас турбує те, як ПАР впливають на ваше життя чи життя близьких?
- Чому ви досі не відмовилися повністю від вживання – що стримує, а що, навпаки, підштовхує до змін?
- Чому ви хочете, щоб ваша дитина бачила вас саме таким чи такою?

Головне в запитанні «Чому?» – допомогти людині усвідомити, чому зміни важливі саме для неї, які потреби, цінності або обставини спонукають її задуматися про зміну поведінки.

3. Приклади запитання ЯК?

- Як ми можемо зробити процес лікування та реабілітації простішим?
- Як ви уявляєте перші кроки до змін у своєму житті?
- Як вам буде зручніше отримувати підтримку – особисто, телефоном, у групі?
- Як можна організувати ваш день так, щоб зменшити ризик вживання?

- Як ви зазвичай справляєтеся зі стресом, і що може допомогти вам зараз?
- Як ми можемо разом обговорити план дій, який буде вам під силу?
- Як підтримка має виглядати на практиці саме для вас?

Головне в запитанні «Як?» — допомогти людині уявити можливі шляхи до змін і знайти конкретні кроки, з яких вона готова почати.

II. Принцип «Поруч — не замість».

Суть мотиваційного інтерв'ю полягає в тому, щоб не тиснути, не переконувати силою аргументів, а бути поруч із людиною на шляху до змін. ФСР не приймає рішень замість клієнта, а підтримує процес, у якому клієнт сам знаходить відповіді.

1. **Вияв розуміння та співпереживання** — емпатичне слухання допомагає людині відчувати себе почутою і неосудженою, що знижує опір і відкриває шлях до діалогу.
2. **Посилення розбіжності («розгойдати амбівалентність»)** — допомога людині побачити різницю між тим, як є зараз, і тим, як вона хоче жити, — без нав'язування рішень.
3. **Підтримка самоефективності** — ФСР підкреслює здатність клієнта змінювати життя, навіть якщо той має сумніви, і нагадує про його успіхи.
4. **Крок назад у разі опору** — замість тиску або суперечки, консультант відступає на крок, визнає право клієнта на опір і зберігає повагу до його рішень.

Нижче розгляньмо кожен із цих аспектів докладніше.

1. Вияв розуміння та співпереживання:

- ФСР демонструє щире бажання зрозуміти досвід, емоції та позицію отримувача послуги без оцінок, порад чи тиску;
- ключовим інструментом є активне слухання, яке дає людині відчуття, що її справді чують і приймають.

Як реалізувати:

- Слухати з відкритістю, не перебивати.
- Перефразовувати сказане, відображаючи емоції клієнта.

Наприклад, «Ви зараз втомлені та сповнені сумнівів, і це природно — змінювати звичний спосіб життя дуже важко».

- Підтверджувати право на почуття.

Наприклад, «Багато хто в подібній ситуації відчувається розгублено. Це не ознака слабкості, це ознака того, що вам небайдуже».

Чому це важливо:

Коли людина відчуває, що її слухають і приймають без осуду, зменшується опір і виникає простір для довіри, роздумів та поступового руху до змін.

2. Посилення розбіжності («розгойдати амбівалентність»)

ФСР допомагає клієнту побачити різницю між тим, як є зараз, і тим, як він хоче жити. Мета — не переконати, а створити внутрішнє напруження, яке може стати мотивацією до змін. Важливо не критикувати, а ставити запитання, які активізують особисту відповідальність і бажання діяти.

Як реалізувати:

- Ставити запитання про мрії, цілі, цінності (приклади запитань наведені в [додатку 14](#)).
- Пропонувати клієнту самому порівняти нинішній стан і бажаний. Наприклад:
 - «Як вживання ПАР впливає на ваші стосунки з дитиною?».
 - «Що ви хочете змінити у своєму житті найближчим часом?».
- Підкреслювати, що зміни — це вибір, який належить людині, і вона сама здатна його ухвалити.

Чому це важливо:

Амбівалентність — природна частина процесу змін. Коли людина сама бачить суперечність між своїми діями й цінностями, у неї зростає мотивація шукати нові рішення.

3. Підтримка самоефективності

ФСР допомагає людині повірити, що вона має сили змінити своє життя і впоратися з труднощами. Мета — не вирішувати за клієнта, а підкреслити його здатність самостійно ухвалювати рішення і діяти. Важливо нагадувати про вже досягнуті кроки, внутрішні ресурси й можливості.

Як реалізувати:

- Нагадувати клієнту про попередні успіхи, які свідчать про його здатність справлятися.

Наприклад:

«Пам'ятаєте, як ви відмовилися йти на зустріч, де могли вживати, і натомість провели вечір із дітьми? Це сильний крок».

- Акцентувати на позитивних зрушеннях, навіть незначних.

Наприклад:

«Навіть одна твереза розмова з дитиною — це вже важлива зміна».

- Підкреслювати, що ініціатива вже є, і клієнт рухається вперед.

Наприклад:

«Те, що ви погодилися поговорити про це сьогодні — це вже серйозний крок до змін».

Чому це важливо:

Людина, яка не вірить у власну здатність щось змінити, не буде намагатися.

Підтримка самоефективності — це спосіб активізувати внутрішній ресурс клієнта й дати йому сили рухатися далі.

4. Крок назад у разі опору

ФСР не вступає в суперечку, якщо клієнт виявляє опір, агресію чи заперечення. Натомість консультант робить крок назад – визнає право людини на сумніви та зберігає повагу до її автономії. Це дає простір клієнту самостійно переосмислити ситуацію без тиску.

Як реалізувати:

- Визнати право на сумнів і пошук:

Наприклад:

«Ви не впевнені, що це вам підходить – і це нормально. Ви краще знаєте себе і свою ситуацію».

- Погодитися з внутрішньою суперечністю (амбівалентністю):

Наприклад:

«Звучить так, ніби одна частина вас хоче змін, а інша ще сумнівається, чи це можливо».

- Перенаправити розмову на досвід і ресурси клієнта:

Наприклад:

«Що, на вашу думку, уже допомагало вам у складних ситуаціях з дітьми?».

Чому це важливо:

Опір – це не ворожість, а сигнал, що людина відстоює свою незалежність. Коли консультант демонструє повагу до цієї автономії, рівень напруги знижується, а готовність до співпраці поступово повертається.

Також важливо розуміти, що якщо отримувач послуг сильно опирається змінам, це може означати, що:

- можливо, ФСР спровокував його або своєю критикою, або тим, що загалом вимагає забагато дій (іноді – одночасно);
- отримувач послуг наляканий через низку суб'єктивних причин;
- отримувач послуг мав негативний досвід;
- отримувач послуг ще не готовий до змін.

Важливо визнати: ніхто не готовий змінитися швидко, а особливо, якщо ці зміни не є внутрішнім поштовхом, а провокуються ззовні. Важливо прийняти це і взяти тайм-аут.

III. Інструменти до посилення мотивації до змін поведінки⁷⁵:

Розгляньмо специфіку основних інструментів роботи з клієнтом при використанні методу MI та відповідні важливі навички:

1. Позитивні твердження (афірмації)

Консультант допомагає клієнту відчувати впевненість у власних силах, визнаючи наявні труднощі, що сприяє поліпшенню психоемоційного фону, стимулюючи зміцнення самостійності та позитивні зміни в житті й розвитку.

⁷⁵ Відновлення лікування та формування прихильності до АРТ у людей, які живуть з ВІЛ, на основі клієнтоорієнтованого підходу: Робочі матеріали для соціальних працівників і кейс-менеджерів з питань лікування. Діжа І., Виноградова О., Варбан М., Ковальчук К., Валова Л., Гайдук Ю., БО «100% Життя», 2021. <https://prozdorovia.in.ua/wp-content/uploads/2021/11/posibnyk.pdf>

Головна мета позитивних тверджень (афірмацій) — підтримати внутрішню мотивацію клієнта через визнання його зусиль, сильних сторін і прагнення до змін, що допомагає йому:

- відчути впевненість у власних силах;
- знизити самоосуд і внутрішню тривогу, зміцнити психоемоційну стабільність;
- зробити перші (або наступні) кроки до позитивних змін у житті.

ФСР у процесі консультації має визнавати й підкреслювати щодо клієнта:

- труднощі та бар'єри на шляху до змін;
- навички й напрацювання;
- навички й сімейні стосунки;
- цінності, погляди та прагнення;
- найменші позитивні зміни й зусилля задля цього.

Наприклад:

ФСР: Попри всі труднощі, ви не залишили дітей — це вже багато про що говорить.

Батько / мати: Та я стараюся... Не завжди виходить, але намагаюся.

або

ФСР: Вам вдалося прийти сьогодні й відверто поговорити — це сильний крок.

Мати: Чесно, довго не могла наважитись, але щось клацнуло.

або

ФСР: Те, що ви вже замислюєтеся про зміни, — це знак внутрішньої сили.

Батько / мати: Я ще не вирішив/ла до кінця, але... мені хочеться щось змінити.

Висловлювання, спрямовані на підтримку та заохочення самого себе, є сигналом того, що амбівалентність і опір зменшуються.

2. Рефлексивне слухання

Рефлексивне слухання — один із ключових елементів MI, що потребує уважності й чутливості з боку консультанта. Завдяки цьому інструменту консультант не лише слухає слова клієнта, а й допомагає йому усвідомити власні думки, переживання та ставлення до проблеми. Рефлексія — це процес віддзеркалення й переосмислення клієнтом своїх слів, який сприяє глибшому розумінню ситуації та пошуку внутрішніх ресурсів для змін.

Наприклад:

Батько / мати: Інколи просто не бачу сенсу — ні в лікуванні, ні в цих розмовах.

ФСР: Вам здається, що змінювати щось складно, бо не впевнені, що це справді допоможе.

або

Мати: Я знаю, що діти бачать, як я п'ю... і це мене гризе.

ФСР: Ви хвилюєтеся за дітей і не хочете, щоб вони бачили вас у такому стані.

або

Батько / мати: Я пробував/ла кинути, але кожного разу зриваюся.

ФСР: Ви вже пробували змінитися, і навіть якщо було важко, ви не здалися повністю.

Три кроки до рефлексивної практики:

- уважно слухайте співрозмовника;
- думайте про те, що людина має на увазі, коли щось говорить;
- перевіряйте, чи правильно ви зрозуміли твердження.

Рефлексії можна вводити на початку речення: «Ви щойно сказали, що...», «Отже, Ви відчуваєте...», «Це схоже на...», «Це ніби...», «Ви вважаєте...».

Види рефлексій

Є різні види рефлексій, і вибір тієї чи іншої залежать від мети, яку ставить перед собою консультант саме в момент її використання. Розгляньмо види рефлексій на прикладі:

Клієнт говорить і резюмує свій роздум фразою: *«Я не уявляю життя без моєї родини».*

Проста рефлексія – повторення сказаного клієнтом в емоційно-нейтральній формі. Проста рефлексія відображає слова клієнта, й одночасно слугує сигналом для клієнта, що консультант приймає та підтримує сказане. Проста рефлексія вимагає паузи, щоб спонукати клієнта продовжувати розповідь – просувати й розвивати свою мотивацію до змін. У разі потреби після паузи можна поставити відкрите запитання, якщо клієнт мовчить.

Наприклад, **ФСР** спокійним та емоційно-нейтральним тоном: *«Ви не можете уявити, як зможете жити без родини».*

Складна рефлексія – допомагає **ФСР** перевірити власні гіпотези й здогадки про сказане клієнтом. Це висловлювання, у яких консультант намагається уточнити в клієнта головний сенс сказаного. Іноді нам тільки здається, що ми правильно зрозуміли співрозмовника, насправді ж він може мати на увазі зовсім інше.

ФСР спокійним та емоційно-нейтральним тоном: *«Чи правильно я розумію, що ваша сім'я – це найголовніше для вас у житті?».*

На початку складної рефлексії **ФСР** може вжити такі слова: «З вашої розповіді, я зрозумів/ла, що...», «Чи правильно я почув/ла, що ви...», «Чи правильно те, що...», «Чи можу я сказати про вас, що...», «Виправте мене, якщо я неправий/ва, але здається, що...» і тому подібне.

Зауважте, що цілком імовірно, що клієнт скаже, що ви неправильно його зрозуміли або частково неточно. Поставте йому кілька відкритих запитань, щоб краще зрозуміти, що саме він мав на увазі. Ставтеся до такої ситуації спокійно, адже одне з головних завдань – шукати аргументи для зміни поведінки, які будуть важливі й переконливі для самого клієнта. Ви допомагаєте йому вивчати проблему, власне ставлення для неї та мотивацію для змін.

ФСР спокійним та емоційно-нейтральним тоном: «Чи правильно я розумію, що ваша сім'я — це найголовніше для вас у житті?».

Батько / мати: Не зовсім так. Вона важлива але, не найголовніша.

ФСР: Розкажіть мені більше, будь ласка, що ще є для вас дуже важливим.

Двостороння рефлексія дозволяє зібрати сказане клієнтом вкупі й продемонструвати йому наявну амбівалентність щодо проблеми. Для цього потрібно використовувати всю інформацію, яку клієнт надав раніше, не обов'язково під час цієї зустрічі.

ФСР: З одного боку, ви дуже любите своїх дітей і хочете бути для них підтримкою, а з іншого — вам складно уявити, як справитися без вживання, бо це стало звичною реакцією на стрес.

або

З одного боку, ви розумієте, що лікування допоможе вам краще піклуватися про сім'ю, а з іншого боїтеся, що це буде занадто важко і, можливо, знову не спрацює.

ФСР, переформулюючи зміст сказаного, показує виявлену амбівалентність клієнту, пропонує йому обдумати цей внутрішній конфлікт і подивитись на нього з боку.

3. Узагальнювальні твердження нагадують клієнту про основні пункти в консультації, дозволяють перейти до плану дій і ще раз нагадати клієнту про його власні причини до змін.

Підсумовування допомагає:

- підбити підсумки зустрічі з клієнтом;
- нагадати вже сказане й створити переходи між темами;
- підсумувати частину розмови й продовжити її;
- зробити перехід до нової теми або наступних кроків;
- продемонструвати клієнту, що ви його слухаєте;
- консультанту і клієнту визначити, що було упущено або неправильно сформульовано.

4. Інструмент «Шкала»

Під час розмови з батьками, які вживають ПАР, ФСР може запропонувати простий інструмент — шкалу. Його доцільно використовувати, коли клієнт починає замислюватися про зміну поведінки, а також на наступних етапах роботи, щоб фіксувати динаміку й посилювати мотивацію.

Мета застосування шкали — допомогти батькам краще усвідомити власні мотиви до змін і підтримати готовність діяти. Один зі способів — запропонувати клієнту оцінити рівень важливості змін за шкалою від 0 до 10, а далі м'яко дослідити вибраний бал, особливо звертаючи увагу на нижчі оцінки.

Інструмент можна використовувати як усно, так і письмово. Наприклад, клієнт може самотійно намалювати шкалу в блокноті чи зошиті. Запишіть результат, щоб згодом повернутися до нього й

простежити зрушення або закріпити відчуття, що поступ усе ж є.

ФСР може запропонувати клієнту відповісти на кілька запитань, які допоможуть підвищити мотивацію та внутрішню впевненість у здатності до змін:

- «Чому саме така оцінка, а не нижча?».
- «Що допоможе вам піднятися хоча б на один бал?».
- «Який досвід або ресурси підтримували вас у складні моменти?».

Цей інструмент особливо корисний, коли клієнт демонструє опір або сумніви. Замість прямих переконань чи тиску, ФСР повертається до шкали як до нейтрального способу дослідити внутрішні суперечності, активізувати саморефлексію й підтримати готовність до змін. Такий підхід знижує напругу та стимулює позитивний рух уперед.

Як це працює:

ФСР пропонує клієнту відповісти на кілька простих запитань, пов'язаних з оцінкою намірів чи готовності до змін за шкалою від 0 до 10, і, наприклад, демонструє намальовану чи роздруковану шкалу, та запитує:

Крок 1. «Оцініть за шкалою від 0 до 10, наскільки Вам важливо змінити поведінку прямо зараз» (див. рис. 12).

Приклад діалогу:

ФСР: За шкалою від 0 до 10, де 0 означає «це зовсім не важливо», а 10 — «це дуже важливо», наскільки для вас зараз важливо зменшити вживання алкоголю?».

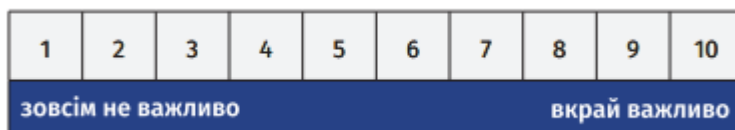


Рис. 12. Інструмент «Шкала»

Батько / мати: Ну, не знаю... Думаю, зміни мені дійсно потрібні, але не прямо зараз. Мабуть, на 4 з 10.

На цьому етапі важливо дати людині простір висловитися, не поспішати з порадами чи інтерпретаціями. Навіть коротка відповідь (наприклад, 4) — це цінна інформація, яка відкриває шлях до подальшого дослідження мотивації. Уважно слухайте, бо так ви не просто візьмете відповідь до відома, а й помітите, як клієнт говорить — із сумнівом, впевненістю, емоційним напруженням чи розгубленістю. Лише після цього можна м'яко перейти до наступного запитання:

Крок 2. «Чому Ви обрали саме цю оцінку, а не нижчу?»

Приклад діалогу:

ФСР: Добре, дякую. Ви сказали — на 4. А чому саме 4, а не, скажімо, 2 чи 1?

Батько / мати: Ну, бо все ж я бачу, що донька відсторонюється. Раніше ми багато говорили, а тепер... Я наче вже не тато для неї. І це боляче.

ФСР: Тобто вам не байдуже, як ваша поведінка впливає на дитину, і ви хочете відновити цей зв'язок?

Батько / мати: Так... Просто не знаю, чи вийде. Але не хочу, щоб вона виросла й зовсім мене забула.

Після цього можна перейти до запитання про впевненість у здатності щось змінити:

Крок 3. «Якщо Ви вирішите змінювати ситуацію, наскільки ви впевнені, що зможете це зробити? Оберіть бал від 0 до 10, де 0 – зовсім не впевнений, а 10 – повністю впевнений».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
зовсім не важливо					вкрай важливо				

Рис. 12. Інструмент «Шкала»

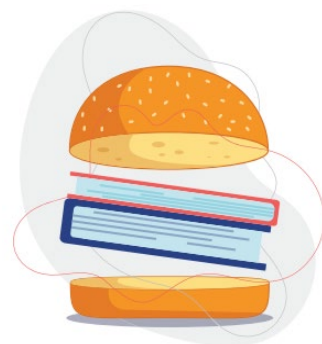
Далі, залежно від відповіді клієнта, ФСР допомагає знайти ресурси для підтримки готовності до змін і скласти план дій, заохочуючи до наступного кроку. Завдання ФСР – підтримати батька чи матір у цій готовності й надалі, якщо є бажання діяти. Шкалу можна запропонувати клієнту як на початку спільної роботи, так і на етапі оцінки готовності до змін, відмічаючи й підтримуючи навіть мінімальні зміни в оцінках і рефлексії клієнта.

Важливо зазначити, що цей інструмент дуже вдало допомагає ФСР, коли батьки опираються розмовам про зміни або сумніваються у власній спроможності до змін. Замість того, щоб вступати в суперечку чи переконувати, фахівець може спокійно повернутися до шкали й запитати: *«Чому Вам це важливо хоча б на 3, а не на 0?»* або *«Що допомагало Вам рухатися вперед раніше?»*. Такий підхід знижує опір, зберігає довіру клієнта й водночас спрямовує енергію опору на усвідомлення суперечностей і розвиток внутрішньої мотивації до змін.

5. Інструмент «Сендвіч»

Часом у ФСР виникає потреба надати клієнту блок інформації щодо обговорюваної проблеми, або ж сам клієнт може просити в консультанта інформації або поради, оскільки не знає, як почати розв'язувати проблему. У МІ в подібних випадках рекомендують інструмент «Сендвіч», за яким алгоритм дій такий:

1. **Запитайте** в клієнта дозволу надати інформацію або рекомендації щодо обговорюваної теми;
2. **Надайте** інформацію, яка відповідає ситуації, наприклад, про можливості отримати консультацію лікаря та доступ до послуг, який ви маєте, чи приклади позитивних змін в інших батьків, ваших клієнтів;
3. **Запитайте**, які міркування чи думки виникли в батька/матері після отриманої інформації.



Згода на отримання інформації означає, що батько чи мати сама робить крок до змін. Це створює умови, за яких він/вона дійсно почує інформацію. Якщо ж ФСР нав'язує інформацію без запиту, є ризик втратити контакт і спричинити опір.

Тому важливо не лише повідомляти факти, а й уважно обирати момент, просити дозволу й запитувати зворотний зв'язок. Це переводить увагу з опору на обговорення рішень, що вже наявні всередині людини.

Приклад діалогу:

Крок 1. Запитайте дозвіл

ФСР: Чи можна я коротко розповім про підтримку для батьків, які мають досвід вживання ПАР? Можливо, вам це буде корисно в подальших рішеннях.

Батько / мати: Ну... так, можете. Я, чесно кажучи, не дуже знаю, куди взагалі з цим іти.

Крок 2. Надайте інформацію

ФСР: «Є програми, де батьки можуть анонімно отримати консультації або почати лікування без госпіталізації. Наприклад, є центри, що працюють із залежністю саме в батьків, допомагаючи одночасно зберігати стосунки з дитиною і будувати нову поведінку. Багато хто починає з невеликих кроків, наприклад, з одного візиту або групи підтримки, і поступово змінює спосіб життя».

Батько / мати: Я думав/ла, що лікування – це обов'язково кудись лягати. А я ж не можу, бо з дитиною нікому бути. А так, може, я б і спробував/ла...

Крок 3. Запитайте думку

ФСР: Що ви про це думаєте? Як вам звучить така ідея – мати місце, де можна поговорити з фахівцем без тиску чи осуду?» або «Чи щось із цього вас зацікавило або викликає запитання?

Батько / мати: Звучить нормально... Я просто ще не впевнений/а, чи зможу це витягнути, але знати, що є варіанти – уже трохи легше.

Інструмент «Сендвіч» важливо використовувати в розмові з батьками, тому що ви:

- залучаєте їх до діалогу й посилюєте внутрішню мотивацію до змін;
- демонструєте повагу до їхніх рішень і досвіду;
- знижуєте ризик спротиву чи закритості в спілкуванні;
- підтримуєте довіру й партнерський стиль взаємодії.

Поеднання активного слухання, емпатії та інструменту «Сендвіч» дозволяє встановити довірчу атмосферу консультування, де ФСР виступає як партнер і помічник, а не як контролер, що повчає. Дотримання цих трьох кроків демонструє клієнтоорієнтованість: батьки, які вживають ПАР, бачать, що їх поважають і підтримують. У результаті підвищується готовність співпрацювати: важлива інформація передається ефективно, а мотивація до позитивних змін зміцнюється без зайвого опору.

Використовуючи мотиваційне інтерв'ю, ФСР варто пам'ятати: метод працює тільки тоді, коли клієнт відчуває свободу вибору – сам вирішує, чи змінюватися взагалі, і якщо так, коли і як це робити.

Розділ 5

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Після завершення лікування або реабілітації батьки, які мають досвід вживання ПАР, потребують не менше уваги, ніж на етапі кризового втручання. Саме у фазі повернення до звичного життя зростає ризик рецидиву, емоційного виснаження, соціальної ізоляції чи втрати мотивації. Соціально-психологічна реабілітація на цьому етапі спрямована не лише на утримання досягнутих змін, а й на закріплення нових моделей поведінки, формування внутрішньої опори й відновлення ролі батька або матері.

Цей розділ описує ключові напрями роботи ФСР з батьками, які пройшли лікування або перебувають у процесі змін: моніторинг випадку й актуалізація плану супроводу, профілактика рецидивів, розвиток навичок самодопомоги, залучення підтримки з боку громади та близького оточення. Підтримка в цей період має бути цілісною, міждисциплінарною та гнучкою і враховувати зміни в житті клієнта, особливості його сім'ї, контекст виховання дитини й наявні в громаді ресурси. Основна мета — допомогти батькам не лише зберегти зміни, а й побудувати нову якість життя для себе та своїх дітей.

§5.1. Моніторинг випадку та складання плану супроводу на етапі підтримки змін

Моніторинг випадку на етапі підтримки змін є критично важливим компонентом супроводу батьків, які мали досвід вживання ПАР. Після початкових кроків клієнта до змін (звернення по допомогу, початку лікування та/або участі в програмах реабілітації) важливо забезпечити сталість процесу й підтримку мотивації. На цьому етапі фахівець має і фіксувати динаміку, і вчасно реагувати на труднощі, зокрема на нові тригери чи ознаки рецидиву⁷⁶.

Моніторинг не обмежується перевіркою виконання плану, адже це безперервний процес взаємодії з клієнтом, заснований на довірі, регулярному контакті й адаптації стратегії супроводу відповідно до змін у житті людини. Особливо важливо враховувати контекст: сімейні стосунки, роль батька чи матері, доступність послуг, рівень емоційної стабільності. Ефективна підтримка передбачає делікатний баланс між ненав'язливою присутністю і професійною активністю, здатністю бути поруч, навіть коли клієнт уникає або віддаляється⁷⁷. Завдання ФСР полягає не лише в утриманні клієнта в процесі змін, а й у розвитку його внутрішніх ресурсів.

⁷⁶ World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Principles of Drug Dependence Treatment. 32 с. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/principles-of-drug-dependence-treatment>

⁷⁷ The Colombo Plan Drug Advisory Programme (DAMP). (2020). The Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorders: Advanced Level Participant Manual – Contingency Management: A Reinforcement-Based Treatment (2nd ed.). Colombo Plan DAMP. URL: https://f001.backblazeb2.com/file/universal-curricula/UTC/Advanced/UTC13/en/2020/UTC%2013_Participant_Manual_2020_ISSUP.pdf?Authorization=3_20250619100547_7db1e6d255672844af95297d_711f8bd9a507b6b3edace6549267a87a64a05b78_001_20250619111547_0067_dnlid

Регулярне відстеження динаміки та підтримка кроків до автономії допомагають клієнту поступово брати відповідальність за своє життя і батьківство, що є основною метою супроводу.

Актуалізація плану супроводу на цьому етапі передбачає врахування запиту клієнта, безпеки дитини, ресурсів системи й міжвідомчої координації. У складних випадках (співзалежність, насильство, психічні розлади) особливо важливою є міждисциплінарна взаємодія фахівців: соціальних працівників, медиків, психологів, освітян⁷⁸ (див. § 3.5).

Складання ефективного плану супроводу на етапі підтримки змін є ключовою умовою забезпечення сталої мотивації батьків до зменшення шкоди або звернення за лікуванням. План має бути живим інструментом, що відображає не лише вихідний стан клієнта, а й потенційні ризики, ресурси, особливості сімейного контексту та доступну систему підтримки (див. рис. 13).



Рис. 13. Складові ефективного плану супроводу на етапі підтримки змін

Перший крок – оцінка вихідного рівня змін, яка ґрунтується на аналізі динаміки з моменту первинного втручання. Важливо розуміти, як змінилася поведінка клієнта щодо вживання ПАР, які фактори підтримують мотивацію, а які стримують її розвиток. Це дозволяє виявити досягнення і бар'єри, що потребують адресної роботи⁷⁷.

Наступним етапом є постановка реалістичних, досяжних і вимірюваних цілей. Їх потрібно сформулювати разом із клієнтом, і вони мають відповідати принципам SMART-планування (докладніше про це див.

⁷⁸ Global Coalition to Address Synthetic Drug Threats & UNODC. (2021). Evidence-based family skills training: Build Resilience through Family Skills Training. URL: <https://www.globalcoalition.us/node/51>

у [додатку 15](#))⁷⁹, наприклад, замість абстрактного «бути кращим батьком» – конкретно: «протягом наступного місяця відвідати дві консультації з батьківських навичок». Такі цілі зміцнюють внутрішній контроль і знижують ризик розчарування.

Ефективний план має передбачати багатовекторну систему підтримки. Індивідуальні консультації (соціальні, психологічні, медичні) створюють простір для особистої роботи клієнта, тоді як сімейна терапія допомагає трансформувати дисфункційні стосунки в підтримувальному середовищі⁸⁰. Групи підтримки для батьків або дітей можуть стати ресурсом взаємної емпатії та нормалізації досвіду. Доступ до ресурсів громади – соціального житла, юридичної допомоги, програм зайнятості – має бути не просто рекомендацією, а частиною активного супроводу.

Обов'язковим елементом є робота з ризиками рецидиву. План має передбачати профілактичні кроки, зокрема в разі повернення до вживання, стикання з тригерами, конфліктами у вихованні чи повторним контактом із травматичним середовищем. Заздалегідь узгоджені дії в таких випадках знижують тривожність і підвищують здатність клієнта до саморегуляції⁸¹.

Нарешті, важливу роль відіграє регулярна координація з іншими надавачами послуг – закладами охорони здоров'я, службами у справах дітей, центрами психічного здоров'я, освітніми інституціями. Міжвідомча взаємодія має бути не ситуативною, а системною – з чітким розподілом ролей і спільним баченням цілей супроводу⁸².

Якість батьківсько-дитячих стосунків має вирішальне значення в процесі відновлення функціонування сім'ї, у якій один із батьків мав досвід вживання ПАР. І хоча фокусом втручання є підтримка змін у поведінці дорослого, справжнє закріплення цих змін відбувається лише за умови формування стабільного й безпечного зв'язку з дитиною та розвитку відповідального батьківства⁸³.

План соціального супроводу має передбачати розвиток батьківської компетентності. Це включає не лише базове розуміння потреб дитини, а й набуття практичних навичок позитивної дисципліни, регуляції власних емоцій, активного слухання, подолання стресу у виховному процесі⁸⁴. Ефективними є навчальні програми, тренінги з батьківства, індивідуальні консультації з питань дитячого розвитку. Досвід показує, що саме залучення батьків до структурованих інтервенцій підвищує рівень їхньої відповідальності та знижує ризик повторного вживання⁸⁵.

⁷⁹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). SMART Goal Setting Guide. URL: <https://healthandlearning.org/wp-content/uploads/2019/12/writing-SMART-objectives-CDC.pdf>

⁸⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). TIP 39: Substance Abuse Treatment and Family Therapy. URL: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/tip-39-treatment-family-therapy-pep20-02-02-012.pdf>

⁸¹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2007). Drug misuse: psychosocial interventions (Clinical guideline CG51). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>

⁸² EMCDDA. (2017). European Drug Report: Trends and Developments. URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>

⁸³ Department for Education (UK). (2011). The Munro Review of Child Protection: Final Report. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7b455ee5274a34770ea939/Munro-Review.pdf>

⁸⁴ Triple P International. (2020). Positive Parenting Program. URL: <https://www.triplep.net/glo-en/home>

⁸⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (n.d.). Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention. URL: https://syntheticdrugs.unodc.org/uploads/syntheticdrugs/res/library/prevention_html/Guide_to_implemen

Важливим компонентом є виявлення в дітей, батьки, яких мали досвід виживання ПАР, щодо наслідків зростання в такій родині. Діти часто мають непроговорені психологічні травми, затримки в розвитку, труднощі з навчанням або емоційною регуляцією⁸⁶. Оцінка психоемоційного стану дитини має проводитися на ранніх етапах виявлення і супроводу сімей СЖО з подальшим направленням до відповідних спеціалістів: психологів, логопедів, педагогів або психотерапевтів. Проблеми дитини не можна відкладати до «кращого моменту» – відсутність адресної підтримки загрожує повторенням міжпоколіннєвих сценаріїв⁸⁷.

Паралельно із цим має вибудовуватися інтенсивна робота над зміцненням батьківсько-дитячого зв'язку. Це стосується не лише біологічних батьків, а й осіб, які виконують функції опікуна. Практики емоційної взаємодії, терапевтична гра, спільна участь у сімейних сесіях – усе це допомагає сформуванню відчуття довіри, безпеки та взаємної підтримки, які є основою стійкого одужання⁸⁸. Саме цей зв'язок, а не контроль чи покарання, створює внутрішню мотивацію батька чи матері рухатися вперед заради дитини, а не попри неї.

Моніторинг ефективності плану супроводу – технічна процедура оцінки прогресу й потужний інструмент підсилення мотивації клієнта та його родини. Регулярне відстеження змін допомагає ФСР гнучко адаптувати стратегії втручання, а самому клієнту – усвідомлювати поступ і відчувати контроль над власним життям.

Доцільно використовувати конкретні вимірювані індикатори успішності, які мають як об'єктивний, так і суб'єктивний характер. Серед ключових ознак позитивної динаміки можуть бути⁸⁹:

- збереження тверезості впродовж певного періоду;
- стабільне житло;
- регулярне працевлаштування;
- покращення емоційної стабільності;
- підвищення батьківської залученості й відповідальності;
- інші індивідуальні ознаки прогресу.

Ці індикатори не є виключними та можуть варіюватись відповідно до поточної ситуації в родині, характеру вживання тощо. Їх потрібно визначати й проговорювати з клієнтом на початку супроводу й поетапно оцінюватися під час моніторингових зустрічей.

Регулярні міждисциплінарні наради за участі соціальних працівників, психологів, медиків, освітян та інших залучених фахівців забезпечують

[ting_family_skills_training_programmes_for_drug_abuse_prevention.pdf](#)

⁸⁶ Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children. *Social Work in Public Health*, 28(3), 194–205. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3725219/>

⁸⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Publication ID: SMA15-4420). SAMHSA. URL: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4420.pdf>

⁸⁸ Bowlby, J. (1988). A SECURE BASE Parent-Child Attachment and Healthy Human Developmentt. URL: [https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13-Bowlby_\(EN-only\)_20170920_HU_final.pdf](https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13-Bowlby_(EN-only)_20170920_HU_final.pdf)

⁸⁹ World Health Organization. (2022). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications-detail->

цілісне бачення випадку. Саме така командна координація забезпечує безперервність послуг, уникнення дублювання функцій і своєчасне реагування на загрози⁹⁰. Варто запроваджувати чіткий графік спільних оцінок (наприклад, кожні 4–6 тижнів), що дозволяє не лише відстежувати прогрес, а й оперативно коригувати стратегії підтримки.

Оцінювання ефективності не може бути односпрямованим – воно має включати голос клієнта й родини. Включення батьків у самооцінку змін, обговорення труднощів та успіхів, навіть у мікрокроках, сприяє підвищенню їхньої відповідальності за результат. Батьки, які активно долучаються до оцінювання свого шляху, зазвичай демонструють вищу мотивацію до змін і менше опору⁹¹.

Моніторинг виконує ще одну важливу функцію – дозволяє зробити невидимий поступ помітним. Багато клієнтів із досвідом залежності не мають сформованої навички відзначати власні досягнення або довіряти собі. Систематичне визнання зусиль, навіть часткових, формує позитивну самооцінку, що є запорукою стабільного одужання⁹².

Так, ефективний план соціально-психологічного супроводу на етапі підтримки змін має ґрунтуватися на поєднанні системного моніторингу, партнерської взаємодії з родиною, чутливого реагування на зміну обставин і залучення міждисциплінарної команди. Лише комплексна модель підтримки, що охоплює як особистісні ресурси клієнта, так і зовнішні соціальні опори, дозволяє досягати не лише стабілізації, а й сталого одужання. Такий підхід мінімізує ризики рецидиву, знижує вразливість сім'ї до нових криз і формує передумови для тривалого благополуччя дитини та її батьків.

§5.2. Методи й форми підтримки батьків після реабілітації та/або лікування.

Попередження рецидивів у батьків, які завершили лікування або реабілітацію від розладів, внаслідок вживання ПАР, або вживання ПАР, є важливою складовою соціальної роботи з родиною. Повернення до вживання може мати серйозні наслідки не лише для самих батьків, а й для дітей, родинних стосунків і громади загалом.

Фахівці соціальної роботи відіграють ключову роль у забезпеченні підтримки, що сприяє стабільному відновленню. Після реабілітації батьки часто стикаються з новими викликами: налагодження стосунків з дітьми, пошук житла, працевлаштування, подолання фінансових труднощів і стигма. Саме підтримка ФСР може створити фундамент для успішної адаптації.

Інтеграція міждисциплінарних послуг (соціального супроводу,

⁹⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide. Publications Office of the European Union. URL: https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009

⁹¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2022). National Strategy for Trauma-Informed Care Operating Plan. SAMHSA. URL: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/trauma-informed-care-operating-plan.pdf>

⁹² National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd ed.). NIH Publication No. 09–4180. URL: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508.pdf>

психосоціального консультування, допомоги в побутових і професійних питаннях, залучення до груп взаємодопомоги) знижує ризик рецидиву. Водночас важливо враховувати не лише медичні та поведінкові аспекти, а й соціальні зв'язки, активне батьківство та участь близького оточення.

Цей підрозділ висвітлює основні заходи попередження рецидивів, наголошуючи на ролі ФСР, ефективних інструментах втручання та створенні підтримувального середовища для батьків після завершення лікування або реабілітації.

У процесі ресоціалізації батьки стикаються з низкою викликів, що перешкоджають стабільному одужанню, адже повернення в соціальне середовище, де зберігаються фактори, що сприяли вживанню ПАР, часто супроводжується високим ризиком рецидиву⁹³. Середовище, яке не підтримує зміни, може активізувати старі патерни поведінки та спровокувати рецидив і нові епізоди вживання ПАР.

Психоемоційні труднощі, зокрема тривога, почуття провини перед дітьми, відчуття соціальної ізоляції та низька самооцінка, часто супроводжують етап після лікування⁹⁴. До цього додаються соціально-матеріальні чинники: відсутність стабільного житла, складнощі з працевлаштуванням, необхідність самотійно піклуватися про дитину без належної підтримки. Згідно з даними NIDA, саме сукупність психологічних і соціальних стресорів значно підвищує ризик повернення до вживання ПАР²³.

У цій ситуації надзвичайно важливою є присутність ФСР як стабілізаційного чинника – регулярний контакт з клієнтом, вміння реагувати на кризові ситуації, а також профілактична функція постійного супроводу створюють додатковий захисний простір, що сприяє підтримці змін і знижує ризик рецидиву. ФСР виступає також мотиваційним агентом – допомагає клієнту утримати фокус на цінностях тверезого життя і посилює його впевненість у власних силах³⁷.

Ефективні методи соціальної роботи включають мотиваційне інтерв'ю, кейс-менеджмент, а також розробку кризових планів. Останні мають передбачати чіткий алгоритм дій у разі виникнення ризику рецидиву, включно з особистими сигналами тривоги, механізмами самодопомоги й контактними даними підтримки⁹⁵. Особливу увагу також варто приділяти підключенню клієнтів до програм підтримки працевлаштування, юридичної допомоги й доступного житла.

Групи взаємодопомоги, як-от програма «12 кроків» або групи батьків у відновленні, довели свою ефективність як у зниженні рецидивів, так і в покращенні психосоціального функціонування⁹⁶. Залучення до наставництва теж є корисним – досвідчені одужуючі слугують прикладом

⁹³ William L. White. Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices. e Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services., 2008. 152 c. URL: <https://homelesshub.ca/sites/default/files/White.2008.pdf>

⁹⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2023). Mental Health Coping Resources for Children and Families. URL: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/2023-08/mental-health-coping-resources-children-families.pdf>

⁹⁵ Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach. New York: Guilford Press.

⁹⁶ Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. (2011). The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment. Alcohol Research and Health, 34(1), 1–10. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3860535/>

стабільного життя без ПАР, що сприяє нормалізації змін.

Варто також інтегрувати роботу з родиною: сімейне консультування, підтримка партнерів і дітей, залучення до спільного формулювання плану дій. Саме це забезпечує формування навколо клієнта соціального кола тверезості⁹⁷.

Моніторинг випадку в післяреабілітаційний період і/або в період після завершення лікування є не лише інструментом оцінки прогресу, але й методом підтримки змін. Він дозволяє як ФСР, так і клієнту своєчасно виявляти відхилення від обраного шляху, відстежувати позитивну динаміку й адаптовувати інтервенції до актуальних умов⁹⁸.

Змістовний моніторинг передбачає використання індикаторів, які фіксують і факт утримання від ПАР, і загальну стабілізацію сфер життя: участь у житті дитини, регулярність контактів з фахівцем, підтримка побутової функціональності, розвиток соціальних навичок. Суб'єктивні показники, наприклад, самооцінка, відчуття підтримки, емоційна стабільність, також мають враховуватися в процесі аналізу¹⁰¹.

Як показує практика, ефективним є поєднання самозвітів клієнтів, спостереження фахівця та оцінка родини або професійного оточення. Особливо важливо залучати клієнтів до самооцінювання змін – це підвищує відповідальність, сприяє саморефлексії та активізує внутрішню мотивацію²³.

Ефективна підтримка батьків після завершення реабілітації вимагає поєднання чутливості до змін, системного мислення та здатності до професійного самозбереження. Для цього ФСР варто орієнтуватися на такі принципи:

1. Розвивайте довіру, але зберігайте кордони. Надмірне включення в життя клієнта може спричинити емоційне виснаження. Довіра – ключова умова співпраці, однак це не означає, що ви доступні 24/7. Структурованість контакту знижує ризики вигорання⁹⁹.

2. Визнавайте й аналізуйте малі кроки. У роботі з батьками після залежності великий результат часто складається з низки мікрозмін: стабільний сон, уникнення тригерів, позитивна взаємодія з дитиною. Помічайте і фіксуйте їх – це джерело підтримки для клієнта й для вас як професіонала³⁷.

3. Уникайте професійної ізоляції. Супервізія, колегіальна підтримка, інтервізійні групи – не розкіш, а професійна необхідність. Вони дають змогу уникати хронічного стресу, переосмислювати виклики й відновлювати внутрішні ресурси¹⁰⁰.

⁹⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). Social Reintegration and Employment: Evidence and Interventions for Drug Users in Treatment. EMCDDA Insights. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

⁹⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). Making Treatment Count: Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work with Problem Drinkers. PDF manual. URL: <https://scotttmiller.com/wp-content/uploads/documents/MakingTreatmentCountPsychOz.pdf>

⁹⁹ Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout: A Multidimensional Perspective. In Burnout at Work: A Psychological Perspective (pp. 1–20). Routledge. URL: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780203741825-3/burnout-multidimensional-perspective-christina-maslach>

¹⁰⁰ National Association of Social Workers (NASW). (2013). Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders. Washington, DC: NASW Press. URL:

4. Не ідеалізуйте успішні результати. Рецидив або епізод вживання не означає провал ні для клієнта, ні для фахівця. Це частина процесу, яка дає змогу переоцінити ситуацію, змінити стратегію та повернути мотивацію¹⁰⁴.

§5.3. Методи самодопомоги, роль соціального оточення в підтримці сім'ї в післяреабілітаційний період

Завершення програми лікування або реабілітації є не остаточним етапом у процесі відновлення, а лише переходом до нової фази – життя поза структурованою системою підтримки. На цьому етапі батьки вперше опиняються перед необхідністю самостійно регулювати власний стан, ухвалювати рішення, долати стресові ситуації та повертатися до повноцінного соціального функціонування¹⁰⁴.

Найскладнішим викликом після завершення професійного супроводу є поступова втрата зовнішнього контролю і регулярного контакту з фахівцем. У клієнтів виникає потреба спиратися не лише на зовнішні ресурси, а й на внутрішні: навички самоспостереження, емоційної саморегуляції, здатність запобігати рецидиву самостійно або з допомогою неформального оточення¹⁰¹.

Паралельно активізується роль соціального оточення: родини, друзів, громади. Вони можуть як підтримати адаптацію клієнта, так і, навпаки, стати фактором ризику рецидиву в разі деструктивної взаємодії. Саме тому розвиток навичок самодопомоги й робота з соціальним контекстом мають розглядатися як ключові напрями післяреабілітаційної підтримки²³.

На етапі підтримки досягнутих змін поведінки й розвитку самостійної опори ключову роль відіграють внутрішні ресурси людини (навички саморегуляції, самоспостереження, планування) й оточення (рідні, друзі, громада). Завдання фахівців соціальної роботи – сприяти зміцненню обох векторів: допомогти батькам опанувати методи самодопомоги та залучити соціальне середовище до конструктивної підтримки (див. § 3.2).

Основні стратегії самодопомоги для батьків у період після реабілітації¹⁰²:

- **Ведення щоденника самоспостереження.** Допомагає відстежувати думки, емоції, поведінкові реакції, виявляти тригери й формувати усвідомлене ставлення до себе. Базується на методах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) – науково обґрунтованого підходу, ефективність якого доведено в численних дослідженнях¹⁰³. За

<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=ICxAggMy9CU%3D>

¹⁰¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). Self-Care and Recovery: Empowering Clients to Maintain Sobriety Post-Treatment. URL: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep24-02-004.pdf>

¹⁰² УПРАВЛІННЯ СТРЕСОМ ТА САМОДОПОМОГА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ЗПТ. Посібник із управління стресом та самодопомоги при розладах вживання психоактивних речовин для пацієнтів замісної підтримуючої терапії (у цивільному житті, під час бойових дій та при поверненні до цивільного життя) Карачевський А.Б., Климчук В.О., Горбунова В.В., 2023 <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/CROP.pdf>

¹⁰³ Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. Research Corner. URL: <https://beckinstitute.org/cbt->

потреби записи можна обговорювати з фахівцем або психотерапевтом, які володіють методом КПТ.

- **Практики емоційної саморегуляції.** Дихальні вправи, техніки заземлення, медитація, фізична активність сприяють зниженню тривожності й запобігають імпульсивним діям¹⁰⁴.
- **Фізична активність.** Регулярні заняття спортом або рухливими видами діяльності (прогулянки, йога, плавання, фітнес тощо) зменшують рівень стресу, стабілізують емоційний стан, покращують сон і загальний тонус¹⁰⁵. Фізична активність також сприяє закріпленню нових здорових звичок, формує нове коло спілкування і підсилює мотивацію до змін. Це природне джерело дофаміну, що є особливо цінним після періоду вживання ПАР.
- **Планування ризикованих ситуацій**¹⁰⁶. Це ключовий компонент моделі запобігання рецидиву, розробленої Г. Марлаттом і Дж. Гордоном. Вона також базується на принципах КПТ. Модель розглядає рецидив як процес і пропонує завчасно визначати тригери (стрес, конфлікти, контакти з особами з минулого, що нагадують про вживання), формувати стратегії реагування і розвивати навички подолання. Такий підхід підвищує здатність до самоконтролю та знижує ризик повернення до вживання.
- **Формування стабільного розпорядку дня.** Чіткий графік сну, харчування, занять і дозвілля знижує ризик дезорганізації та посилює відчуття контролю над життям.
- **Підтримка тверезого оточення.** Уникання контактів з особами, пов'язаними з минулим вживанням, і створення безпечного соціального простору.
- **Залучення до груп взаємодопомоги**¹⁰⁷. Участь у групах, як-от Анонімні алкоголіки (АА), Анонімні наркомани (АН)¹⁰⁸ або SMART Recovery¹⁰⁹ (навчання самоменеджменту й відновленню), сприяє відчуттю приналежності, мотивує і забезпечує підтримку з боку людей зі схожим досвідом.

Після реабілітаційний етап потребує не лише підтримки з боку ФСР та інших залучених до випадку спеціалістів, а й перш за все, активної участі самої людини в збереженні досягнутих змін. Одним із ключових завдань ФСР на цьому етапі є своєчасне та доступне інформування клієнтів про наявні можливості допомоги, до яких вони можуть звертатися самостійно.

[resources/resources-for-professionals-and-students/research-corner/](#)

¹⁰⁴ World Health Organization. (2022). Illustrated Guide: Coping Skills During Times of Stress. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

¹⁰⁵ Pichè, F., et al. (2024). Physical activity during treatment for substance use disorder: A qualitative study. *Mental Health and Physical Activity*, 26, 100590. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2024.100590>

¹⁰⁶ Stotts, A.L., & Witkiewitz, K. (2019). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Journal of Addictive Disorders*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/>

¹⁰⁷ American Addiction Centers. (2025). Group Therapy vs Individual Therapy: Uses, Benefits & Effectiveness. URL: <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>

¹⁰⁸ Narcotics Anonymous. (n.d.). Welcome to NA. URL: <https://na.org/>

¹⁰⁹ SMART Recovery. (n.d.). Self-Management and Recovery Training. URL: <https://smartrecovery.org.ua/>

Клієнт має розуміти: просити про допомогу – не ознака слабкості, а вияв відповідальності й турботи про себе і своїх близьких. Дуже важливо зняти бар'єри для самозвернень і сформуванню в батьків уявлення про допомогу як про природну частину процесу відновлення.

ФСР варто подбати про те, щоб клієнт:

- отримав інформацію про доступні ресурси: місця, установи й організації, спеціалістів, послуги та інше, до яких або за якими можна звернутися в разі труднощів (як державні, так і неурядові; очно й онлайн);
- знав, як саме відбувається звернення: куди телефонувати, як записатися, які документи потрібні, скільки це коштує або чи є послуги безоплатними (може провести навчання за потреби);
- усвідомлював, що повторне звернення – це нормальний і передбачуваний етап у процесі змін, а не ознака провалу чи повернення на нульовий рівень;
- відчував підтримку, навіть якщо супровід завершено – через періодичні короткі контакти, нагадування про ресурси або рекомендації щодо подальших кроків.

Також важливо підкреслювати, що не всі труднощі варто долати самотійно. Погіршення емоційного стану, тривожність, повернення до старих звичок, конфлікти в родині чи втрата мотивації – сигнали, що потребують уваги фахівця. У таких випадках варто звернутися до лікаря-нарколога, психіатра, сімейного лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста.

Післяреабілітаційний супровід – це не лише запобігання рецидиву, а й підтримка на етапі формування нової якості життя, де батько чи мати повертає собі активну роль у родині та суспільстві. У цьому процесі особливе значення має орієнтація на самозвернення як на стратегію посилення відповідальності за власне відновлення і розвиток внутрішньої опори. ФСР та інші фахівці, залучені до підтримки клієнта, мають інформувати, надавати практичні інструменти самопомоги, навички саморегуляції та чіткі алгоритми дій. Саме такий підхід створює основу для сталих змін і довготривалого відновлення.

ВИСНОВКИ Й РЕКОМЕНДАЦІЇ

Проблема вживання ПАР у сім'ях з дітьми є складним соціальним викликом, який вимагає комплексного міжвідомчого реагування, чутливого до потреб як дорослих, так і дітей. Досвід практичної роботи показує, що фахівці соціальної сфери часто опиняються на передовій взаємодії з такими сім'ями, і від їхніх дій, уміння встановити контакт, забезпечити переадресацію та супровід залежить не добробут і безпека дитини.

Це Керівництво системно висвітлює ключові аспекти роботи з батьками, які мають досвід вживання ПАР. У ньому розкрито нормативно-правові засади й алгоритми міжвідомчої взаємодії та практичні підходи до раннього виявлення, скринінгу, супроводу на етапах лікування, реабілітації та профілактики рецидивів. Окрему увагу приділено мотиваційним технікам, емпатійній і ненасильницькій комунікації, а також моделі змін поведінки, яка дає змогу будувати індивідуальну стратегію підтримки для кожної сім'ї.

Узагальнюючи зібрані матеріали та практичний досвід, можна виокремити такі ключові висновки й рекомендації для фахівців:

1. Робота з батьками, які мають проблему вживання ПАР, має базуватися на принципах міждисциплінарної взаємодії та індивідуального підходу. Це означає, що жодна установа не може ефективно діяти у відриві від інших – співпраця між соціальними службами, закладами охорони здоров'я, освітніми інституціями, правоохоронними органами й громадським сектором є критично важливою.
2. Ефективна допомога неможлива без побудови довірливих відносин між фахівцем і батьками. Емпатія, повага до особистого простору й гідності людини, а також ненасильницьке спілкування створюють основу для того, щоб людина в кризовій ситуації відчувала безпеку й отримала мотивацію до змін.
3. Ключовим завданням фахівців є не лише скерування до відповідних послуг, а й супровід упродовж усього процесу – від першого звернення до періоду після лікування. Саме постійна присутність фахівця та його підтримка підвищують шанси на сталі позитивні зміни в поведінці батьків.

Окремої уваги заслуговує важливість уникнення стигматизуючих формулювань, використання актуальної та підтримувальної мови, що визнає ресурси й потенціал особи, а не зосереджується виключно на її проблемах.

У контексті вищезазначеного рекомендується:

- забезпечувати регулярне підвищення кваліфікації фахівців соціальної сфери з ПАР, мотиваційного інтерв'ю, ведення випадку й профілактики рецидивів;
- формувати й оновлювати локальні карти ресурсів: контакти державних і недержавних закладів, реабілітаційних центрів, ініціатив громадських організацій;
- розвивати мультидисциплінарні команди для роботи з сім'ями в складних життєвих обставинах;

- інституціоналізувати підходи, описані в моделі SBIRT, як інструмент системного реагування в соціальній роботі;
- впроваджувати практики супервізії та професійної підтримки фахівців, які працюють із темами високого емоційного навантаження.

Підсумовуючи, варто наголосити, що випадки батьків із досвідом залежності потребують особливо чутливого й комплексного підходу з боку фахівців соціальної сфери. Завдання полягає не лише в забезпеченні безпеки дитини, а й у створенні умов для поступової трансформації батьківської поведінки з урахуванням усіх наявних ресурсів, бар'єрів і контексту конкретної сім'ї.

Ефективна підтримка вимагає терплячого, міждисциплінарного та послідовного супроводу. Вона включає інтервенції, спрямовані на подолання залежності, відновлення батьківського потенціалу, формування навичок відповідального догляду, а також зміцнення мотивації до змін. У цьому процесі ключову роль відіграє людяність, емпатія, а також здатність фахівця зберігати професійну дистанцію, водночас залишаючись джерелом підтримки для сім'ї.

Сподіваємося, що це Керівництво стане для фахівців практичним орієнтиром у роботі з такими випадками, а також підґрунтям для подальшого вдосконалення підходів, інструментів і практик. Навіть у складних та неоднозначних ситуаціях важливо зберігати фокус на добробуті дитини й вірити в можливість змін — за умови системної, професійної та злагодженої роботи.



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. *wdr.unodc.org*. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
2. European Union Drug Agency. European Drug Report 2024: Trends and Developments. *European Union Drug Agency*. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en.
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Національне дослідження STEPS в Україні. <https://www.phc.org.ua/>. Дослідження з неінфекційних захворювань. URL: <https://www.phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini>.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019. *wdr.unodc.org*. URL: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
5. Під маскою турботи: звіт за результатами аналізу ситуації в будинках дитини, 2020. - Київ, 143 с. URL: <http://hopeandhomes.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zvit-PID-MASKOIu-TURBOTY.pdf>
6. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019, № 2671-VIII станом на 15.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
7. Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах: Наказ Міністерства соціальної політики України від 13.07.2018, № 1005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0943-18#Text>
8. Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.09.2009, № 866 станом на 13.05.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/866-2008-%D0%BF#Text>
9. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг: Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020, № 429 станом на 29.08.2024 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>
10. Національна служба здоров'я України. ОГОЛОШЕННЯ про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за пакетом «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» від 7 березня 2025 року. nszu.gov.ua. Контрактування 2025. 07.03.2025. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/ogoloshennya-2025/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv-pro-medichne-obslug100>.
11. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.01.2025, № 84. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a85db8eb-a3e8-47e2-a09c-00860072f9ee/dn_84_13012025_dod.pdf
12. Національна служба здоров'я України. ОГОЛОШЕННЯ за пакетом «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами» від 16 травня 2025 року. nszu.gov.ua. Контрактування 2025. 07.03.2025. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/ogoloshennya-2025/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv-pro-medichne-obslug123>

13. Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України: Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 09.09.2005, № 1965. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05#Text>
14. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorder / World Health Organization. Geneva, 2024. 334 с. ISBN 978-92-4-009674-5. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf>
15. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Залежність від психоактивних речовин. <https://phc.org.ua/>. *Контроль захворювань*. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin>
16. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/en/>
17. Casey Family Programs. How can families affected by substance use disorder safely stay together?. <https://www.casey.org/>. *Resources*. 24.03.2024. URL: <https://www.casey.org/substance-use-disorders-keep-families-together/>.
18. Yang L., Wang H. Maternal cigarette smoking before or during pregnancy increases the risk of birth congenital anomalies: a population-based retrospective cohort study of 12 million mother-infant pairs. *BMC Medicine*. 2024. URL: https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02196-x?utm_.
19. Mayo Clinic. Fetal alcohol syndrome. <https://www.mayoclinic.org/>. *Diseases & Conditions*. 13.06.2024. URL: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901?utm_.
20. План Коломбо – Консультативна програма щодо проблем, пов'язаних з наркотиками. Загальна навчальна програма з лікування (UTC). Серія курсів базового рівня: КУРС № 4 – Базові навички консультування для фахівців з лікування розладів, внаслідок вживання психоактивних речовин – посібник викладача – 3-тє видання, 2017.
21. World Health Organization. No level of alcohol consumption is safe for our health. <https://www.who.int/>. *News*. 04.01.2023. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>.
22. Drinking guidelines supporting health and life / Here To Help. 8 с. URL: <https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/drinking-guidelines-supporting-health-and-life-series.pdf>.
23. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Чому варто відмовитись від алкоголю. <https://www.phc.org.ua/>. *Новини та публікації*. 12.03.2021. URL: <https://www.phc.org.ua/news/chomu-varto-vidmovitis-vid-alkogolyu>.
24. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext).
25. Health Knowledge. Course: SBIRT for Health and Behavioral Health Professionals. *Health Knowledge. Course*. URL: <https://www.healthknowledge.org/course/view.php?id=730>.
26. The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative / J. Gryczynski та ін. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011. вип. 118. С. 152–157. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871611001384>
27. Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial / P.

- Bruguera та ін. *Academic Emergency Medicine*. 2018. вип. 25. С. 517–525. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13384>.
28. Office of Addiction Services and Supports. SBIRT: Screening, Brief Intervention & Referral to Treatment. *Office of Addiction Services and Supports. Clinical Support*. URL: <https://oasas.ny.gov/sbirt>.
 29. Department of Family Medicine at Oregon Health and Science University. Screening forms. *SBIRT Oregon. Screening forms*. URL: <https://www.sbirthoregon.org/screening-forms/>.
 30. Saunders J. B. CHECK YOUR DRINKING: An interactive self-test. *Alcohol Use Disorders Identification Test. CHECK YOUR DRINKING*. URL: <https://auditscreen.org/check-your-drinking/>.
 31. National Institute of Drug Abuse. NIDAMED Screening Tools and Prevention. <https://nida.nih.gov/>. URL: <https://gwep.usc.edu/wp-content/uploads/2019/11/DAST-10-drug-abuse-screening-test.pdf>.
 32. Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
 33. Конвенція ООН про права дитини: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 27.11.1990, станом на 27.11.1995. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/48421/file/Convention_childrens_rights.pdf.
 34. Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 369–385.
 35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Mental Health Coping Resources for Children and Families. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://www.samhsa.gov/mental-health/children-and-families/coping-resources>.
 36. Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy. Chapter 3—Family Counseling Approaches / National Center for Biotechnology Information. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571080/>.
 37. Casey Family Programs. How can the child welfare system support families affected by substance use disorder? *casey.org. Resources*. 23.08.2023. URL: <https://www.casey.org/substance-use-disorder-strategies/>.
 38. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Words Matter: How Language Choice Can Reduce Stigma. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Words-Matter-How-Language-Choice-Can-Reduce-Stigma.pdf>.
 39. World Health Organization. (2016). Management of substance abuse: Co-morbid mental and substance use disorders URL: <https://www.who.int>
 40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Trauma and Violence. <https://www.samhsa.gov>. URL: <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
 41. World Health Organization. Depression. <https://www.who.int/>. *Health topics*. URL: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.
 42. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*. 2003. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583691/>.
 43. Validation of generalized anxiety disorder-2 as a screening tool for generalized anxiety disorder in the primary health care setting: study protocol / M. J. M. A. Tamimi та ін. *International Journal of Clinical Trials*. 2021. С. 152–155. URL: https://www.researchgate.net/publication/351372775_Validation_of_generalized_anxiety_disorder2_as_a_screening_tool_for_generalized_anxiety_disorder_in_the_primary_health_care_setting_study_protocol.

44. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. <https://www.who.int/.Publications/Overview>. 09.03.2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
45. National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Use and Addiction: The Basics. [https://archives.nida.nih.gov/.Media Guide](https://archives.nida.nih.gov/.Media%20Guide). URL: <https://archives.nida.nih.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>.
46. Sumnall H., Brotherhood A. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Spain, 2012). URL: https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en.
47. Дніпропетровський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. Медичні наслідки наркоманії. <https://dniprophc.com.ua/>. URL: <https://dniprophc.com.ua/gromadyanam/promoc%D1%96ya-zdorovya/borotba-z%D1%96-shk%D1%96dlivimi-zvichkami/medical-consequences-of-drug-addiction/>.
48. European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Spain, 2011. 292 с. URL: https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf.
49. World Health Organization. Maternal mental health interventions to improve child development. <https://www.who.int/>. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/child-and-adolescent-mental-disorders/maternal-mental-health-interventions-to-improve-child-development>
50. UNICEF and WHO Joint Programme on Mental Health and Psychosocial Well-being and Development of Children and Adolescents / World Health Organization, UNICEF. 2025. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/joint-programme/joint-programme---summary-report-02.06.2025.pdf?sfvrsn=d6c085d6_5&download=true.
51. Iriss. (2019). Parental substance misuse and social worker intervention. URL: <https://www.iriss.org.uk/resources/esss-outlines/parental-substance-misuse-and-social-worker-intervention>
52. Working together to safeguard children - statutory guidance. <https://www.gov.uk/>. *Parenting, childcare and children's services / Safeguarding and social care for children*. 26.03.2015. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children--2>.
53. The Administration for Children and Families. Toxic Stress. <https://acf.gov/>. URL: <https://acf.gov/trauma-toolkit/toxic-stress>.
54. SAMHSA. (2019). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63: Medications for Opioid Use Disorder. URL: <https://library.samhsa.gov/product/tip-63-medications-opioid-use-disorder/pep21-02-01-002>
55. International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition / United Nations Office Of Drugs and Crime, World Health Organization. Vienna, Austria, 2018. 60 с. URL: https://www.drugsandalcohol.ie/30048/1/UNODC-WHO_2020_updated_prevention_standards.pdf.
56. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017, № 1018-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-koncepciyi-rozvit>.
57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Counseling Approaches to Promote Recovery from Problematic Substance Use

and Related Issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 65. Rockville, MD: SAMHSA, 2023.

58. Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012, № 200.
59. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). Incorporating peer support into substance use disorder treatment services (TIP 64). U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/product/TIP-64-Incorporating-Peer-Support-Into-Substance-Use-Disorder-Treatment-Services/SMA23-5124>
60. International standards for the treatment of drug use disorders / World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. Switzerland, 2020. 112 с. URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf.
61. Public Health Agency. (2020). DA Evidence Scoping 2020 – Low Threshold Service. Доступно за посиланням: URL: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/2020-10/DA%20Evidence%20scoping%202020%20-Low%20Threshold%20Service.pdf>
62. Best 2024 Guide to the Duties of a Mental Health and Substance Abuse Social Worker. (2024). Social Work Portal. URL: <https://www.socialworkportal.com/substance-abuse-social-workers/>
63. Національна служба здоров'я України. Протокол надання допомоги при залежності від психоактивних речовин. – Київ: НСЗУ, 2020. – 30 с. <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Про%20затвердження%20клінічних%20протоколів%20надання%20медичної%20допомоги%20зі%20спеціалізації%20наркологія.pdf>
64. Суліцький В., Швед О. (2023). Консультування в соціальній роботі: навчально-методичний посібник. Київ. 240 с. URL: https://www.researchgate.net/publication/377029172_KONSULTUVANNA_V_SOCIAL_NIJ_ROBOTI_navcalno-metodicnij_posibnik
65. Bellet, P.S., & Maloney, M.J. (October 1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA, 266(13), 1831–1832.
66. Ekman, P. (2007). Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life (2nd ed.). New York, NY: Henry Holt and Company.
67. Social Work Test Prep. (2023). The principles of active listening and observation. URL: <https://socialworktestprep.com/blog/2023/december/06/the-principles-of-active-listening-and-observation/?srsltid=AfmBOoqQvCpFJWoboZvVPFrLFcJ8U7WyQn9HzZzoNQqrSP8hRgVBbQRk&utm>
68. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390–395. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6863699/>
69. Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.
70. EU Drugs Agency (EUDA). (n.d.). Compulsory drug treatment to reduce recidivism. URL: https://www.euda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/compulsory-drug-treatment-reduce-recidivism_en
71. Massachusetts Department of Public Health. (2016). An Assessment of Opioid-Related Deaths in Massachusetts (2013–2014). URL: <https://www.mass.gov/doc/chapter-55-report/download>

72. Rafful, C., et al. (2018). Increased non-fatal overdose risk associated with involuntary drug treatment in a longitudinal study with people who inject drugs. *Addiction*, 113(6), 1066–1073. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14159>
73. Rabia Bilici et al. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 10. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4155996/>
74. 1) Effectiveness and feasibility of a motivational interviewing intake (MII) intervention for increasing client engagement in outpatient addiction treatment: an effectiveness-implementation hybrid design protocol. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 12. URL: <https://ascpjournals.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-023-00412-y>
 2) Motivational Interviewing Interventions for Harmful Substance Use Amongst Adults in Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Systematic Review. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.09.15.23295607v1>
75. Відновлення лікування та формування прихильності до АРТ у людей, які живуть з ВІЛ, на основі клієнт-орієнтованого підходу: Робочі матеріали для соціальних працівників і кейс-менеджерів з питань лікування. Діжа І., Виноградова О., Варбан М., Ковальчук К., Валова Л., Гайдук Ю., БО «100% Життя», 2021. <https://prozdorovia.in.ua/wp-content/uploads/2021/11/posibnyk.pdf>
76. World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Principles of Drug Dependence Treatment*. 32 c. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/principles-of-drug-dependence-treatment>
77. The Colombo Plan Drug Advisory Programme (DAMP). (2020). *The Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorders: Advanced Level Participant Manual – Contingency Management: A Reinforcement-Based Treatment* (2nd ed.). Colombo Plan DAMP. URL: https://f001.backblazeb2.com/file/universal-curricula/UTC/Advanced/UTC13/en/2020/UTC%2013_Participant_Manual_2020_ISSU_P.pdf?Authorization=3_20250619100547_7db1e6d255672844af95297d_711f8bd9a507b6b3edace6549267a87a64a05b78_001_20250619111547_0067_dnlid
78. Global Coalition to Address Synthetic Drug Threats & UNODC. (2021). *Evidence-based family skills training: Build Resilience through Family Skills Training*. URL: <https://www.globalcoalition.us/node/51>
79. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *SMART Goal Setting Guide*. URL: <https://healthandlearning.org/wp-content/uploads/2019/12/writing-SMART-objectives-CDC.pdf>
80. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *TIP 39: Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. URL: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/tip-39-treatment-family-therapy-pep20-02-02-012.pdf>
81. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2007). *Drug misuse: psychosocial interventions (Clinical guideline CG51)*. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>
82. EMCDDA. (2017). *European Drug Report: Trends and Developments*. URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>
83. Department for Education (UK). (2011). *The Munro Review of Child Protection: Final Report*. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7b455ee5274a34770ea939/Munro-Review.pdf>
84. Triple P International. (2020). *Positive Parenting Program*. URL: <https://www.triplep.net/glo-en/home/>

85. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (n.d.). Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention. URL: https://syntheticdrugs.unodc.org/uploads/syntheticdrugs/res/library/prevention.html/Guide_to_implementing_family_skills_training_programmes_for_drug_abuse_prevention.pdf
86. Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children. *Social Work in Public Health*, 28(3), 194–205. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3725219/>
87. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Publication ID: SMA15-4420). SAMHSA. URL: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4420.pdf>
88. Bowlby, J. (1988). A SECURE BASE Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. URL: [https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13_Bowlby_\(EN-only\)_20170920_HU_final.pdf](https://www.increaseproject.eu/images/DOWNLOADS/IO2/HU/CURR_M4-A13_Bowlby_(EN-only)_20170920_HU_final.pdf)
89. World Health Organization. (2022). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications-detail->
90. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide. Publications Office of the European Union. URL: https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009
91. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2022). National Strategy for Trauma-Informed Care Operating Plan. SAMHSA. URL: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/trauma-informed-care-operating-plan.pdf>
92. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd ed.). NIH Publication No. 09–4180. URL: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508.pdf>
93. William L. White. Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices. e Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services., 2008. 152 c. URL: <https://homelesshub.ca/sites/default/files/White.2008.pdf>
94. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2023). Mental Health Coping Resources for Children and Families. URL: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/2023-08/mental-health-coping-resources-children-families.pdf>
95. Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach. New York: Guilford Press.
96. Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. (2011). The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment. *Alcohol Research and Health*, 34(1), 1–10. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3860535/>
97. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). Social Reintegration and Employment: Evidence and Interventions for Drug Users in Treatment. EMCDDA Insights. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en
98. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). Making Treatment Count: Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work with Problem Drinkers. PDF manual. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/MakingTreatmentCountPsychOz.pdf>

99. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout: A Multidimensional Perspective. In *Burnout at Work: A Psychological Perspective* (pp. 1–20). Routledge. URL: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780203741825-3/burnout-multidimensional-perspective-christina-maslach>
100. National Association of Social Workers (NASW). (2013). *Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders*. Washington, DC: NASW Press. URL: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=ICxAggMy9CU%3D>
101. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). *Self-Care and Recovery: Empowering Clients to Maintain Sobriety Post-Treatment*. URL: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep24-02-004.pdf>
102. УПРАВЛІННЯ СТРЕСОМ ТА САМОДОПОМОГА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ЗПТ. Посібник із управління стресом та самодопомоги при розладах вживання психоактивних речовин для пацієнтів замісної підтримуючої терапії (у цивільному житті, під час бойових дій та при поверненні до цивільного життя) Карачевський А.Б., Климчук В.О., Горбунова В.В., 2023 <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/CROP.pdf> Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. Research Corner. URL: <https://beckinstitute.org/cbt-resources/resources-for-professionals-and-students/research-corner/>
103. World Health Organization. (2022). *Illustrated Guide: Coping Skills During Times of Stress*. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
104. Pichè, F., et al. (2024). Physical activity during treatment for substance use disorder: A qualitative study. *Mental Health and Physical Activity*, 26, 100590. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2024.100590>
105. Stotts, A.L., & Witkiewitz, K. (2019). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Journal of Addictive Disorders*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/>
106. American Addiction Centers. (2025). *Group Therapy vs Individual Therapy: Uses, Benefits & Effectiveness*. URL: <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>
107. Narcotics Anonymous. (n.d.). Welcome to NA. URL: <https://na.org/>
108. SMART Recovery. (n.d.). *Self-Management and Recovery Training*. URL: <https://smartrecovery.org.ua/>

ДОДАТКИ

Додаток 01. Класифікація ПАР

Класифікація ПАР	
Опіоїди	Натуральні: морфін, кодеїн.
	Напівсинтетичні: героїн, оксикодон.
	Синтетичні: фентаніл, метадон.
Стимулятори	Амфетамін, метамфетамін, кокаїн, модафініл, кофеїн (у високих дозах), «енергетики» (у надмірній кількості).
	Медичні препарати: метилфенідат (Риталін), декстроамфетамін.
Галюциногени	Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД), псилоцибін (гриби), мескалін (пейотль), диметилтриптамін (DMT), кетамін, саломін-D.
	Деякі синтетичні канабіноїди у високих дозах також можуть викликати галюцинації.
Канабіноїди	Природні: тетрагідроканабінол (ТГК, основна психоактивна речовина канабісу), канабідіол (КБД).
	Рослинні джерела: марихуана, гашиш.
	Синтетичні канабіноїди: Spice/ K2 (синтетичний канабіноїд)
Депресанти	Алкоголь (етанол): пиво, вино, горілка, коньяк тощо.
	Бензодіазепіни: діазепам, алпразолам.
	Барбітурати: фенobarбітал, амobarбітал, буталбітал, секобарбітал, пентobarбітал.
	Снодійні засоби на основі гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК).
	Деякі антигістамінні препарати.
Інгалянти	Побутові та промислові хімікати: ацетон, бензин, клей, розчинники, фарби, фреони.
	Нітритні інгалянти (так звані «поперси»).

Додаток 02. Вплив ПАР на поведінку в стані гострої інтоксикації

Вплив ПАР на поведінку в стані гострої інтоксикації	
Опіоїди	Відчуття ейфорії та задоволення. Зниження больових відчуттів. Сонливість, апатія. Уповільнені реакції та мовлення. Можлива соціальна ізоляція.
Стимулятори	Підвищена активність, енергійність, збудження. Балакучість, прискорене мислення. Підвищена самооцінка. Агресивність або ворожість (за надмірного вживання). Безсоння.
Галюциногени	Змінене сприйняття реальності, простору, часу. Емоційні коливання: від ейфорії до страху або паніки. Порушення логічного мислення. Здатність до самопошкодження через втрачене відчуття реальності.
Канабіноїди	Стан розслаблення, ейфорія. Посилене сприйняття звуків, кольорів, часу. Зниження концентрації та уваги. Іноді параноя, тривожність.
Депресанти	У малих дозах: розслаблення, зниження тривоги, підвищення настрою. У середніх і високих дозах: порушення координації, мовлення, зниження самоконтролю, агресія або апатія, порушення свідомості до коми. За тривалого вживання: зміни особистості, депресивні стани.
Інгалянти	Ейфорія, збудження. Запаморочення, втрата координації. Стан сп'яніння, подібний до алкогольного, але менш стабільний. Галюцинації (в окремих випадках).

Додаток 03. Характерні соматичні ознаки інтоксикації внаслідок вживання ПАР

Характерні ознаки вживання ПАР	
Опіоїди	Звужені зіниці (міоз). Повільне дихання. Свербіж шкіри. Нудота або блювання. Сліди від ін'єкцій (за внутрішньовенного вживання).
Стимулятори	Розширені зіниці. Прискорене серцебиття. Пітливість, сухість у роті. Нервозність, тривожність. Порушення апетиту.
Галюциногени	Розширені зіниці. Дивна або непрогнозована поведінка. Зорові або слухові галюцинації. Неконтрольований сміх або плач. Порушення координації.
Канабіноїди	Почервоніння очей. Підвищений апетит. Уповільнене мовлення і рухи. Неконтрольований сміх або млявість. Запах диму на одязі, волоссі.
Депресанти	Запах алкоголю з рота (за вживання спиртовмісних засобів). Порушення координації та рівноваги. Зниження гальмівних реакцій, балакучість, або навпаки – загальмованість. Почервоніння обличчя. Погіршення пам'яті в період сп'яніння (провали в пам'яті).
Інгалянти	Хімічний запах із рота або від одягу. Почервоніння обличчя, склоподібний погляд. Головний біль, нудота. Поведінка, що нагадує алкогольне сп'яніння. Виявлення використаної тари, пакетів із залишками хімікатів.

Додаток 04. Характерні ознаки синдрому відміни

Характерні ознаки синдрому відміни	
Опіоїди	Інтенсивне бажання вжити речовину. Дратівливість, тривожність. М'язові болі, спазми. Підвищене потовиділення. Нудота, діарея. Розширені зіниці (мідріаз).
Стимулятори	Депресія з високим ризиком суїцидальної поведінки. Дратівливість, тривожність. Втома. Безсоння або надмірна сонливість. Психомоторна ажитація. Психотичні стани з психомоторним збудженням, маячними ідеями переслідування і галюцинаціями.
Галюциногени	У більшості випадків фізична залежність не формується. Можливе емоційне спустошення, тривога, депресія. Психологічна залежність у вигляді бажання повторити досвід.
Канабіноїди	Дратівливість, тривожність. Порушення сну. Зниження апетиту. Потяг до речовини.
Депресанти	Тремор рук, пітливість. Нудота або блювота, тахікардія Тривожність, дратівливість. Безсоння, галюцинації. Судоми (у тяжких випадках). Делірій (алкогольний психоз).
Інгалянти	Дратівливість, тривожність. Тремор, безсоння. Депресивні стани. В окремих випадках — судоми.

Додаток 05. Небезпечні взаємодії з іншими ПАР

Небезпечні взаємодії з іншими ПАР						
	Опіоїди	Стимулятори	Галюциногени	Канабіноїди	Депресанти	Інгаланти
Опіоїди	Збільшення ризику передозування.	Підвищене навантаження на серцево-судинну систему, ризик аритмій і судом.	Порушення оцінки простору й часу, психотичні стани, сплутаність свідомості, прискорене серцебиття, блювання.	Ризик пригнічення дихання, підсилюють токсичну дію опіоїдів.	Надмірна сонливість, нечіткість мови, пригнічення дихання, утруднення мислення, високий ризик летальності.	Пригнічення дихального центру, що призводить до зупинки дихання, зупинки серця, втрати свідомості або раптової смерті.
Стимулятори	Підвищене навантаження на серцево-судинну систему, ризик аритмій і судом.	Критичне навантаження на серцево-судинну систему.	Ризик психозу, підвищення тиску й температури тіла.	Сплутаність, дратівливість, відчуття втрати контролю, посилення тривожності, непередбачуван а поведінка, прискорення серцебиття.	Маскування ефекту сп'яніння, що веде до передозування.	Підвищене навантаження на серцево-судинну систему.
Галюциногени	Порушення оцінки простору й часу, психотичні стани,	Ризик психозу, підвищення тиску й температури	Посилення галюцинацій, втрата контролю.	Можуть призвести до посилення, зміни або	Пригнічення дихання, посилення паніки.	Сплутаність свідомості, відчуття відокремлення від

	сплутаність свідомості, прискорене серцебиття, блювання.	тіла.		непередбачуваності психоактивного ефекту.		тіла, посилення зорових галюцинацій, аритмія, нестабільне дихання, судомни, раптова смерть.
Канабіноїди	Ризик пригнічення дихання, підсилюють токсичну дію опіоїдів.	Сплутаність, драгівливість, відчуття втрати контролю, посилення тривожності, непередбачуван а поведінка, прискорення серцебиття.	Можуть призвести до посилення, зміни або непередбачуваності психоактивного ефекту.	Труднощі з диханням, сильна гіпертермія, нерегулярний пульс, гостре ураження нирок, депресія та психози.	Посилення седативного ефекту, порушення координації.	Посилення токсичної дії інгредієнтів, посилення паніки, непередбачувана поведінка, високий ризик раптової смерті
Депресанти	Надмірна сонливість, нечіткість мови, пригнічення дихання, утруднення мислення, високий ризик летальності.	Ефекти маскують один одного, що збільшує ризик передозування.	Пригнічення дихання, посилення паніки.	Посилення седативного ефекту, порушення координації.	Посилення токсичного ефекту, надмірна сонливість, нечіткість мови, пригнічення дихання, утруднення мислення, висока вірогідність летальних випадків.	Посилення токсичної дії один одного, пригнічення дихання та серцевої діяльності.

Інгаланти	Пригнічення дихального центру, що призводить до зупинки серця, втрати свідомості або раптової смерті.	Підвищене навантаження на серцево-судинну систему.	Сплутаність свідомості, відчуття відокремлення від тіла, посилення зорових галюцинацій, аритмія, нестабільне дихання, судоми, раптова смерть.	Посилення токсичної дії інгальнтів, посилення паніки, непередбачуван а поведінка, високий ризик раптової смерті.	Посилення токсичної дії один одного, пригнічення дихання та серцевої діяльності.	Посилення токсичного ефекту.

Додаток 06. Запобігання передозуванню ПАР

Запобігання передозуванню ПАР	
Опіоїди	Приймати налоксон як антидот за передозування. Навчити близьких розпізнавати ознаки передозування. Уникати вживання опіоїдів у поєднанні з іншими депресантами. Дотримуватися призначених доз за медичного використання.
Стимулятори	Уникати змішування з алкоголем або іншими стимуляторами. Спостерігати ознаки серцевої недостатності, тривожності або психозу. За появи галюцинацій або порушення дихання – негайно звернутися до лікаря.
Галюциногени	Забезпечити безпечне середовище (особливо важливо). У випадку серйозних психічних реакцій – звернутися до медиків (можливе застосування седативних препаратів).
Канабіноїди	Хоча передозування класичним канабісом рідко загрожує життю, за вживання синтетичних аналогів можуть виникати тяжкі наслідки – аж до зупинки серця. Уникати вживання в незнайомому середовищі чи з невідомими речовинами. У разі появи галюцинацій, сильного страху, прискореного серцебиття – звернутися по медичну допомогу.
Депресанти Снодійні, седативні, анксіолітичні препарати	Спостерігати за рівнем порушення свідомості (від сонливості до ступору й коми), розладами мислення (невиразна мова), поведінки та координації рухів (хитка хода, погана координація рухів, агресивність тощо) У разі сильної інтоксикації – не залишати людину на самоті, перевіряти дихання. За перших ознак втрати свідомості чи порушення дихання – негайно викликати швидку допомогу.
Алкоголь	Не змішувати алкоголь з іншими психоактивними речовинами. У разі сильної інтоксикації – не залишати людину на самоті, перевіряти дихання. За наявності ознак алкогольного отруєння (втрата свідомості, судоми, блювання) – негайно викликати швидку допомогу.
Інгалянти	Уникати закритих просторів (ризик асфіксії). Звертати увагу на перші ознаки втрати свідомості чи порушення дихання. Негайна допомога за зупинки дихання або серцевої аритмії.

Додаток 07. Наслідки регулярного вживання ПАР

Наслідки регулярного вживання ПАР	
Опіоїди	Розвиток фізичної та психологічної залежності. Пошкодження внутрішніх органів (печінка, нирки). Порушення імунної системи. Ризик передозування зі смертельним наслідком. Соціальні проблеми: втрата роботи, сім'ї, фінансові труднощі.
Стимулятори	Виснаження нервової системи. Психози, параноїдальні стани. Порушення серцевого ритму, інфаркти. Сильна психологічна залежність. Погіршення пам'яті й концентрації.
Галюциногени	«Флешбеки» – спонтанне повернення до психоделічних станів. Психічні розлади, у тому числі шизофреноподібні стани. Хронічна тривожність, депресія. Погіршення когнітивних функцій.
Канабіноїди	Порушення короткочасної пам'яті. Зниження мотивації. Ризик розвитку психічних розладів (особливо якщо є схильність до них). У випадку синтетичних канабіноїдів – підвищений ризик судом, психозів, серцевих проблем.
Депресанти	Хронічний алкоголізм. Пошкодження печінки (цироз), серцево-судинні захворювання. Зниження когнітивних функцій, порушення пам'яті. Схильність до насильства або самоушкоджень. Ризик розвитку психічних розладів, зокрема депресії та тривожних станів.
Інгалянти	Токсичне ураження головного мозку, нирок, печінки. Порушення дихання, серцевого ритму. Погіршення пам'яті, розумової діяльності. Атаксія (порушення координації). Психічні розлади, соціальна дезадаптація.

Додаток 08. Прескринінг на вживання психоактивних речовин (ПАР)

Вступна фраза для фахівця:

Я попрошу вас відповісти на декілька коротких запитань щодо вживання алкоголю та інших речовин. Це важливо, оскільки вживання ПАР може впливати на ваше здоров'я, благополуччя родини й ефективність медичних препаратів. Ваші відповіді допоможуть нам підібрати для вас найкращі послуги та підтримку.

Блок	Питання
I. Алкоголь  АЛКОГОЛЬ: ОДНА СТАНДАРТНА ПОРЦІЯ = 330 мл пива 150 мл вина 40 мл міцного алкоголю	1) Чи вживаєте ви алкогольні напої (пиво, вино, міцний алкоголь)? Так / ні → Якщо «ні», скринінг завершено 2) Як часто ви вживаєте алкогольні напої? ніколи / 1 раз на місяць або рідше / 2–4 рази на місяць / 2–3 рази на тиждень / 4 і більше разів на тиждень 3) Як часто ви вживаєте велику кількість алкоголю за раз: • 4+ порції за раз (чоловіки до 65 років) • 3+ порції за раз (жінки та люди 65+) ніколи / рідко / щомісяця / щотижня / щодня або майже щодня 4) Скільки порцій алкоголю ви зазвичай вживаєте за день, коли п'єте? (відкрита відповідь)
II. Наркотики (до рекреаційних наркотиків належать метамфетаміни (спід, кристал), канабіс (марихуана, трава), інгалянти (розчинник для фарби, аерозоль, клей), транквілізатори (валіум), барбітурати, кокаїн, екстазі, галюциногени (ЛСД, гриби) та ін'єкційні наркотики (героїн)).	Скільки разів за останній рік ви вживали рекреаційні наркотики або рецептурні препарати не з медичних причин? (відкрита відповідь або уточнення: 0 разів / 1 раз / 2–3 рази / щомісяця / щотижня / частіше)

Додаток 09. Тест AUDIT – стандартизований опитувальник для визначення ризиків, пов'язаних із вживанням алкоголю

Оберіть один варіант відповіді на кожне запитання. Наприкінці підрахуйте загальну кількість балів.

1. Як часто ви вживаєте спиртні напої?

- ніколи (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- 2–4 рази на місяць (2)
- 2–3 рази на тиждень (3)
- 4 рази на тиждень або частіше (4)

2. Скільки порцій спиртного ви зазвичай випиваєте, коли вживаєте алкоголь?

(1 порція = 0,33 л пива або 150 мл сухого вина, або 40 мл міцного алкоголю)

- жодної (0)
- 1–2 (1)
- 3–4 (2)
- 5–6 (3)
- 7–9 (4)
- 10 або більше (5)

3. Як часто ви випиваєте більше ніж шість порцій алкоголю за один раз?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

4. Як часто за останній рік ви не могли зупинитися, коли почали пити?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

5. Як часто за останній рік ви не виконували звичних обов'язків через алкоголь?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

6. Як часто за останній рік після надмірного вживання напередодні вам потрібно було випити вранці?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)

- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

7. Як часто ви почувалися винним або дорікали собі через вживання алкоголю?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

8. Як часто за останній рік ви не пам'ятали подій минулого вечора через стан сп'яніння?

- жодного разу (0)
- один раз на місяць або рідше (1)
- щомісяця (2)
- щотижня (3)
- щодня або майже щодня (4)

9. Чи було таке, що в стані сп'яніння ви завдали шкоди собі чи іншим?

- жодного разу (0)
- так, але не протягом останнього року (2)
- так, протягом останнього року (4)

10. Чи хтось із рідних, друзів або медичних працівників висловлював занепокоєння через те, що ви вживаєте алкоголь, або радив пити менше?

- ні (0)
- так, але не протягом останнього року (2)
- так, протягом останнього року (4)

Запитання	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Кількість балів										

Загальна кількість балів: _____

Інтерпретація:

- **0–7 балів** — низький ризик
- **8–15 балів** — ризиковане вживання
- **16–19 балів** — високий ризик / ризик розвитку проблем
- **20 і більше балів** — дуже високий ризик

8 і більше балів — рекомендовано звернутися до лікаря або фахівця для детальнішої оцінки й отримання підтримки.

Додаток 10. DAST-10 – опитувальник для скринінгу на вживання наркотичних речовин (окрім алкоголю й тютюну)

Які рекреаційні (немедичні) наркотики ви вживали протягом останнього року (оберіть усі, що підходять)?

- ☐ Метамфетаміни (спід, кристали)
- ☐ Кокаїн
- ☐ Канабіс (марихуана, конопля)
- ☐ Наркотичні анальгетики (героїн, оксикодон, метадон тощо)
- ☐ Інгалянти (розчинники, аерозолі, клей)
- ☐ Галюциногени (LSD, гриби)
- ☐ Транквілізатори (наприклад, валіум)
- ☐ Інші: _____

Як часто ви вживаєте ці речовини?

- ☐ Один раз на місяць або рідше ☐ Щотижня ☐ Щодня або майже щодня

Інструкція:

Будь ласка, дайте відповідь «так» або «ні» на кожне з наведених запитань, враховуючи події у вашому житті за останній рік.

	Запитання	Так ☐	Ні ☐
1	Чи вживали ви наркотики, окрім призначених лікарем ліків?		
2	Чи вживаєте ви більше, ніж одну речовину за раз (наприклад, опіоїди + стимулятори)?		
3	Чи маєте проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків (здоров'я, стосунки тощо)?		
4	Чи скаржився хтось із ваших близьких на те, що ви вживаєте наркотики?		
5	Чи нехтували ви своїми обов'язками через вживання наркотиків?		
6	Чи було вам складно припинити або контролювати вживання наркотиків?		
7	Чи були у вас симптоми абстинентного синдрому (ломка), коли ви припиняли вживання?		
8	Чи відчували ви потребу збільшити дозу для досягнення бажаного ефекту (толерантність)?		
9	Чи бували у вас проблеми з законом через наркотики?		
10	Чи почувалися ви винними або чи соромилися через те, що вживаєте наркотики?		

Додаткові запитання:

- Чи вживаєте ви наркотики ін'єкційно? ☐ Ні ☐ Так
- Чи проходили ви колись лікування від наркотичної залежності? ☐ Ні ☐ Так

Ключ до DAST-10:

- За кожну відповідь «так» – 1 бал
- За відповідь «ні» – 0 балів

Інтерпретація:

Загальна сума балів	Рівень ризику	Рекомендації
0	Немає проблем	Немає потреби у втручанні
1-2	Низький ризик	Коротке консультування
3-5	Помірний ризик	Поглиблене консультування
6-8	Високий ризик	Направлення до спеціаліста
9-10	Дуже високий ризик	Направлення до спеціалізованого лікування

Цей опитувальник є скринінговим інструментом і не замінює професійної діагностики.

Додаток 11. Стигматизуюча й актуальна лексика спілкування

РЕКОМЕНДОВАНА ЛЕКСИКА	СТИГМАТИЗУЮЧА ЛЕКСИКА
Учасник / учасниця програми ЗПТ або Людина, яка отримує замісну підтримувальну терапію	ЗПТшник/ця
Людина, яка вживає наркотик ін'єкційно / неін'єкційно або Людина з розладом, пов'язаним із вживанням ПАР	Наркоман/ка, наркозалежний/на, «нарік»
Людина, яка має розлад, пов'язаний із вживанням [алкоголю / наркотиків]	Залежний від [алкоголю / наркотиків]
Секспрацівниця / секспрацівник	Проститутка
Колишній ув'язнений або Людина, що звільнилася з місць позбавлення волі або місць несвободи;	«Зек», «заключонний»
Людина, що має проблеми з вживанням алкоголю	Алкоголік, алкозалежний, «алкаш/ка»
Люди, що живуть з ВІЛ або ВІЛ-позитивний/а	ВІЛ-інфіковані, «Вічовий/а», «підозний/а»
Інфікуватися ВІЛ або інфікуватися вірусом імунодефіциту людини	Заразитися ВІЛ, заразитися СНІДом
Твереза людина або людина у тверезості	Чистий або «в зав'язці»
Людина в ремісії або Людина з досвідом залежності, яка наразі перебуває в ремісії	Колишній наркоман / алкоголік
Вживання ПАР або Розлади, внаслідок вживання ПАР	Зловживання психоактивними речовинами
Вагітна жінка з розладом, пов'язаним із вживанням ПАР / опіоїдів / алкоголю	вагітна-наркоманка
Немовля з неонатальним абстинентним синдромом	Залежне немовля, дитина «з ломкой»

Додаток 12. PHQ-2 – короткий скринінг на депресію

Запропонуйте клієнту оцінити, як часто протягом останніх двох тижнів у нього виникали такі стани:

№	Запитання	Жодного разу (0 балів)	Кілька днів (1 бал)	Понад половину днів (2 бали)	Майже щодня (3 бали)
1	Відчуття пригніченості, смутку або безнадійності				
2	Втрата інтересу чи задоволення від звичних занять				

Підрахуйте загальну кількість балів:

- **3 і більше балів** є підставою для глибшої діагностики депресії або консультації з психіатром / сімейним лікарем.

Додаток 13. GAD-2 – короткий скринінг на тривожність

Запропонуйте клієнту оцінити, як часто протягом останніх двох тижнів у нього виникали такі стани:

Підрахуйте загальну кількість балів:

- **3 і більше балів** є підставою для глибшої діагностики депресії або консультації з психіатром / сімейним лікарем.

№	Запитання	Жодного разу (0 балів)	Кілька днів (1 бал)	Понад половину днів (2 бали)	Майже щодня (3 бали)
1	Відчуття нервозності, тривоги або сильного напруження				
2	Важко контролювати або зупинити тривожні думки чи хвилювання				

Додаток 14. Аргументи на користь лікування, які ФСР може використовувати в мотиваційній розмові з батьками

Цей перелік аргументів є орієнтовним. Він не замінює живої, чуйної розмови. Перед тим як використовувати будь-який аргумент:

1. Вислухайте клієнта. Що для нього болить, чого боїться, заради чого готовий щось змінювати?
2. Відштовхуйтеся від цінностей клієнта. Не переконуйте, а запрошуйте подумати.
3. Будьте на боці людини. Покажіть, що вона не одна й має вибір.
4. Говоріть простою, широкою мовою. Без моралізаторства, тиску чи засудження.
5. Підкреслюйте, що допомога існує, і що звернення по неї – це ознака сили.

Тематика аргументу	Приклади аргументів, які може використовувати ФСР
Здоров'я	• Лікування покращує фізичне й психічне здоров'я. • Зменшує ризик передозувань, ускладнень, хронічних хвороб. • Допомагає стабілізувати сон, емоційний стан, апетит.
Діти	• Діти потребують стабільного й емоційно залученого батька / матері. • Ви – найважливіша людина для своєї дитини. • Ваш приклад, який формує погляд дитини на життя, і який дитина наслідує.
Сім'я і стосунки	• Лікування допомагає відновити довіру та взаєморозуміння в родині. • Ви можете знову стати опорою для своїх близьких.
Гідність і самоконтроль	• Лікування – це спосіб повернути контроль над життям. • Звернення по допомогу – це сила, а не слабкість. • Навіть якщо були невдалі спроби, це частина шляху до змін.
Майбутнє і можливості	• Без змін проблеми погіршуються. • Лікування відкриває шлях до нових можливостей.
Безпека	• Лікування знижує ризики для життя, здоров'я, стосунків. • Зменшує ймовірність втрати батьківських прав.
Індивідуальні цінності	• Що для вас справді важливо? Як лікування може допомогти це зберегти або повернути?

Додаток 15. SMART-цілі в роботі з батьками, які проходять лікування від ПАР

Під час роботи з батьками, які мають власний досвід залежності й перебувають на лікуванні або реабілітації, важливо підтримати їх у формуванні реалістичних і досяжних цілей. Такі цілі можуть стосуватися як особистого відновлення, так і відновлення стосунків із дитиною, покращення сімейного середовища, безпечного виходу з кризових ситуацій тощо.

Формулювання цілей за принципом SMART дозволяє уникати загальних намірів на кшталт «стати кращим батьком / матір'ю» і натомість зосередитися на малих, конкретних кроках, які ведуть до сталих змін.

SMART: які цілі є якісними?

Компонент	Пояснення	Приклад у роботі з батьками
S – Specific (конкретна)	Що саме я хочу зробити?	«Поговорити з дитиною про її навчання в школі без образливих слів або підвищення голосу»
M – Measurable (вимірювана)	Як я дізнаюся, що мета досягнута?	«Утриматися від вживання ПАР протягом 3 днів поспіль»
A – Achievable (досяжна)	Чи це реально в моїй ситуації?	«Прийти на сесію з психологом у найближчий тиждень»
R – Relevant (значуща)	Чи це справді важливо для мене?	«Відновити довіру дитини до себе через регулярне спілкування»
T – Time-bound (обмежена в часі)	Коли я хочу це зробити?	«Поговорити з дитиною до кінця тижня»

Приклади SMART-цілей для батьків, які проходять лікування або отримують підтримку:

У сфері відновлення батьківських функцій:

- До кінця тижня запитати в дитини, як у неї справи в школі, й уважно вислухати відповідь, не перебиваючи.
- Щодня протягом 5 днів готувати разом із дитиною вечерю або просто снідати разом.

- Написати короткий лист або повідомлення дитині, у якому пояснити, що ви працюєте над змінами й хочете бути поруч.

У сфері особистого одужання:

- Відвідати 2 групи взаємодопомоги протягом наступного тижня.
- Прийти на консультацію з наркологом або психологом до дати наступної зустрічі з консультантом.
- Не вживати ПАР протягом 7 днів поспіль і фіксувати самопочуття в щоденнику.

У сфері покращення комунікації з дитиною:

- До наступного заняття спокійно поговорити з дитиною за допомогою 2–3 відкритих запитань (наприклад, «Що для тебе зараз найважливіше?», «Як ти бачиш наші стосунки?»).
- Протягом тижня хоча б один раз заохотити дитину поділитися своєю думкою, не оцінюючи її відповідь.
- Говорити дитині одну щиру позитивну фразу щодня протягом 3 днів.

Рекомендації консультанту:

Допоможіть учаснику/ учасниці сформулювати 1–2 SMART-цілі письмово в зошиті або на бланку. Обов'язково запитайте:

- Чому для вас це важливо?
- Який маленький крок ви можете зробити вже завтра?
- Хто або що може вас у цьому підтримати?

