МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

Наталія Романівна ГАЛИЦЬКА-ПАСІЧНИК

УДК: [616.89-008.441.33-06:616.89-008.45/.48:615.015.6:615.212.7]-085-036.82(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ЗАМІСНІЙ ПІДТРИМУВАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Наталія Романівна ГАЛИЦЬКА-ПАСІЧНИК

Науковий керівник: д.мед.н., професор Вікторія Вікторівна ОГОРЕНКО

Дніпро – 2026

АНОТАЦІЯ

Галицька-Пасічник Н.Р. Корекція психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії та їх реабілітація. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктор філософії за спеціальністю 222 Медицина (22 – Охорона здоров'я). – Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро.

Дисертаційна робота виконана на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету в період з 2022 по 2026 рр.

Мета дослідження: на основі комплексного дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії, розробити комплексну, поетапну, диференційовану програму корекційних та лікувально-реабілітаційних заходів та оцінити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.
2. Визначити патопсихологічні особливості наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.
3. Оцінити рівень агресивності у наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.
4. Дослідити рівень когнітивного функціонування та оцінити якість життя наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.
5. Встановити характер і значущість взаємозв’язків між рівнем депресії, тривоги, агресії, станом когнітивного функціонування та якістю життя

наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.

6. Розробити та науково обгрунтувати комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму корекції психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії та оцінити її ефективність щодо редукції психічних і поведінкових порушень, порушення когнітивного функціонування та якості життя пацієнтів.

Об'єкт дослідження: психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів у осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, тривожна і депресивна симптоматика, агресивність і ворожість, когнітивне функціонування, якість життя та їх динаміка під впливом замісної підтримувальної терапії й розробленої комплексної лікувально-реабілітаційної програми.

У дисертаційній роботі теоретично узагальнено та практично вирішено актуальне наукове завдання психіатрії і наркології – підвищення ефективності лікування та реабілітації осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, шляхом поєднання фармакологічної стабілізації з диференційованими психокорекційними, психотерапевтичними та психосоціальними втручаннями.

Дослідження мало проспективний контрольований дизайн із дворазовим обстеженням пацієнтів: до початку проведення лікувально-реабілітаційних заходів і через 9 місяців після їх завершення. Клінічною базою було комунальне підприємство «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради. У дослідження включено 150 пацієнтів віком від 26 до 64 років із діагнозом психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів із синдромом залежності, встановленим відповідно до критеріїв МКХ-10. Усі учасники отримували метадону гідрохлорид у межах програми замісної

підтримувальної терапії. Чоловіки становили 117 (78,0 %), жінки – 33 (22,0 %); медіана віку всієї вибірки дорівнювала 44,0 [38,0; 48,0] року.

Пацієнтів було розподілено на дві групи: основну групу – 101 особа, яка поряд із замісною підтримувальною терапією брала участь у комплексній лікувально-реабілітаційній програмі, та групу порівняння – 49 осіб, які отримували метадонову замісну підтримувальну терапію без додаткових систематичних психокорекційних втручань. Повторне обстеження завершили 129 учасників: 91 пацієнт основної групи та 38 пацієнтів групи порівняння.

У роботі застосовано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний та біостатистичний методи. Вираженість психопатологічної симптоматики оцінювали за допомогою переглянутого опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R; тривоги – за шкалою Гамільтона для оцінювання тривоги (HAM-A); депресії – за 17-пунктовою шкалою Гамільтона для оцінювання депресії (HAM-D-17); якості життя – за скороченою версією опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров’я WHOQOL-BREF; когнітивного функціонування – за Монреальською шкалою оцінювання когнітивних функцій (MoCA); агресивності та ворожості – за опитувальником Басса–Дарки.

Статистичне опрацювання результатів передбачало перевірку розподілу даних за критерієм Шапіро-Уїлка, застосування t-критерію Стьюдента, U-критерію Манна-Уїтні, критерію Вілкоксона, критерію χ^2 Пірсона, кореляційного аналізу Спірмена, критерію Стайгера для порівняння кореляцій, бутстреп-оцінювання та перестановочного тесту. Критичний рівень статистичної значущості приймали за $p < 0,05$.

Розроблена комплексна лікувально-реабілітаційна програма мала поетапний і диференційований характер. На першому етапі застосовували психоосвіту, мотиваційне інтерв’ювання, соціальне інструктування й консультування, а також елементи арттерапії. Другий етап включав індивідуальну психокорекцію та когнітивно-поведінкову терапію. На

третьому етапі проводили групову корекційну роботу, тренінги формування адаптивних копінг-стратегій, аутогенне тренування, сімейну терапію та наративну експозиційну терапію. Зміст втручань був спрямований на зниження психічного дистресу, корекцію тривожно-депресивної симптоматики, формування навичок емоційної саморегуляції та контролю імпульсів, відновлення когнітивного функціонування, покращення прихильності до лікування і розширення ресурсів психосоціальної адаптації.

Дослідження динаміки психопатологічної симптоматики у групі порівняння показало, що ізольована метадонова замісна підтримувальна терапія забезпечувала фармакологічну стабілізацію, однак не супроводжувалася зниженням психологічного дистресу. Навпаки, за період спостереження медіана загального індексу тяжкості симптомів SCL-90-R зросла з 0,78 [0,44; 1,10] до 0,97 [0,74; 1,36] ($p < 0,05$), загальна кількість позитивних симптомів – із 46,0 [27,0; 64,0] до 57,0 [50,2; 69,8] ($p < 0,01$), а індекс інтенсивності позитивних симптомів – із 1,4 [1,1; 1,7] до 1,5 [1,3; 1,9] ($p < 0,05$). Найбільш виражене зростання встановлено за показниками соматизації, обсесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сенситивності, депресії та тривоги. Таку динаміку було розцінено як актуалізацію і краще усвідомлення раніше маскованої психопатологічної симптоматики на тлі припинення вживання нелегальних опіоїдів, а також як свідчення недостатності суто фармакологічного підходу для корекції психічних розладів.

Клінічна оцінка афективних порушень у групі порівняння підтвердила результати самооцінювальної методики. Показник депресії за HAM-D-17 зріс із 13,0 [7,0; 19,0] до 15,5 [10,0; 21,5] бала ($p < 0,05$), а показник тривоги за HAM-A – із 15,0 [7,0; 21,0] до 18,0 [12,0; 27,0] бала ($p < 0,01$). Отримані дані вказують на збереження та майже посилення клінічно значущої тривожно-депресивної симптоматики за відсутності систематичного психотерапевтичного супроводу.

За опитувальником WHOQOL-BREF у групі порівняння не встановлено статистично значущих змін у доменах фізичного і психічного здоров'я, соціальних відносин та навколишнього середовища (усі $p > 0,05$). Фізичний домен змінився з 21,0 [20,0; 24,0] до 20,0 [17,0; 22,0] бала, психологічний – із 17,0 [15,0; 20,0] до 17,0 [14,0; 18,8] бала, соціальний – із 9,0 [8,0; 11,0] до 8,5 [7,0; 10,0] бала, домен навколишнього середовища – із 23,0 [21,0; 25,0] до 22,0 [17,0; 24,0] бала. Відсутність позитивної динаміки засвідчила потребу в доповненні замісної підтримувальної терапії цілеспрямованими корекційно - реабілітаційними заходами.

Оцінка агресивності у групі порівняння не виявила статистично значущих змін за шкалами опитувальника Басса-Дарки ($p > 0,05$). Спостерігалася лише тенденція до зниження фізичної агресії з 7,0 [6,0; 8,0] до 6,0 [4,0; 7,0] бала та індексу ворожості з 11,0 [9,0; 13,0] до 9,0 [7,0; 13,0] бала. Водночас зберігалися високі рівні вербальної агресії, роздратування та почуття провини, що підтвердило обмежені можливості ізольованої фармакотерапії щодо зміни стійких емоційно-поведінкових патернів.

В основній групі після застосування комплексної лікувально-реабілітаційної програми встановлено узгоджену редукцію психопатологічної симптоматики. Загальний індекс тяжкості симптомів SCL-90-R знизився з 0,77 [0,43; 1,13] до 0,44 [0,24; 0,85] ($p < 0,05$; $r \approx 0,55$), загальна кількість позитивних симптомів – із 46,0 [30,0; 61,0] до 33,0 [20,0; 52,5] ($p < 0,01$; $r \approx 0,48$), а індекс інтенсивності позитивних симптомів – із 1,4 [1,2; 1,8] до 1,3 [1,1; 1,5] ($p < 0,05$). Статистично значуще знизилися показники соматизації, обсесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сенситивності, депресивної і тривожної симптоматики, ворожості, фобічної тривоги, параноїдальної ідеації та психотизму.

Після завершення лікування загальний індекс тяжкості симптомів в основній групі був нижчим, ніж у групі порівняння: 0,44 [0,24; 0,85] проти 0,97 [0,74; 1,36] ($p < 0,05$). Аналогічні міжгрупові відмінності встановлено для загальної кількості позитивних симптомів – 33,0 [20,0; 52,5] проти 57,0 [50,2;

69,8], тривожної симптоматики – 0,40 [0,10; 0,80] проти 1,10 [0,70; 1,50], депресивної симптоматики – 0,60 [0,27; 1,00] проти 1,20 [0,80; 1,80], ворожості – 0,33 [0,17; 0,67] проти 0,83 [0,50; 1,33] та соматизації – 0,75 [0,25; 1,17] проти 1,30 [0,90; 1,80] (усі $p < 0,05$). Отже, поєднання замісної підтримувальної терапії з психокорекцією забезпечило більш виражене зменшення психопатологічного навантаження, ніж застосування лише метадону.

За результатами WHOQOL-BREF в основній групі встановлено статистично значуще покращення фізичного здоров'я з 21,0 [19,0; 23,0] до 22,0 [20,0; 24,0] бала, психічного здоров'я – із 18,0 [16,0; 20,0] до 19,0 [17,0; 21,0] бала та домену навколишнього середовища – із 24,0 [20,0; 27,0] до 25,0 [22,5; 28,0] бала (усі $p < 0,05$). Показник соціальних відносин залишився на рівні 9,0 бала ($p > 0,05$), що свідчить про більшу інерційність соціальної реінтеграції та потребу в тривалішому психосоціальному супроводі. Після лікування показники психічного та фізичного здоров'я і навколишнього середовища були вищими в основній групі, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$); для соціального домену статистично значущої міжгрупової відмінності не встановлено.

Комплексна програма також сприяла зменшенню дезадаптивних форм агресивної поведінки. В основній групі фізична агресія знизилася з 6,0 [4,0; 8,0] до 5,0 [4,0; 6,0] бала ($p < 0,05$; $r \approx 0,33$), почуття провини – із 7,0 [5,0; 8,0] до 6,0 [5,0; 8,0] бала ($p < 0,05$; $r \approx 0,31$), а інтегральний індекс агресивності – із 19,0 [16,0; 24,0] до 18,0 [14,0; 20,0] бала ($p < 0,05$; $r \approx 0,36$). Після лікування в основній групі порівняно з групою порівняння були нижчими показники фізичної і вербальної агресії, роздратування, образи, почуття провини та загального індексу агресивності ($p < 0,05$). Водночас негативізм, підозрілість та індекс ворожості виявилися менш чутливими до дев'ятимісячного втручання, що обґрунтовує доцільність його пролонгації.

На початку дослідження легкий когнітивний дефіцит за MoCA було виявлено у 82 (54,7 %) пацієнтів, тоді як у 68 (45,3 %) осіб показники відповідали нормативному рівню. Вихідні медіанні показники MoCA

становили 26,0 [24,0; 27,0] бала в основній групі та 24,0 [23,0; 27,0] бала у групі порівняння ($p = 0,038$), що потребує врахування під час інтерпретації ефекту втручання. Після завершення лікування частка осіб без когнітивного дефіциту в основній групі становила 59,3 %, а у групі порівняння – 15,8 %; легкий когнітивний дефіцит встановлено відповідно у 40,7 % та 81,6 % пацієнтів. Тяжкий когнітивний дефіцит був відсутній в основній групі та виявлений у 2,6 % учасників групи порівняння. Міжгруповий розподіл рівнів когнітивного функціонування після лікування статистично значуще відрізнявся ($\chi^2 = 28,4$; $df = 2$; $p < 0,001$; V Крамера = 0,47), що свідчить про клінічно значущу асоціацію комплексного лікування з кращим когнітивним статусом.

Кореляційний аналіз засвідчив, що до початку лікування в обох групах центральне місце посідав сильний прямий зв'язок між депресією та тривогою: $r_s = 0,80$ в основній групі й $r_s = 0,82$ у групі порівняння ($p < 0,001$). Агресивність була прямо пов'язана з ворожістю (відповідно $r_s = 0,60$ та $r_s = 0,58$; $p < 0,001$), а якість життя мала зворотні зв'язки з афективними й поведінковими порушеннями. Когнітивні функції на вихідному етапі не демонстрували статистично значущих асоціацій з іншими показниками.

Після ізольованої метадонової терапії у групі порівняння збереглися переважно зв'язки між депресією і тривогою ($r_s = 0,65$; $p < 0,001$) та між агресивністю і ворожістю ($r_s = 0,54$; $p < 0,001$), тоді як якість життя втратила статистично значущі асоціації з афективними та поведінковими показниками. Зв'язок якості життя з агресивністю змінився з $r_s = −0,56$ до $r_s = 0,06$ ($p = 0,001$ за критерієм Стайгера), а з ворожістю – із $r_s = −0,47$ до $r_s = 0,01$ ($p = 0,027$), що відображає фрагментацію вихідної кореляційної структури.

Після комплексного лікування в основній групі збереглися статистично значущі зв'язки якості життя з депресією ($r_s = −0,40$; $p < 0,001$), тривогою ($r_s = −0,33$; $p = 0,001$), агресивністю ($r_s = −0,22$; $p = 0,037$) та ворожістю ($r_s = −0,22$; $p = 0,039$). Водночас з'явився прямий зв'язок між когнітивними функціями і якістю життя ($r_s = 0,32$; $p = 0,002$), якого не було до лікування. Кореляція між агресивністю та ворожістю зменшилася з $r_s = 0,60$ до $r_s = 0,31$ ($p = 0,007$ за

критерієм Стайгера), що вказує на послаблення внутрішньої жорсткості поведінкового кластера. Інтегральна міжгрупова різниця у зміні загальної щільності кореляційної мережі не досягла статистичної значущості ($p = 0,273$), тому отримані результати характеризують насамперед якісну реорганізацію конфігурації зв'язків, а не доведену відмінність їх сумарної інтенсивності.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі комплексно охарактеризовано клініко-психопатологічні, патопсихологічні та когнітивні особливості осіб з опіоїдною залежністю, які отримують метадонову замісну підтримувальну терапію. Уточнено характер динаміки психопатологічної симптоматики за умов ізольованої фармакотерапії: на тлі стабілізації поведінкової деструктивності встановлено зростання усвідомлюваного психічного дистресу, тривожно-депресивної та соматизованої симптоматики без статистично значущого покращення якості життя.

Вперше в межах єдиного проспективного дослідження проведено порівняльну оцінку динаміки психопатологічної симптоматики, агресивності, когнітивного функціонування та якості життя за умов метадонової замісної підтримувальної терапії без систематичної психокорекції та при її поєднанні з комплексною, поетапною, диференційованою лікувально-реабілітаційною програмою. Встановлено, що інтегрований підхід асоціюється з більш вираженою редукцією психічного дистресу, тривожної та депресивної симптоматики, відкритих форм агресії, покращенням окремих доменів якості життя та сприятливішим розподілом рівнів когнітивного функціонування.

Розширено наукові уявлення про взаємозв'язки між афективними, поведінковими, когнітивними і функціональними характеристиками у пацієнтів з опіоїдною залежністю. Виявлено різні сценарії перебудови кореляційної структури: її фрагментацію після ізольованої метадонової терапії та якісну реорганізацію зі збереженням інтегруючої ролі якості життя й формуванням нового зв'язку між когнітивним функціонуванням та якістю життя після комплексного втручання.

Розроблено, науково обґрунтовано, апробовано та впроваджено комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму, яка поєднує метадонову замісну підтримувальну терапію з психоосвітніми, мотиваційними, когнітивно-поведінковими, індивідуальними, груповими, сімейними, травмафокусованими та психосоціальними інтервенціями.

Практичне значення одержаних результатів полягає в обґрунтуванні необхідності систематичної оцінки психічного стану, когнітивного функціонування, рівня агресивності та якості життя пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії, оскільки фармакологічна стабілізація не гарантує редукції психопатологічної симптоматики. Запропонований психодіагностичний комплекс дає змогу виявляти тривожно-депресивні, соматизовані, когнітивні та поведінкові прояви, визначати індивідуальні мішені психокорекції та оцінювати результати лікування в динаміці.

Розроблена програма може бути використана лікарями-психіатрами, лікарями-наркологами, лікарями-психотерапевтами, клінічними психологами, фахівцями з реабілітації та соціальними працівниками у закладах, що надають допомогу особам з опіоїдною залежністю. Її застосування спрямоване на зниження психопатологічного навантаження й агресивності, покращення когнітивного та психосоціального функціонування, підвищення якості життя і прихильності до лікування. Матеріали дослідження можуть бути використані у післядипломній підготовці фахівців з психіатрії, наркології, психотерапії, клінічної психології та реабілітації.

Ключові слова: опіоїдна залежність, психічні та поведінкові розлади, замісна підтримувальна терапія, метадон, психокорекція, психотерапія, реабілітація, тривога, депресія, когнітивні функції, агресія.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Ogorenko V, Halytska-Pasichnyk N. Psychiatric and behavioral disorders in patients undergoing opioid agonist maintenance therapy = Психічні і поведінкові розлади у пацієнтів, що приймають замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів [Інтернет]. Zenodo; 2025 Mar 17 [цитовано 2026 вер 2]. Доступно з: https://doi.org/10.5281/zenodo.15127282
2. Halytska-Pasichnyk NR. Psychiatric and behavioral disorders in patients undergoing opioid agonist maintenance therapy. Med Perspekt. 2025;30(3):132-9. doi: 10.26641/2307-0404.2025.3.340755
3. Галицька-Пасічник НР. Порівняння ефективності комплексного підходу до терапії опіоїдної залежності з використанням психологічної корекції та психотерапевтичних втручань та монотерапії агоністами опіоїдів. Укр вісн психоневрол. 2025;33(4):40-4. doi: 10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-5
4. Огоренко В.В., Галицька-Пасічник Н.Р. Когнітивні порушення та ефективність психокорекційних і реабілітаційних втручань у пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів. Укр вісн психоневрол. 2025;33(3):57-60. doi: 10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-7
5. Halytska-Pasichnyk N. Cognitive-behavioral and traumafocused interventions in the rehabilitation of patients undergoing opioid agonist maintenance therapy = Когнітивно-поведінкова терапія та травмафокусований підхід у реабілітації пацієнтів на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів [Інтернет]. Zenodo; 2026 Mar 27 [цитовано 2026 вер 2]. Доступно з: https://doi.org/10.5281/zenodo.19338821

Наукові праці, які засвідчують апробацію дисертації:

1. Halytska-Pasichnyk N. Research of personality anxiety and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist maintenance therapy (OAMT). Eur Psychiatry. 2025;68(Suppl 1):S459-60. doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.951
2. Halytska-Pasichnyk N, Ogorenko V. Research of cognitive disorders and quality of life in patients who are receiving methadone replacement maintenance therapy. Eur Psychiatry. 2024;67(Suppl 1):S134-5. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.309
3. Halytska-Pasichnyk N, Moroz S, Semenikhina V. Person-centered approach to work with drug addicts on substitution maintenance therapy. Eur Psychiatry. 2023;66(Suppl 1):S564-5. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.1188
4. Halytska-Pasichnyk N. Comprehensive treatment of opioid addiction in patients receiving opioid agonist maintenance therapy. Eur Psychiatry. 2026;69(Suppl 1):S435. doi: 10.1192/j.eurpsy.2026.10877

ANNOTATION

Halytska-Pasichnyk N. R. Correction of Mental and Behavioural Disorders and Rehabilitation of Individuals with Opioid Dependence Receiving Opioid Agonist Maintenance Therapy. – Qualifying scientific work submitted as a manuscript.

Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 «Medicine» (field of knowledge 22 «Health Care»). – Dnipro State Medical University, Dnipro.

The dissertation research was conducted at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Dnipro State Medical University, between 2022 and 2026.

Aim of the study: to develop and scientifically substantiate a comprehensive, phased, and differentiated programme of corrective, therapeutic, and rehabilitative interventions based on an integrated assessment of the clinical, psychopathological, and pathopsychological characteristics of individuals with drug dependence receiving opioid agonist maintenance treatment, and to evaluate its effectiveness.

Objectives of the study:

1. To investigate the clinical and psychopathological characteristics of mental and behavioural disturbances in individuals with drug dependence receiving opioid agonist maintenance treatment.
2. To identify the pathopsychological characteristics of individuals with drug dependence receiving opioid agonist maintenance treatment.
3. To assess the level of aggression in individuals with drug dependence undergoing opioid agonist maintenance treatment.
4. To investigate cognitive functioning and assess the quality of life of individuals with drug dependence undergoing opioid agonist maintenance treatment.
5. To determine the nature and significance of the relationships among depression, anxiety, aggression, cognitive functioning, and quality of life in

individuals with drug dependence receiving opioid agonist maintenance treatment.

6. To develop and scientifically substantiate a comprehensive, phased, and differentiated therapeutic and rehabilitation programme for the correction of mental and behavioural disturbances in individuals with drug dependence receiving opioid agonist maintenance treatment and evaluate its effectiveness in reducing mental and behavioural disturbances and improving patients' cognitive functioning and quality of life.

Object of the study: mental and behavioural disorders due to opioid use in individuals receiving opioid agonist maintenance therapy.

Subject of the study: clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics, anxiety and depressive symptoms, aggression and hostility, cognitive functioning, quality of life, and their changes under opioid agonist maintenance therapy and a comprehensive treatment and rehabilitation programme.

The dissertation provides a theoretical synthesis and a practical solution to a current scientific problem in psychiatry and addiction medicine: improving the treatment and rehabilitation of individuals with opioid dependence receiving opioid agonist maintenance therapy by combining pharmacological stabilisation with differentiated psychocorrectional, psychotherapeutic and psychosocial interventions.

The study employed a prospective controlled design with two patient assessments: before the initiation of treatment and rehabilitation measures and 9 months after their completion. The clinical study site was the Dnipropetrovsk Multidisciplinary Clinical Hospital for Psychiatric Care, a municipal enterprise of the Dnipropetrovsk Regional Council. The study included 150 patients aged 26–64 years who had been diagnosed, in accordance with ICD-10 criteria, with mental and behavioural disorders due to opioid use, dependence syndrome. All participants received methadone hydrochloride within an opioid agonist maintenance therapy programme. The sample comprised 117 men (78.0%) and 33 women (22.0%); the median age was 44.0 [38.0; 48.0] years.

Patients were allocated to a main group of 101 individuals who participated in the comprehensive treatment and rehabilitation programme in addition to OAMT, and a comparison group of 49 individuals who received methadone-based OAMT without additional systematic psychocorrectional interventions. Follow-up assessment was completed by 129 participants: 91 patients in the main group and 38 patients in the comparison group.

The study employed clinical and anamnestic assessment, clinical psychopathological examination, psychodiagnostic and psychometric instruments, and biostatistical methods. The severity of psychopathological symptoms was assessed using the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R); anxiety using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A); depression using the 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17); quality of life using the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF); cognitive functioning using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA); and aggression and hostility using the Buss–Durkee Hostility Inventory.

Statistical analysis included the Shapiro–Wilk test for distributional assumptions, Student's t-test, the Mann–Whitney U test, the Wilcoxon signed-rank test, Pearson's χ^2 test, Spearman's rank correlation analysis, Steiger's test for comparing correlations, bootstrap estimation, and a permutation test. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The comprehensive treatment and rehabilitation programme was staged and differentiated. The first stage comprised psychoeducation, motivational interviewing, social skills instruction and counselling, and elements of art therapy. The second stage included individual psychocorrection and cognitive behavioural therapy. The third stage comprised psychocorrectional group work, training in adaptive coping strategies, autogenic training, family therapy, and narrative exposure therapy. The interventions were designed to reduce psychological distress, correct anxiety and depressive symptoms, develop emotional self-regulation and impulse-control skills, restore cognitive functions, improve treatment adherence, and enhance the resources available for psychosocial adaptation.

Analysis of changes in psychopathological symptoms in the comparison group showed that methadone-based OAMT alone provided pharmacological stabilisation but was not accompanied by a reduction in psychological distress. During follow-up, the median SCL-90-R Global Severity Index increased from 0.78 [0.44; 1.10] to 0.97 [0.74; 1.36] ($p < 0.05$), the Positive Symptom Total increased from 46.0 [27.0; 64.0] to 57.0 [50.2; 69.8] ($p < 0.01$), and the Positive Symptom Distress Index increased from 1.4 [1.1; 1.7] to 1.5 [1.3; 1.9] ($p < 0.05$). The most pronounced increases were observed in somatisation, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression and anxiety. These changes were interpreted as the emergence and improved awareness of previously masked psychopathological symptoms after the discontinuation of illicit opioid use, as well as evidence that an exclusively pharmacological model is insufficient for correcting mental disorders.

Clinical assessment of affective disturbances in the comparison group confirmed the self-report findings. The HAM-D-17 depression score increased from 13.0 [7.0; 19.0] to 15.5 [10.0; 21.5] points ($p < 0.05$), while the HAM-A anxiety score increased from 15.0 [7.0; 21.0] to 18.0 [12.0; 27.0] points ($p < 0.01$). These findings indicate the persistence and intensification of clinically significant anxiety and depressive symptoms in the absence of systematic psychotherapeutic support.

WHOQOL-BREF assessment in the comparison group revealed no statistically significant changes in the physical health, psychological health, social relationships or environmental domains (all $p > 0.05$). The physical health domain changed from 21.0 [20.0; 24.0] to 20.0 [17.0; 22.0] points; psychological health from 17.0 [15.0; 20.0] to 17.0 [14.0; 18.8] points; social relationships from 9.0 [8.0; 11.0] to 8.5 [7.0; 10.0] points; and the environmental domain from 23.0 [21.0; 25.0] to 22.0 [17.0; 24.0] points. The absence of positive changes demonstrated the need to supplement OAMT with targeted rehabilitation measures.

Assessment of aggression in the comparison group revealed no statistically significant changes on any Buss–Durkee scale ($p > 0.05$). Only a tendency towards a reduction in physical aggression from 7.0 [6.0; 8.0] to 6.0 [4.0; 7.0] points and in

the hostility index from 11.0 [9.0; 13.0] to 9.0 [7.0; 13.0] points was observed. At the same time, verbal aggression, irritability and guilt remained high, confirming the limited capacity of pharmacotherapy alone to modify persistent emotional and behavioural patterns.

In the main group, completion of the comprehensive treatment and rehabilitation programme was followed by a consistent reduction in psychopathological symptoms. The SCL-90-R Global Severity Index decreased from 0.77 [0.43; 1.13] to 0.44 [0.24; 0.85] ($p < 0.05$; $r \approx 0.55$), the Positive Symptom Total decreased from 46.0 [30.0; 61.0] to 33.0 [20.0; 52.5] ($p < 0.01$; $r \approx 0.48$), and the Positive Symptom Distress Index decreased from 1.4 [1.2; 1.8] to 1.3 [1.1; 1.5] ($p < 0.05$). Statistically significant reductions were observed in somatisation, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depressive and anxiety symptoms, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism.

Following treatment, the Global Severity Index was lower in the main group than in the comparison group: 0.44 [0.24; 0.85] versus 0.97 [0.74; 1.36] ($p < 0.05$). Similar between-group differences were observed for the Positive Symptom Total – 33.0 [20.0; 52.5] versus 57.0 [50.2; 69.8]; anxiety symptoms – 0.40 [0.10; 0.80] versus 1.10 [0.70; 1.50]; depressive symptoms – 0.60 [0.27; 1.00] versus 1.20 [0.80; 1.80]; hostility – 0.33 [0.17; 0.67] versus 0.83 [0.50; 1.33]; and somatisation – 0.75 [0.25; 1.17] versus 1.30 [0.90; 1.80] (all $p < 0.05$). Thus, combining OAMT with psychocorrection produced a greater reduction in psychopathological burden than methadone treatment alone.

WHOQOL-BREF results in the main group demonstrated statistically significant improvements in physical health from 21.0 [19.0; 23.0] to 22.0 [20.0; 24.0] points, psychological health from 18.0 [16.0; 20.0] to 19.0 [17.0; 21.0] points, and the environmental domain from 24.0 [20.0; 27.0] to 25.0 [22.5; 28.0] points (all $p < 0.05$). The social relationships score remained at 9.0 points ($p > 0.05$), indicating greater inertia in social reintegration and the need for more prolonged psychosocial support. After treatment, physical health, psychological health and environmental-domain scores were higher in the main group than in the comparison group ($p <$

0.05); no statistically significant between-group difference was found for the social relationships domain.

The comprehensive programme also reduced maladaptive forms of aggressive behaviour. In the main group, physical aggression decreased from 6.0 [4.0; 8.0] to 5.0 [4.0; 6.0] points ($p < 0.05$; $r \approx 0.33$), guilt from 7.0 [5.0; 8.0] to 6.0 [5.0; 8.0] points ($p < 0.05$; $r \approx 0.31$), and the overall aggression index from 19.0 [16.0; 24.0] to 18.0 [14.0; 20.0] points ($p < 0.05$; $r \approx 0.36$). Following treatment, physical and verbal aggression, irritability, resentment, guilt and the overall aggression index were lower in the main group than in the comparison group ($p < 0.05$). Negativism, suspiciousness and the hostility index were less responsive to the 9-month intervention, supporting the rationale for extending its duration.

At baseline, mild cognitive impairment according to MoCA was identified in 82 patients (54.7%), whereas 68 individuals (45.3%) had scores within the normative range. Baseline median MoCA scores were 26.0 [24.0; 27.0] points in the main group and 24.0 [23.0; 27.0] points in the comparison group ($p = 0.038$), which must be considered when interpreting the intervention effect. After treatment, the proportion of individuals without cognitive impairment was 59.3% in the main group and 15.8% in the comparison group; mild cognitive impairment was identified in 40.7% and 81.6%, respectively. Severe cognitive impairment was absent in the main group and was identified in 2.6% of the comparison group. The post-treatment distribution of cognitive functioning levels differed significantly between groups ($\chi^2 = 28.4$; $df = 2$; $p < 0.001$; Cramér's $V = 0.47$), indicating a clinically meaningful association between comprehensive treatment and better cognitive status.

Correlation analysis showed that, before treatment, a strong positive association between depression and anxiety occupied a central position in both groups: $r_s = 0.80$ in the main group and $r_s = 0.82$ in the comparison group ($p < 0.001$). Aggression was positively associated with hostility ($r_s = 0.60$ and $r_s = 0.58$, respectively; $p < 0.001$), while quality of life was inversely associated with affective and behavioural disturbances. At baseline, cognitive functioning showed no statistically significant associations with the other measures.

After methadone therapy alone, the comparison group primarily retained the associations between depression and anxiety (r_s = 0.65; p < 0.001) and between aggression and hostility (r_s = 0.54; p < 0.001), whereas quality of life no longer showed statistically significant associations with affective or behavioural measures. The association between quality of life and aggression changed from r_s = −0.56 to r_s = 0.06 (p = 0.001, Steiger's test), and that between quality of life and hostility changed from r_s = −0.47 to r_s = 0.01 (p = 0.027), reflecting fragmentation of the baseline correlation structure.

After comprehensive treatment, the main group retained statistically significant associations of quality of life with depression (r_s = −0.40; p < 0.001), anxiety (r_s = −0.33; p = 0.001), aggression (r_s = −0.22; p = 0.037), and hostility (r_s = −0.22; p = 0.039). A positive association between cognitive functioning and quality of life emerged (r_s = 0.32; p = 0.002), which had not been present before treatment. The correlation between aggression and hostility decreased from r_s = 0.60 to r_s = 0.31 (p = 0.007, Steiger's test), indicating reduced internal rigidity of the behavioural cluster. The overall between-group difference in the change in total correlation-network density did not reach statistical significance (p = 0.273); therefore, the findings primarily characterise a qualitative reorganisation of the configuration of associations rather than a proven difference in their overall strength.

Scientific novelty of the findings. The dissertation provides a comprehensive characterisation of the clinical and psychopathological, pathopsychological, affective, behavioural and cognitive characteristics of individuals with opioid dependence receiving methadone-based OAMT. The pattern of psychopathological changes during pharmacotherapy alone was clarified: stabilisation of destructive behaviour was accompanied by increased awareness of psychological distress and by increased anxiety, depressive and somatised symptoms without statistically significant improvement in quality of life.

For the first time within a single prospective study, changes in psychopathological symptoms, aggression, cognitive functioning and quality of life were compared between methadone-based OAMT without systematic

psychocorrection and OAMT combined with a comprehensive staged treatment and rehabilitation programme. The integrated approach was associated with greater reductions in psychological distress, anxiety and depressive symptoms, and overt forms of aggression; improvements in selected quality-of-life domains; and a more favourable distribution of cognitive-functioning levels.

Scientific understanding of the associations among affective, behavioural, cognitive and functional characteristics in patients with opioid dependence was extended. Different patterns of correlation-structure transformation were identified: fragmentation after methadone therapy alone and qualitative reorganisation after the comprehensive intervention, with preservation of the integrative role of quality of life and emergence of a new association between cognitive functioning and quality of life.

A comprehensive, staged and differentiated treatment and rehabilitation programme was developed, scientifically substantiated, tested and implemented. The programme combines methadone-based OAMT with psychoeducation, motivational interviewing, cognitive behavioural therapy, individual psychocorrection, group-based and family interventions, trauma-focused therapy, and psychosocial support.

Practical significance of the findings lies in substantiating the need for systematic assessment of mental state, cognitive functioning, aggression and quality of life in patients receiving OAMT, because pharmacological stabilisation does not guarantee a reduction in psychopathological symptoms. The proposed psychodiagnostic battery enables the identification of anxiety and depressive, somatised, cognitive and behavioural disturbances, the determination of individual targets for psychocorrection, and longitudinal evaluation of treatment outcomes.

The programme may be used by psychiatrists, addiction medicine specialists, psychotherapists, clinical psychologists, rehabilitation professionals and social workers in health-care facilities providing services to individuals with opioid dependence. Its application is intended to reduce psychopathological burden and aggression, improve cognitive and psychosocial functioning, and increase quality of

life and treatment adherence. The study materials may be used in postgraduate training in psychiatry, addiction medicine, psychotherapy, clinical psychology and rehabilitation.

Keywords: opioid dependence, mental and behavioural disorders, opioid agonist maintenance therapy, methadone, psychocorrection, psychotherapy, rehabilitation, anxiety, depression, cognitive functioning, aggression

ЗМІСТ

ВСТУП..... . **27**

РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ (огляд літератури)..... . 35

1.1. Теоретико-аналітичні засади вивчення психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії 36

1.1.1. Психічні та поведінкові особливості осіб із залежністю від опіоїдів 36

1.1.2. Етіопатогенетичні фактори формування залежності від опіоїдів 39

1.1.3. Нейробіологічні механізми порушень емоційно-вольової та когнітивної сфери 41

1.1.4. Особливості особистісних деформацій і поведінкових патернів у процесі наркотизації 44

1.2. Замісна підтримувальна терапія як складова лікування опіоїдної залежності 47

1.2.1. Історія становлення та сучасні принципи ЗПТ.....47

1.2.2. Психологічні та соціальні аспекти перебування на ЗПТ.....49

1.2.3 Психопатологічна динаміка у пацієнтів під час ЗПТ.....50

1.3. Психокорекційні підходи до роботи з наркозалежними особами... 52

1.3.1. Психотерапевтичні моделі: когнітивно-поведінкова, мотиваційна, психодинамічна, діалектично-поведінкова 52

1.3.2. Інтегративні методи та принципи біопсихосоціальної корекції.... 54

1.3.3. Особливості індивідуальної, групової та сімейної психокорекції ... 57

1.3.4. Профілактика рецидивів і стабілізація психічного стану..... 59

1.4. Медико-психологічна реабілітація осіб, які перебувають на ЗПТ . 61

1.4.1. Поняття та структура психосоціальної реабілітації.....61

1.4.2. Моделі ресоціалізації, відновлення професійного та сімейного статусу..... 62

1.4.3. Сучасні тенденції та напрями удосконалення реабілітаційних програм..... 64

1.5. Аналітичні висновки до розділу та перспективи подальших досліджень 67

РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ 70

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих 70

2.2. Комплекс методів дослідження, які застосовувались 74

2.2.1. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики 75

2.2.2. Оцінка тривоги 76

2.2.3. Оцінка депресії 76

2.2.4. Оцінка якості життя 77

2.2.5. Оцінка когнітивних функцій 78

2.2.6. Оцінка агресивності та ворожості 79

2.3. Дизайн дослідження 81

2.4. Статистичні методи дослідження 83

2.5. Обґрунтування обсягу вибірки 84

РОЗДІЛ 3 ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ТА АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ПАЦІЄНТІВ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ЗА УМОВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ МОНОТЕРАПІЇ МЕТАДОНОМ 87

3.1. Динаміка психометричних показників SCL-90-R у пацієнтів з опіоїдною залежністю на етапі стабілізації замісної підтримувальної терапії метадоном 90

3.2. Результати дослідження динаміки якості життя осіб з опіоїдною залежністю в процесі отримання замісної метадон-асоційовної підтримувальної терапії 98

3.3. Особливості агресивності та імпульсивної поведінки у осіб з опіоїдною залежністю за умов замісної підтримувальної терапії метадоном 106

РОЗДІЛ 4 ПСИХОМЕТРИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРЕВАГ ПОЄДНАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ МЕТАДОНОМ ІЗ РЕАБІЛІТАЦІЙНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ПОРІВНЯНО З ВИКЛЮЧНО МЕДИКАМЕНТОЗНОЮ СХЕМОЮ ЛІКУВАННЯ 117

4.1. Ефективність інтегрованого психотерапевтичного супроводу в стабілізації психопатологічного статусу пацієнтів порівняно з ізольованою схемою замісної підтримувальної терапії 120

4.2. Переваги комплексного підходу в реабілітації осіб з опіоїдною залежністю: синергічний вплив психокорекції та замісної підтримувальної терапії на якість життя 128

4.3. Ефективність інтегрованої психокорекції у нівелюванні агресивності та імпульсивності у осіб на замісній терапії метадоном: порівняльний аналіз 134

4.4. Вивчення ефективності впровадження психокорекційних інтервенцій в усуненні когнітивних порушень пацієнтів з опіоїдною залежністю, які отримують метадон-асоційовану ЗПТ 142

РОЗДІЛ 5 КОРЕЛЯЦІЙНА СТРУКТУРА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ 150

5.1. Структурний аналіз взаємозв'язків між клініко-психологічними показниками у контрольній групі до лікування 151

5.2. Перебудова кореляційної структури клініко-психологічних показників у контрольній групі після ізольованої метадонової терапії 154

5.3. Кореляційна структура клініко-психологічних показників в основній групі до лікування 157

5.4. Реорганізація кореляційної архітектури клініко-психологічної системи в основній групі після комплексного лікування, що поєднувало замісну підтримувальну терапію із систематичними психокорекційними втручаннями 161

5.5. Порівняльний аналіз структурної реорганізації клініко-психологічної системи в групах дослідження 164

РОЗДІЛ 6 АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ 170

6.1. Психопатологічна трансформація та адаптаційний потенціал у пацієнтів з опіоїдною залежністю за умов замісної підтримувальної монотерапії метадоном 171

6.2. Психометричне обґрунтування переваг поєднання фармакотерапії метадоном із реабілітаційними стратегіями порівняно з виключно медикаментозною схемою лікування 177

ВИСНОВКИ 184

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 188

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 190

ДОДАТКИ 214

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДПТ	діалектично-поведінкова терапія
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІА	індекс агресивності
ІВ	індекс ворожості
КД	когнітивний дефіцит
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МАТ	Медикаментозно-асистована терапія
ПАР	психоактивні речовини
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ЮНЕСКО	Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
ANX	тривожна симптоматика
DEP	депресивна симптоматика
GSI	загальний індекс тяжкості симптомів
HAM-A	шкала Гамільтона для оцінювання тривоги
HAM-D-17	17-пунктова шкала Гамільтона для оцінювання депресії
HOS	ворожість
INT	міжособистісна сенситивність
MoCA	Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій
O-C	обсесивно-компульсивна симптоматика
PAR	параноїдальна ідеація
PHOB	фобічна тривога
PSDI	індекс інтенсивності позитивних симптомів
PST	загальна кількість позитивних симптомів
PSY	психотизм
SCL-90-R	переглянутий опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики

SOM	соматизація
WHOQOL-BREF	скорочена версія опитувальника ВООЗ для оцінювання якості життя

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Опіоїдна залежність є хронічним рецидивуючим розладом, що формується внаслідок складної взаємодії нейробіологічних, психологічних і соціальних чинників. Її клінічне значення не обмежується патологічним потягом до опіоїдів і синдромом відміни. Захворювання супроводжується високим ризиком передозування та передчасної смерті, соматичною і психіатричною коморбідністю, порушенням сімейного, професійного та соціального функціонування, стигматизацією і зниженням якості життя. З огляду на це залежність від опіоїдів залишається однією з найбільш складних проблем сучасної психіатрії, наркології та громадського здоров'я [1–6].

Тривале вживання опіоїдів пов'язане зі стійкими змінами систем винагороди, стресового реагування, мотивації та виконавчого контролю. На клінічному рівні це може виявлятися емоційною нестійкістю, тривожно-депресивною симптоматикою, імпульсивністю, агресивними формами реагування, зниженням критичності, порушенням когнітивного функціонування та труднощами прийняття рішень. Зазначені зміни не лише погіршують психічний стан, а й знижують прихильність до лікування, підвищують ризик повернення до вживання психоактивних речовин та ускладнюють соціальну реінтеграцію [6–13].

Одним із базових доказових підходів до лікування опіоїдної залежності є замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) із застосуванням метадону або бупренорфіну. Вона забезпечує контроль симптомів відміни і патологічного потягу, зменшує вживання нелегальних опіоїдів, сприяє утриманню пацієнтів у лікувальній програмі та знижує ризик смертності. Саме тому ЗПТ розглядається міжнародними клінічними настановами як ключовий компонент довготривалого лікування осіб з опіоїдною залежністю [5, 14–19].

Водночас фармакологічна стабілізація не означає автоматичного відновлення психічного здоров'я та соціального функціонування. Після припинення вживання нелегальних опіоїдів у частини пацієнтів зберігаються

або стають більш усвідомленими тривога, депресивні переживання, соматизація, міжособистісна сенситивність, ворожість, почуття провини та інші прояви психологічного дистресу. Когнітивні порушення, особистісна дисфункція, дефіцит навичок емоційної саморегуляції, соціальна ізоляція та низька якість життя можуть підтримувати дезадаптивні поведінкові патерни навіть за умови стабільного приймання препаратів для ЗПТ [9, 10, 20–30].

Отже, клінічну ефективність ЗПТ доцільно оцінювати не лише за припиненням або зменшенням вживання нелегальних опіоїдів. Важливими результатами лікування є динаміка психопатологічної симптоматики, агресивності та ворожості, когнітивного функціонування, якості життя, міжособистісних відносин і здатності пацієнта до повсякденної адаптації. Такий підхід відповідає біопсихосоціальній моделі залежності та дає змогу перейти від вузької фармакологічної стабілізації до комплексного відновлення особистісного і соціального функціонування.

Сучасні дані свідчать, що психоосвіта, мотиваційне інтерв'ювання, когнітивно-поведінкова терапія, індивідуальні, групові та сімейні втручання, навчання адаптивних копінг-стратегій і травмафокусовані методи можуть бути корисними складовими лікування розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів. Разом із тим результати досліджень є неоднорідними, залежать від складу програми, клінічних характеристик пацієнтів, тривалості втручання та обраних критеріїв ефективності. Це обґрунтовує потребу не в механічному додаванні окремих психотерапевтичних методів, а в побудові поетапної, диференційованої та орієнтованої на потреби пацієнта системи допомоги [31–47].

Попри значну кількість праць, присвячених фармакотерапії опіоїдної залежності, недостатньо вивченими залишаються комплексна динаміка психічних і поведінкових порушень у процесі ЗПТ та взаємозв'язки між афективною симптоматикою, агресивністю, когнітивним функціонуванням і якістю життя. Обмежено представлені проспективні контрольовані дослідження, у яких зазначені показники оцінювалися б одночасно, а

фармакологічна монотерапія порівнювалася з інтегрованим лікувально-реабілітаційним підходом. У вітчизняній практиці особливо актуальним є створення програми, яку можна послідовно реалізовувати у закладах, що надають допомогу особам з опіоїдною залежністю.

Таким чином, вивчення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей осіб з опіоїдною залежністю, які перебувають на ЗПТ, визначення динаміки тривожно-депресивної симптоматики, агресивності, когнітивного функціонування та якості життя, а також розроблення комплексної системи психокорекційних і лікувально-реабілітаційних заходів є своєчасним науковим і практичним завданням.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційну роботу виконано в межах науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету «Розробка сучасних технологій диференційованої психіатричної допомоги особам з непсихотичними психічними розладами та їх родичам і фахівцям сфери охорони психічного здоров'я»» (номер державної реєстрації 0121U114305, термін виконання роботи: 01.2022-12.2026 р.). Тема дисертації є складовою зазначеної науково-дослідної роботи.

Мета роботи:

на основі комплексного дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії, розробити комплексну, поетапну, диференційовану програму корекційних та лікувально-реабілітаційних заходів та оцінити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.

2. Визначити патопсихологічні особливості наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.

3. Оцінити рівень агресивності у наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.

4. Дослідити рівень когнітивного функціонування та оцінити якість життя наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.

5. Встановити характер і значущість взаємозв'язків між рівнем депресії, тривоги, агресії, станом когнітивного функціонування та якістю життя наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії.

6. Розробити та науково обгрунтувати комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму корекції психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які отримують препарати замісної підтримувальної терапії та оцінити її ефективність щодо редукції психічіних і поведінкових порушень, покращення когнітивного функціонування та якості життя пацієнтів.

Об'єкт дослідження: психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів в осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, тривожна і депресивна симптоматика, агресивність і ворожість, когнітивне функціонування, якість життя та їх динаміка під впливом замісної підтримувальної терапії і комплексної лікувально-реабілітаційної програми.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний і клініко-психопатологічний – для вивчення анамнезу, клінічних проявів опіоїдної залежності та супутніх психічних і поведінкових порушень; психодіагностичний і психометричний – для оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики, тривоги, депресії, агресивності, ворожості, когнітивного функціонування та якості життя; біостатистичний – для опрацювання отриманих даних, перевірки статистичних гіпотез, оцінювання

динаміки показників і міжгрупових відмінностей, визначення розмірів ефекту та аналізу кореляційної структури клініко-психологічних показників.

Наукова новизна дослідження

У дисертаційній роботі поглиблено наукові уявлення про клініко-психопатологічні, патопсихологічні, афективні, поведінкові та когнітивні особливості осіб з опіоїдною залежністю, які отримують метадон у межах замісної підтримувальної терапії.

Уточнено характер психопатологічної динаміки за умов фармакотерапії метадоном без систематичних психокорекційних втручань. Встановлено, що стабілізація поведінкових проявів залежності не завжди супроводжується зниженням загального психічного дистресу, а у частки пацієнтів поєднується з актуалізацією або кращим усвідомленням тривожної, депресивної симптоматики та зростанням усвідомлюваного психічного дистресу.

Уперше в межах одного проспективного контрольованого дослідження проведено комплексне порівняння динаміки психопатологічної симптоматики, агресивності, когнітивного функціонування та якості життя у пацієнтів, які отримували лише ЗПТ метадоном, і пацієнтів, у яких ЗПТ поєднувалася з застосуванням лікувально-реабілітаційної програми. Науково обґрунтовано переваги інтегрованого підходу щодо зниження психопатологічного навантаження, тривожно-депресивної симптоматики й окремих проявів агресивності, поліпшення когнітивного статусу та низки доменів якості життя.

Розширено уявлення про взаємозв’язки афективних, поведінкових, когнітивних і функціональних характеристик осіб з опіоїдною залежністю. Виявлено різні варіанти перебудови кореляційної структури клініко-психологічних показників: її фрагментацію після ізольованої метадонової терапії та якісну реорганізацію після комплексного втручання зі збереженням інтегративної ролі якості життя і формуванням зв’язку між когнітивним функціонуванням та якістю життя.

Розроблено, науково обґрунтовано й апробовано комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму, яка поєднує ЗПТ із психоосвітою, мотиваційним інтерв'юванням, соціальним консультуванням, арттерапією, індивідуальною психокорекцією, когнітивно-поведінковою терапією, груповою роботою, навчанням адаптивних копінг-стратегій, аутогенним тренуванням, сімейною терапією та наративною експозиційною терапією.

Практичне значення

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні необхідності систематичного оцінювання психічного стану, агресивності, когнітивного функціонування та якості життя осіб, які отримують ЗПТ. Фармакологічна стабілізація зменшує ризики, пов'язані з нелегальним вживанням опіоїдів, однак не може вважатися достатнім критерієм психічного й соціального відновлення пацієнта.

Запропонований психодіагностичний комплекс із використанням SCL-90-R, шкал Гамільтона для оцінювання тривоги і депресії, Монреальської шкали оцінювання когнітивних функцій, опитувальника WHOQOL-BREF та методики Басса-Дарки дає змогу виявляти індивідуальні мішені психокорекції, контролювати динаміку лікування й обґрунтовано визначати потребу в подальшому психотерапевтичному та реабілітаційному супроводі.

Розроблена лікувально-реабілітаційна програма може застосовуватися психіатрами, лікарями-наркологами, психотерапевтами, клінічними психологами, фахівцями з реабілітації та соціальними працівниками у закладах, що надають допомогу особам з опіоїдною залежністю. Її поетапна структура дає можливість диференціювати втручання відповідно до психопатологічного профілю, рівня мотивації, когнітивних можливостей, сімейного контексту та актуальних ресурсів пацієнта.

Результати дисертаційної роботи та розроблену програму впроваджено у практичну діяльність закладів охорони здоров'я відповідно до актів впровадження: КНП «Дніпровський центр медико-санітарної допомоги №9»

ДОР, КНТ «ДБКЛПД» ДОР, ППО ВСП «Університетська лікарня» ДДМУ. Результати дослідження використовуються в освітньому процесі під час підготовки лікарів-інтернів і слухачів післядипломної освіти з психіатрії, наркології, психотерапії, клінічної психології кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувачки

Дисертаційна робота є самостійною завершеною науковою працею здобувачки. Самостійно проведено патентно-інформаційний пошук та аналіз наукової літератури за темою.

Здобувачкою особисто визначено напрямок дослідження, мету і завдання дослідження, самостійно проведено патентно-інформаційний пошук та аналіз наукової літератури за темою. Розроблено дизайн дослідження, визначено критерії включення і виключення пацієнтів, групи дослідження. Авторкою відібрано комплекс клініко-дігностичних і психометричних методик, здійснено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження досліджуваних.

Здобувачкою сформовано електронну базу даних, проведено статистичне опрацювання та клінічна інтерпретація отриманих результатів. Особисто розроблено, обгрунтовано і застосовано комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму, здійснено оцінку її ефективності, сформульовано положення наукової новизни, висновки та практичні рекомендації. Здобувачкою підготовлено текст дисертації та наукові публікації за її матеріалами.

У працях, опублікованих у співавторстві, здобувачці належать формування концепції дослідження, збір клінічного матеріалу, проведення психодіагностичного обстеження, аналіз та інтерпретація результатів і підготовка основного тексту публікацій. Співавтори брали участь у науковому консультуванні, обговоренні результатів та редакційному опрацюванні рукописів. Запозичень ідей або результатів співавторів без відповідних посилань у дисертаційній роботі немає.

Апробація результатів дослідження

Основні положення та результати дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на наукових заходах, зокрема на Європейських конгресах з психіатрії, організованих Європейською психіатричною асоціацією (European Psychiatric Association, EPA): EPA 2023 – «Person-centered approach to work with drug addicts on substitution maintenance therapy»; EPA 2024 – «Research of cognitive disorders and quality of life in patients who are receiving methadone replacement maintenance therapy»; EPA 2025 – «Research of personality anxiety and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist maintenance therapy (OAMT)»; EPA 2026 – «Comprehensive treatment of opioid addiction in patients receiving opioid agonist maintenance therapy».

Публікації

За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, з яких 4 праці містять основні наукові результати дисертації, а 4 праці засвідчують апробацію її матеріалів на міжнародних наукових заходах. До праць, у яких представлено основні результати, належать 3 статті у наукових фахових виданнях України та 1 стаття в науковому виданні, що входить у міжнародні наукометричні бази Scopus та Web of Science, 4 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій.

Обсяг та структура дисертації

Загальний обсяг дисертації становить 217 сторінок. Дисертаційна робота складається з анотації українською та англійською мовами, переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і додатків. Роботу ілюстровано 17 таблицями та 21 рисунком. Список використаних джерел містить 203 найменувань, з них 25 – кирилицею та 178 – латиницею.

РОЗДІЛ 1
АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СУЧАСНИХ АСПЕКТІВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ
(огляд літератури)

Наркотична залежність, зокрема від опіоїдів, залишається одним із найпотужніших викликів сучасної медицини та громадського здоров'я у світі [1–5, 48, 49]. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2023), понад 60 мільйонів осіб страждають на опіоїдну залежність, а близько 1,2 мільйона смертей щороку пов'язані з передозуванням, ускладненнями або супутніми психічними розладами [50]. Хронічний рецидивуючий перебіг, високий рівень коморбідних психічних і соматичних порушень, а також глибокі соціальні наслідки роблять це захворювання мультидисциплінарною проблемою, що потребує комплексного біопсихосоціального підходу.

Ключовим компонентом сучасної стратегії лікування осіб із розладом, пов'язаним із вживанням опіоїдів є замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), також відома як медикаментозно-асистована терапія (МАТ) або лікування опіоїдними агоністами (ЗПТ).

Основна мета ЗПТ полягає не лише у фармакологічній стабілізації пацієнта, але й у нормалізації поведінкових, емоційних та когнітивних процесів, що забезпечують відновлення контролю над життям і соціальним функціонуванням. Згідно з міжнародними рекомендаціями (ВООЗ, National Institute on Drug Abuse), МАТ спрямована на:

– зниження споживання нелегальних опіоїдів;

– зменшення ризику передозування та смертності;

– профілактику інфекційних ускладнень (вірус імунодефіциту людини/синдрому набутого імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД), гепатитів В і С);

– підвищення прихильності до лікування та покращення якості життя [20, 50–53].

Науковці підкреслюють, що ефективність ЗПТ визначається не лише фармакологічними механізмами, але й психічними, особистісними та соціальними чинниками, які формують психо-соціальний фон залежності [54–57].

ЗПТ є не просто фармакологічною заміною нелегальних опіоїдів, а комплексною медико-психологічною програмою, що враховує багатовимірну природу залежності. Її ефективність значною мірою залежить від інтеграції біологічних, психологічних і соціальних компонентів. З урахуванням вищевикладеного, в першому підрозділі чинного огляду нами проведений інтегрований аналіз психічних і поведінкових характеристик осіб із залежністю від опіоїдів, етіопатогенетичних факторів розвитку залежності, нейробіологічних механізмів порушень емоційно-вольової та когнітивної сфер, а також особистісної й поведінкової деформації в процесі формування наркотичної залежності.

1.1. Теоретико-аналітичні засади вивчення психічних і поведінкових порушень у наркозалежних осіб, які перебувають на замісній підтримувальній терапії

1.1.1. Психічні та поведінкові особливості осіб із залежністю від опіоїдів

Поведінкові характеристики осіб з опіоїдною залежністю виходять за межі безпосереднього вживання речовини та включають патерни ескалації дозування, толерантності, абстинентного синдрому, компульсивного вживання та значних порушень у соціальній, професійній і особистісній сферах [57–59].

Сучасні керівництва підкреслюють, що розлад, пов’язаний із вживанням опіоїдів характеризується комплексом поведінкових, когнітивних та фізіологічних проявів, включаючи сильне прагнення до вживання опіоїдів, порушення контролю над їх прийомом, толерантність, синдром відміни, ігнорування альтернативних інтересів та продовження використання наркотичної речовини всупереч шкоді [20, 50–53].

Дослідження J.S. Nevid та співавт. (2020) продемонструвало, що для осіб із залежною особистісною структурою на перший план виступає зниження мотивації та негативне ставлення до оточення, висока частота афективних форм реагування та негативізм. Автори спостерігали також морально-етичне зниження, безтурботність, відсутність інтересу до власного майбутнього, низьку критичність, безініціативність, помилки самооцінки. Дослідники відзначили, що для осіб зазначеної категорії типовими є такі психічні особливості, як несталість, легковажність, потурання власним бажанням, безвідповідальність. При тривалому вживанні психоактивних речовин (ПАР) ці риси поступово трансформуються за типом психопатизації особистості [60].

У наукових дослідженнях останніх років показано, що у осіб з різними формами залежності, в т.ч. опіоїдною, часові перспективи минулого, теперішнього та майбутнього сприймаються як окремі, слабо інтегровані частини життя. Тому власне бачення ними свого життєвого шляху є фрагментованим і викривленим – життя не усвідомлюється як цілісність у єдності минулого, теперішнього та уявлюваного майбутнього. Це безпосередньо впливає на когнітивно-рефлексивну діяльність: знижується здатність до встановлення причинно-наслідкових зв’язків, аналізу досвіду та його використання. Замість цього домінує мислення за принципом «тут і тепер», підпорядковане спотвореній внутрішній картині світу [61, 62].

Досліджуючи феноменологію та клінічні аспекти залежних форм поведінки, ряд науковців виокремили низку феноменів і синдромів, які можуть бути структуровані за принципом «чотирьох А»: анозогнозія, алекситимія, афективні порушення, адиктивний потяг (за аналогією з відомою тетрадою Е. Блейлера в загальній психопатології – асоціативний дефект, аутизм, амбівалентність, афективна неадекватність) [63, 64].

Так, анозогнозія визначається як нездатність або небажання усвідомлювати наявність захворювання і відповідно змінювати поведінку. Цей феномен перебуває на перетині понять «некритичність», «внутрішня картина хвороби», «самооцінка» та «ідентифікація». Вважається, що порушення

критичного ставлення до власної хвороби у наркозалежних пацієнтів зумовлене дією психологічного захисного механізму заперечення [65–67].

Алекситимія – зниження здатності усвідомлювати, формулювати та вербалізувати власні емоційні переживання. За даними L. Wurmser (1974), емоційна бідність, характерна для осіб із залежністю, та супутня алекситимія пов'язані з хронічним запереченням внутрішніх конфліктів і навіть самого існування внутрішнього світу. На думку автора, у більшості наркозалежних існує так зване «фобічне ядро» – інфантильний невроз, який формує основу подальших патологічних змін особистості [68]. За даними Д.І. Бойко (2021) і M. Parolin та співавт. (2018), частота проявів алекситимії серед наркозалежних осіб варіює в межах від 45 до 67 % [69, 70].

Адиктивний потяг (у наркології відомий також як синдром патологічного потягу) – один із варіантів девіантної поведінки, що характеризується прагненням уникнути реальності через штучну зміну психічного стану шляхом прийому речовин або фіксацією на певних видах діяльності з метою підтримання інтенсивних емоційних переживань [71, 72]. Сучасна концепція розглядає цей феномен як особливу форму деформації вольової діяльності, не тотожну класичним психопатологічним симптомам, але таку, що відіграє центральну роль у структурі наркотичної залежності [73, 74].

Ще в дослідженнях початку XXI століття, присвячених вивченню внутрішнього світу осіб із наркотичною залежністю, була сформульована теорія «структурного дефіциту», яка описує нездатність таких людей регулювати власні афекти, підтримувати здорові стосунки з оточенням і контролювати поведінку за умов емоційного напруження [75, 76]. B.V. Watts та співавт. (2022) [77] зазначають, що афективні розлади є найчастішою причиною суїцидальних і парасуїцидальних дій серед наркологічних пацієнтів. Вони спостерігаються на всіх етапах розвитку залежності – від абстинентного синдрому до стадії ремісії – і становлять обов'язковий компонент патологічного потягу.

Загалом, дослідження психічних та поведінкових особливостей осіб із наркотичною залежністю має важливе наукове та практичне значення. Воно дозволяє виявити передумови ефективності різних програм реабілітації, оптимізувати індивідуальний маршрут лікування та соціальної адаптації пацієнтів. Розуміння структури особистісних ресурсів залежних осіб створює підґрунтя для формування цілеспрямованих психокорекційних і терапевтичних стратегій, спрямованих на відновлення тверезого способу життя та підтримання стабільної ремісії.

1.1.2. Етіопатогенетичні фактори формування залежності від опіоїдів

Перехід від вживання опіоїдів до сформованої залежності зумовлений складною взаємодією генетичних, епігенетичних, нейробіологічних, соціальних та психосоціальних факторів.

Проведені протягом останнього десятиліття геномно-асоційовані дослідження (Genome-Wide Association Studies, GWAS) дали можливість ідентифікувати низку генів-кандидатів, пов’язаних з підвищеним ризиком розвитку опіоїдної залежності [78–82]. Отримані дані вказують на те, що опіоїди модифікують експресію генів, залучених до регуляції нейрональної пластичності та стресової реактивності, зокрема через механізми метилування ДНК та ацетилювання гістонів. У цьому контексті заслуговує на увагу робота C. Tesone-Coelho та співавт. (2022) [83], які продемонстрували підвищення експресії метильованої ділянки ДНК MeCP2 у стриатумі, а також посилену експресію гістонової деацетилази HDAC2 у прилеглому ядрі. Такі зміни супроводжувалися зниженням рівнів ацетилювання гістонів H3 та H4, що свідчить про залучення епігенетичних механізмів до формування нейробіологічних адаптацій, характерних для опіоїдної залежності.

Зростає кількість доказів того, що опіоїди спричиняють активацію мікроглії та вивільнення прозапальних цитокінів (IL-6, TNF-α, IL-1β), які впливають на синаптичну функцію та сприяють депресивним і когнітивним симптомам [84, 85]. Такі дані посилюють уявлення про розлад, пов’язаний із

вживанням опіоїдів як про комплексний розлад, у якому перетинаються нейробіологічні, імунні та епігенетичні механізми.

Попри вагомі наукові надбання, сучасні геномні дослідження мають низку методологічних обмежень: невеликі вибірки, недостатню кількість реплікацій, а також ризик популяційної стратифікації, що може впливати на інтерпретацію результатів. Це підкреслює нагальну потребу у проведенні масштабних, репрезентативних GWAS та систематичних реплікаційних досліджень. Отримання більш надійних даних є критично важливим для розроблення точніше спрямованих фармакологічних та превентивних стратегій, які здатні поліпшити результати лікування осіб з опіоїдним розладом.

Сучасні наукові дослідження послідовно підкреслюють фундаментальну роль мотивації до отримання задоволення у формуванні та прогресуванні опіоїдної залежності [7, 86]. Одним із провідних теоретичних підходів є концепція, запропонована P.V. Piazza та V. Deroche-Gamonet (2013) [87], які розглядають вживання ПАР як особливу форму рекреаційної активності. Автори наголошують, що люди інвестують значні ресурси у види діяльності, спрямовані на стимуляцію «системи винагороди» – спорт, музику, гастрономію, візуальні розваги тощо, які змінюють мозкову активність через сенсорні системи, тоді як наркотичні речовини, зокрема опіоїди, викликають аналогічні зміни безпосереднім фармакологічним впливом.

Ці дослідники запропонували 3-етапну модель розвитку опіоїдної залежності. На першому етапі – рекреаційному – вживання наркотика є епізодичним і сприймається як один із засобів отримання задоволення. Для більшості осіб, які вживають ПАР немедичним шляхом, на цьому етапі характерним є вивільнення дофаміну та інших нейромедіаторів винагороди. Другий етап – інтенсифіковане вживання – виникає в частини людей зі схильністю до гіперактивності дофамінергічної системи та дисфункцією префронтальної кори, що проявляється імпульсивністю та порушенням контролю поведінки. Третій етап – власне залежність – характеризується

глибокими нейрональними порушеннями у структурах, пов’язаних із системою винагороди. На цьому рівні потреба у речовині стає патологічною, а її відсутність спричиняє тяжкі психоемоційні розлади, формуючи замкнене коло залежності.

У наукових публікаціях наголошується, що схильність до опіоїдної залежності формується як результат складної взаємодії між біологічними, психологічними та соціальними чинниками [6, 7, 86, 88]. Зокрема, повторне вживання опіоїдів викликає алостатичні зміни у системі винагороди мозку, зменшуючи чутливість до природних стимулів та підвищуючи значущість самої речовини. Такий механізм закріплює компульсивний патерн вживання та знижує поріг розвитку рецидиву. До факторів ризику також належать сімейна історія залежності, низький рівень освіти, дитячі травматичні події та несприятливі психосоціальні умови, які асоційовані з раннім початком вживання наркотиків і тяжчим перебігом залежності [7, 8, 86].

Отже, розвиток опіоїдної залежності є багатофакторним процесом, що формується через взаємодію біологічних, психологічних та соціальних механізмів, які разом детермінують схильність до розвитку розладу, пов’язаного із вживанням опіоїдів та характер його перебігу.

1.1.3. Нейробіологічні механізми порушень емоційно-вольової та когнітивної сфери

Нейробіологічна основа опіоїдної залежності формується внаслідок тривалих адаптацій мозкових систем, відповідальних за винагороду, мотивацію, емоції та контроль поведінки. Опіоїди впливають на ключові нейротрансмітерні системи, зокрема опіоїдні, дофамін-, глутамат- та ГАМК-ергічні, змінюючи баланс між стимуляційними та інгібіторними механізмами в межах мезолімбічної мережі – головного центру формування потягу й підкріплення [8, 53, 89, 90].

Основна мішень опіоїдів – μ-опіоїдні рецептори, локалізовані у вентральній тегментальній ділянці та прилеглому ядрі [91]. Їх активація

пригнічує активність ГАМК-ергічних інтернейронів, що призводить до дизінгібіції дофамінергічних нейронів і призводить до посилення вивільнення дофаміну – ключового нейромедіатора системи винагороди та позитивного підкріплення [92, 93].

Тривала активація зазначених нейрональних мереж викликає «алостатичний зсув» – адаптивне зниження чутливості до природних винагород і посилення реактивності щодо наркотик-асоційованих стимулів [7, 8, 86], що сприяє розвитку ангедонії, зниженню мотивації та появі компульсивного потягу до речовини.

Дані функціональної нейровізуалізації демонструють, що при опіоїдній залежності спостерігається зниження активності префронтальної та орбітофронтальної кори, а також передньої поясної звивини – регіонів, що регулюють самоконтроль, планування, прийняття рішень та емоційну регуляцію [7, 94]. Внаслідок цього у пацієнтів формується дефіцит когнітивного контролю, знижується здатність до відтермінування винагороди та посилюється імпульсивність. Такі зміни зумовлюють поведінкові порушення, що утруднюють дотримання терапевтичних рекомендацій і підвищують ризик рецидиву.

Тривале вживання екзогенних опіоїдів призводить до зниження активності ендогенної опіоїдної системи, включаючи енкефаліни, ендорфіни, динорфіни, обумовлюючи зменшення здатності мозку до природного знеболення, емоційного комфорту й соціальної взаємодії. Дисбаланс між μ- і κ-опіоїдними системами сприяє посиленню негативних афективних станів, розвитку дисфорії, тривоги, соціальної ізоляції, які підсилюють мотивацію до повторного вживання екзогенних опіоїдів, сприяючи підтриманню патологічного циклу залежності [7, 91, 95, 96].

Хронічне вживання опіоїдів викликає гіперактивацію системи стресу, зокрема кортикотропін-рилізинг-гормонового механізму (CRH) та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН). При синдромі відміни рівень кортикотропін-рилізинг-фактора і норадреналіну в амігдалі та гіпокампі

зростає, що проявляється емоційною лабільністю, тривожністю, агресивністю та депресивною симптоматикою [7, 97–99] (рис. 1.1).

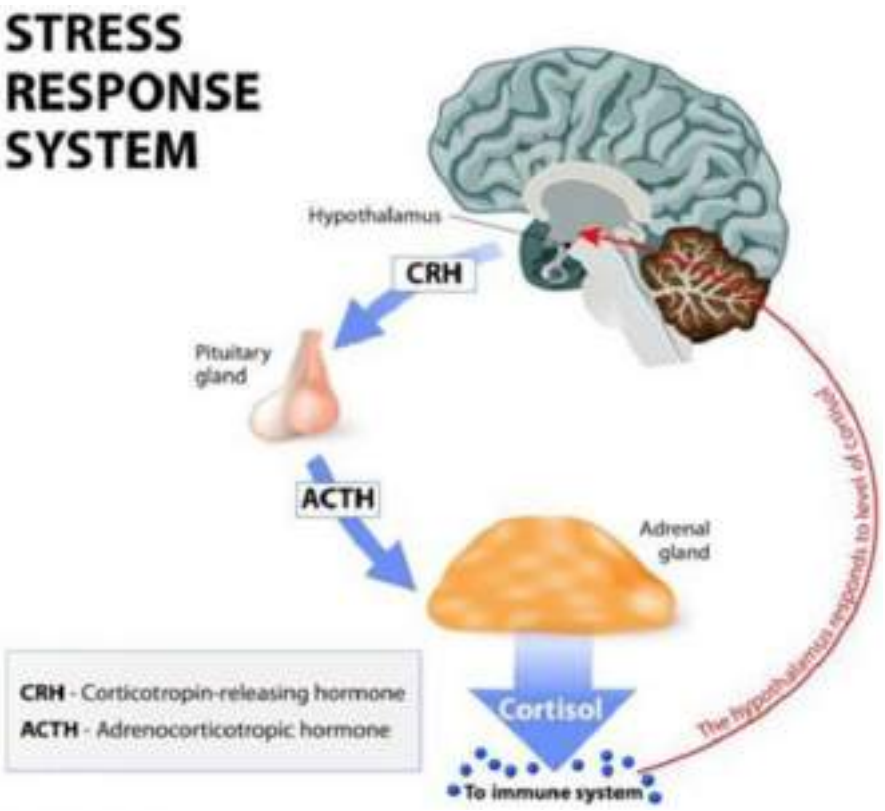


Рис. 1.1. ГГН-вісь: нейроендокринний шлях контролю реакції організму на стрес (за K.G. Brown, B. Capili, 2020 [7])

Цей стан підтримує патологічне коло «стрес – потяг – рецидив», коли психоемоційне напруження слугує тригером повторного вживання ПАР.

Наслідком тривалих нейробіологічних пертурбацій, які виходять за межі гострого фармакологічного впливу опіоїдів, є формування когнітивних дефіцитів, які відображають глибинні структурно-функціональні порушення у фронто-стріарних мережах мозку.

Численні нейропсихологічні та нейровізуалізаційні дослідження підтверджують, що у осіб з опіоїдною залежністю спостерігається широкий спектр когнітивних порушень, які охоплюють зниження швидкості переробки інформації, дефіцити робочої пам’яті, труднощі концентрації уваги,

порушення виконавчих функцій і прийняття рішень, що фіксуються як у період активного вживання, так і після припинення наркотичного впливу.

Так, збереження порушень когнітивного функціонування спостерігається через місяці й навіть роки після припинення вживання опіоїдів, що свідчить про особливо стійкий характер нейробіологічних змін. У роботах з функціональної МРТ також було показано зниження активності префронтальної кори та зміни взаємозв'язків у фронто-стріарних петлях. Ці патологічні зміни узгоджуються з нейрохімічними даними, які вказують на десенситизацію та зниження доступності D2-дофамінових рецепторів у стріатумі, що знижує чутливість до природних винагород і підсилює пошук наркотичної речовини як основного джерела дофамінергічної стимуляції. Паралельно виявлено збільшення щільності NMDA-рецепторів у префронтальній корі, що може сприяти нейротоксичним процесам і порушувати баланс між глутаматергічною та ГАМК-ергічною активністю [9–11].

Врахування вищевикладених нейробіологічних аспектів опіоїдної залежності сприяє оптимізації дозування та вибору препарату ЗПТ (наприклад, метадон або бупренорфін) [14, 15], а також плануванню супровідних психологічних втручань.

1.1.4. Особливості особистісних деформацій і поведінкових патернів у процесі наркотизації

Особистісні та поведінкові зміни при опіоїдній залежності формуються поступово і тісно пов'язані з нейробіологічними порушеннями, розглянутими у попередньому підрозділі. Вони проявляються у сфері мотивації, емоційного реагування, соціальної взаємодії та когнітивного контролю.

Дослідження особистісних характеристик у межах моделі «великої п'ятірки» (Five-Factor Model) [55, 56] продемонстрували, що пацієнти з опіоїдною залежністю мають підвищений рівень нейротизму (тривожність, імпульсивність, підвищена емоційна реактивність), знижені показники

екстраверсії (соціальна ізоляція, обмежена соціальна активність) та добросовісності (здатність до самоконтролю, планування та організації поведінки) порівняно з особами без залежності. Такі зміни формують психодинамічний фон, який сприяє підтриманню компульсивного вживання та складнощам у відновленні.

Науковці підкреслюють, що повторне вживання опіоїдів сприяє формуванню стійких поведінкових патернів, серед яких виділяють:

– компульсивне вживання (поведінка, детермінована патологічним потягом до речовини, при слабкому контролі з боку префронтальної кори);

– порушення адаптивної мотивації (зниження інтересу до раніше значущих видів діяльності, соціальних контактів, хобі, роботи);

– систематичне уникання дискомфорту (вживання як механізм уникання фізичної або психологічної болючості, що поглиблює циклічність залежності) [60, 100, 101].

Ці поведінкові патерни укорінюються в соціальному контексті, де відсутність підтримки, стигматизація та наявність тригерів підвищують ризик рецидиву.

Дослідники зазначають, що тривале вживання опіоїдів спричиняє стійку адиктивну деформацію особистості, що проявляється регресивними змінами психічного розвитку, порушенням соціалізації, модифікацією захисних механізмів і втратою життєвих цілей [71, 73, 102, 103]. У літературі описується комплекс особистісних трансформацій, що охоплює потребово-мотиваційну, емоційну, когнітивно-вольову та морально-ціннісну сфери.

Потребово-мотиваційні зміни полягають у формуванні домінуючої «наркотичної мотивації», яка витісняє соціально значущі інтереси, руйнує ціннісні орієнтири та призводить до моральної деградації [75, 104–106].

Порушення морально-етичної сфери проявляються в заміні попередньої ієрархії цінностей на адиктивну, зростанні толерантності до антисоціальної поведінки та засвоєнні девіантних норм унаслідок залучення до криміногенного оточення [107, 108].

Емоційна сфера характеризується звуженням діапазону позитивних емоцій, емоційною нестабільністю, агресивністю, дисфоріями та загальним афективним огрубінням. Виявляються труднощі у розпізнаванні й адекватному вираженні емоцій [12, 75, 76, 109].

Когнітивно-вольові порушення включають зниження уваги, пам'яті, інтелектуальної витривалості, порушення праксису й тактильного сприйняття, недостатню цілеспрямованість і регуляцію поведінки. Виразність цих змін корелює з тривалістю та тяжкістю залежності й віком початку вживання [9, 10, 13].

Ставлення до власної особистості характеризується заниженою, нестійкою або суперечливою самооцінкою, нездатністю до саморефлексії, спотвореною Я-концепцією та емоційною незрілістю. Розрив між реальним та ідеальним «Я» посилює інтрапсихічні конфлікти та сприяє втечі від реальності у вживання [110–112].

Соціальне функціонування наркозалежних відзначається екстернальним локусом контролю, низькою емпатією, підвищеною залежністю від оточення, уникненням конфліктів і тенденцією до соціальної ізоляції. Репресивне ставлення суспільства поглиблює дезадаптацію [21–24].

Ставлення до власного здоров'я характеризується низькою критичністю, недостатнім усвідомленням шкідливих наслідків уживання, зниженням здатності до самоаналізу та відсутністю внутрішньої мотивації до ресоціалізації [111, 113–115].

Зазначені зміни часто підтримуються соціальними факторами, зокрема ізоляцією, стигматизацією та дисфункціональними сімейними моделями [116, 117].

Психодинамічні концепції вказують на те, що залежна поведінка виконує функцію компенсації внутрішніх конфліктів – низької самооцінки, відчуття безпорадності та ранньої травми. Опіоїди стають зовнішнім механізмом регуляції емоцій, який заміщує адаптивні стратегії.

Тривале використання підсилює дефіцити особистості, створюючи самопідтримуваний цикл залежності та порушень поведінки.

1.2. Замісна підтримувальна терапія як складова лікування опіоїдної залежності

1.2.1. Історія становлення та сучасні принципи ЗПТ

Сплеск героїнової залежності у 1960-х роках спонукав клінічних дослідників до пошуку опіоїдного агоніста тривалої дії, придатного для перорального застосування та здатного зменшувати або усувати симптоми відміни, знижувати потяг до наркотиків і нормалізувати фізіологічні функції [118, 119].

У серії клінічних досліджень за участю пацієнтів з опіоїдною залежністю застосовували метадон, який призначали перорально у дозах 20–40 мг із подальшим підвищенням на 10 мг щотижня до цільового діапазону 80–120 мг. Ознаки та симптоми абстиненції зникали, а потяг до наркотиків значно знижувався, що свідчило про ймовірне істотне скорочення наркотик-пошукової поведінки. Хронічне лікування метадоном призводило до розвитку перехресної толерантності до інших опіатів, тобто демонструвало «блокаду» агоністів [119].

У 1964 році розпочалися проспективні дослідження для визначення фізіологічних ефектів і медичної безпеки метадону, починаючи з першого пацієнта, який отримав лікування у Госпіталі Рокфеллера, та охопивши перших 214 учасників підтримувальної терапії метадоном. Також проводилися ретроспективні та спеціальні дослідження (1967-1972). Результати, опубліковані у 1972-1973 роках, стали основою для подання заявки на реєстрацію нового лікарського засобу, яка була схвалена FDA [120, 121]. Десятирічні спостереження за довготривалими пацієнтами підтвердили стабільну безпеку метадону [122].

Розширення метадонових програм у США почалося навесні 1971 року, коли адміністрація Ніксона підтримала масштабування терапії та разом з FDA

розробила регуляції 1971 року. Фінальні правила опублікували у грудні 1972 року. Вони визначали критерії включення, початкові дози, тривалість детоксикації та підтримувального лікування, вимоги до консультування та умови надання метадону «на руки». У 1974 році Конгрес США ухвалив Закон про лікування наркозалежності, який передбачав щорічну реєстрацію лікарів і центрів, а також покладав відповідальність за стандарти лікування на Міністерство охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення [123].

У 1995 році Інститут медицини опублікував звіт із рекомендаціями замінити чинні регуляції на клінічні настанови та мінімальні регуляторні вимоги [124]. Розроблення нової системи на основі моделі акредитації стало спільним завданням FDA та Адміністрації зловживання ПАР й психічного здоров'я (SAMHSA).

Згодом до метадону долучили бупренорфін і налтрексон як варіанти ЗПТ, що підтверджено оглядами їх ефективності [16, 125].

У працях V.P. Dole, M. Nyswander та M.J. Kreek [119, 126] було сформовано науково обґрунтовані підходи, які лягли в основу сучасних програм лікування опіоїдної залежності. Подальший розвиток клінічних підходів до ведення пацієнтів із розладом, пов'язаним із вживанням опіоїдів був систематизований Національним інститутом з питань зловживання наркотиками (NIDA), який окреслив 13 базових принципів ефективного лікування. Згідно з цими рекомендаціями, терапія залежності має ґрунтуватися на індивідуалізації лікувального плану та широкій доступності послуг. Підкреслюється, що жоден метод не є універсальним, а комплексна оцінка множинних потреб пацієнта – медичних, психологічних, соціальних – є ключовою умовою успіху.

Згідно з принципами NIDA, тривалість участі в програмі лікування є критичним предиктором стабільної ремісії, а поєднання медикаментозної терапії з психосоціальними інтервенціями забезпечує найкращі результати. Особливу увагу приділено інтегрованому веденню супутніх психічних розладів, безперервному моніторингу можливого вживання наркотиків та ролі

детоксикації як лише початкового етапу терапевтичного процесу. Крім того, підкреслюється необхідність скринінгу на ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити та інші інфекції, а також корекції поведінкових ризиків.

Важливим положенням є й те, що лікування може бути ефективним навіть за умов його недобровільного початку, тоді як процес одужання розглядається як тривалий і такий, що нерідко потребує повторних курсів терапії. Сукупність цих принципів формує доказову основу для оптимізації замісної підтримувальної терапії та комплексного управління опіоїдною залежністю в сучасній клінічній практиці [127].

1.2.2. Психологічні та соціальні аспекти перебування на ЗПТ

Участь у програмі замісної підтримувальної терапії супроводжується різноманітними психологічними і соціальними чинниками, які можуть як сприяти успіху терапії, так і створювати бар'єри.

Дослідження послідовно свідчать, що пацієнти програм ЗПТ часто мають коморбідні психічні розлади, зокрема депресію, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад. У роботі M. Beitel та співавт. (2012) [25] показано, що вищий рівень диспозиційного оптимізму у пацієнтів на метадоновій терапії асоціюється зі значно нижчими рівнями депресії, проявів розладів особистості, симптомів посттравматичного стресового розладу та емоційного напруження, пов'язаного з болем, що підкреслює значення особистісних ресурсів для процесу лікування.

Ефективність метадонової підтримувальної терапії підвищується за умов поєднання її з психосоціальними інтервенціями, зокрема когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) та мотиваційним інтерв'юванням. Водночас дослідники зазначають, що додаткова користь психосоціальної терапії може бути варіабельною і виграшною лише тоді, коли метадон призначається у субтерапевтичних дозах [31].

Соціальна підтримка та якість соціальних зв'язків є провідними предикторами утримання в програмі замісної підтримувальної терапії.

Зокрема, за даними E.M. Schweitzer та співавт. (2024) [26], слабка соціальна мережа та недостатня підтримка значно підвищують ризик дострокового припинення лікування.

Важливим бар'єром залишається стигма – як внутрішня (пацієнта), так і зовнішня (суспільства, системи охорони здоров'я). Дослідження A. Steiro та співавт. (2024) [27] вказує, що програми замісної підтримувальної терапії є більш ефективними за умов зменшення стигматизації з боку суспільства й медичних працівників, інтеграції перспектив пацієнтів, врахування сімейного контексту та створення гнучкого, орієнтованого на пацієнта лікувального середовища.

Соціальна реінтеграція, зокрема працевлаштування та вирішення житлових проблем, також сприяють позитивній динаміці лікування. За даними A. Scheibe та співавт. (2020) [28], у Дурбані (ПАР) 66% пацієнтів, які протягом шести місяців отримували метадонову терапію, демонстрували високі показники утримання в програмі, значне зниження вживання героїну та покращення психічного стану. Автори підкреслюють необхідність подальших досліджень довгострокових результатів для обґрунтування масштабування програм метадонової терапії у регіоні.

1.2.3 Психопатологічна динаміка у пацієнтів під час ЗПТ

Учасники програм замісної підтримувальної терапії демонструють специфічну психопатологічну динаміку, оскільки залежність, фармакологічна підтримка, коморбідні стани та лікування взаємодіють складним чином. Мета-аналіз 19 придатних когорт (122 885 осіб, які отримували метадон протягом 1,3-13,9 року, та 15 831 – бупренорфін протягом 1,1-4,5 року) показав, що смертність у періоди поза ЗПТ була значно вищою: неадаптоване співвідношення показників «поза лікуванням / під час лікування» становило 3,20 для метадону (95% ДІ 2,65–3,86) та знижувалося до 2,20 для бупренорфіну (95% ДІ 1,34–3,61). Смертність від усіх причин різко зменшувалася протягом перших чотирьох тижнів лікування метадоном і поступово спадала протягом

двох тижнів після припинення терапії. Автори підкреслюють, що утримання у програмах метадону та бупренорфіну асоціюється зі значним зниженням ризику загальної та передозувальної смертності, тоді як фази індукції та період одразу після припинення лікування є особливо ризиковими та потребують відповідних заходів громадського здоров'я і клінічної практики [17].

Більшість пацієнтів на ЗПТ додатково вживали інші ПАР; лише третина повідомила про утримання через рік після початку терапії (E.D. Bjørnestad та співавт., 2024) [128]. Вищий вік та чітко визначена терапевтична ціль на старті ЗПТ пов'язані зі зменшенням супутнього вживання речовин. Ці дані свідчать про необхідність додаткової підтримки щодо вживання інших ПАР для покращення прогнозу.

Пацієнти на замісній підтримувальній терапії часто проявляють особистісну дисфункцію: імпульсивність, емоційну нестійкість, дефіцити самоконтролю. Дослідження серед пацієнтів у Боснії і Герцеговині показало, що домінуючими рисами були імпульсивність та афективна нестабільність, які корелювали з ризиком HCV-інфекції [29]. Коморбідні психічні розлади (шизофренія, біполярний розлад, депресія) ускладнюють перебіг ЗПТ та підвищують ризик рецидиву [30], що обґрунтовує інтеграцію фармакологічного лікування із психіатричною терапією та модифікацією поведінкових патернів.

Соціальні фактори також відіграють ключову роль у підтриманні терапії. Дослідження S. Nesvåg та співавт. (2024) [129] в Норвегії показало, що більшість осіб, які залишили програму, не змогли відмовитися від наркотиків за відсутності стабільної соціальної підтримки.

Отже, ЗПТ є доказово ефективним підходом для лікування опіоїдної залежності: вона знижує смертність, підвищує утримання в терапії та покращує якість життя. Проте ефективність значною мірою залежить від врахування психологічних і соціальних аспектів, включаючи мотивацію, соціальну підтримку, коморбідність та особистісні риси. Сучасна ЗПТ має бути комплексною: фармакологічне заміщення в поєднанні з психологічною

та соціальною підтримкою та лікуванням психічних розладів. Такий інтегрований підхід забезпечує стабільніші результати, знижує ризик рецидиву та сприяє ресоціалізації пацієнтів.

Подальші дослідження мають зосереджуватися на оптимізації комплексних програм, індивідуалізації лікування та довготривалому психологічному й соціальному супроводі після завершення замісної підтримувальної терапії.

1.3. Психокорекційні підходи до роботи з наркозалежними особами

1.3.1. Психотерапевтичні моделі: когнітивно-поведінкова, мотиваційна, психодинамічна, діалектично-поведінкова

Психологічні інтервенції є ключовим компонентом комплексного лікування розладу, пов’язаного з уживанням опіоїдів. Вони спрямовані на модифікацію поведінки, профілактику рецидивів, корекцію супутньої психопатології та покращення функціонування. У сучасних програмах лікування розладу, пов’язаного із вживанням опіоїдів найчастіше застосовуються чотири основні підходи: КПТ, мотиваційні методи (MI/MET), психодинамічні підходи та діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) [18, 32].

КПТ базується на принципах навчання і передбачає:

– виявлення та зміну ризикованих думок, тригерів і поведінкових патернів;

– розвиток навичок подолання та профілактики рецидивів;

– когнітивну реструктуризацію дезадаптивних переконань;

– зміцнення альтернативної, просоціальної поведінки.

Систематичні огляди демонструють, що КПТ є ефективною як самостійною терапією, так і як доповнення до медикаментозного лікування (метадон, бупренорфін). Найбільш переконливі дані стосуються покращення навичок подолання, зниження частоти вживання та підвищення утримання в програмі лікування. Ефекти найбільш виражені при достатній тривалості втручання. КПТ також позиціонується як ключовий елемент психосоціальної

підтримки, особливо корисний для пацієнтів з коморбідними тривожними та депресивними симптомами [33–35].

Мотиваційне інтерв'ювання (MI) є клієнтоцентричним, але спрямованим методом, який допомагає долати амбівалентність щодо змін. Терапія мотиваційного посилення МЕТ – короткотривалий, структурований формат MI, що поєднує мотиваційні техніки з індивідуалізованим зворотним зв'язком.

Дані досліджень свідчать, що MI/МЕТ:

– покращує залучення пацієнтів і прихильність до лікування;

– сприяє утриманню в програмі;

– забезпечує короткострокові поліпшення у вживанні.

У контексті розладу, пов'язаного із вживанням опіоїдів MI найчастіше застосовується на етапі індукції медикаментозної терапії та в первинній медичній ланці для зміцнення мотивації. Довгостроковий ефект на абстиненцію, однак, обмежений при використанні в ізоляції.

MI/МЕТ найдоцільніші на етапах первинного контакту та у ситуаціях, коли пацієнт демонструє сильну амбівалентність [36–38].

Психодинамічні підходи фокусуються на несвідомих конфліктах, історії прив'язаності, міжособистісних патернах і емоційній регуляції. У дослідженнях залежностей традиційно були представлені менше, однак сучасні огляди показують, що структуровані, обмежені у часі психодинамічні методи можуть бути порівнюваними з іншими видами терапії за впливом на зниження вживання та покращення функціонування. Менталізаційно орієнтована терапія виявляє перспективні результати серед пацієнтів із міжособистісними труднощами, дефіцитами прив'язаності та хронічними рецидивами.

Психодинамічні методи найбільш доцільні для пацієнтів зі складною міжособистісною патологією та у випадках, що потребують довготривалої інтегрованої терапії [39–41].

ДПТ первинно розроблена для лікування прикордонного розладу особистості і поєднує:

– тренінг навичок (толерантність до дистресу, емоційна регуляція, міжособистісна ефективність);

– поведінковий аналіз;

– структурований коучинг.

Модифікована версія для залежностей (DBT-SUD) спрямована на зниження імпульсивного вживання, пов’язаного з негативним афектом, та формування навичок протидії рецидиву.

Рандомізовані дослідження, особливо в групах із коморбідним прикордонним розладом, демонструють зменшення вживання, зниження частоти самопошкоджень, краще утримання в лікуванні порівняно зі стандартною терапією.

Доказова база ДПТ найсильніша для пацієнтів із вираженою емоційною дизрегуляцією та імпульсивністю [42, 43].

Оглядова література підкреслює, що жоден метод не є найкращим для всіх пацієнтів. Так, МІ оптимальне для початкового залучення, КПТ – для формування стійких навичок подолання та профілактики рецидиву, ДПТ –для пацієнтів із емоційною нестабільністю та високим ризиком самопошкодження, а психодинамічні методики – для глибинних міжособистісних і особистісних проблем.

Найкращі результати забезпечує інтегрована модель: медикаментозна терапія (метадон або бупренорфін) + психотерапевтичний метод, підібраний відповідно до індивідуального клінічного профілю. Хоча дані щодо додавання психотерапії до бупренорфінових програм є дещо неоднорідними, клінічна практика підтримує комплексний підхід [44, 45].

1.3.2. Інтегративні методи та принципи біопсихосоціальної корекції

Ефективні підходи до лікування опіоїдної залежності дедалі більше відходять від одномодальних інтервенцій, переходячи до цілісних,

комплексних моделей, що враховують біологічні, психологічні, соціальні та поведінкові чинники розладу. В світовій науковій літературі інтегративні стратегії (поєднання медикаментозного лікування, психотерапевтичних методів, принципів взаємної підтримки та заходів зі зменшення шкоди) визначаються як оптимальний сучасний стандарт допомоги при розладі, пов'язаному із вживанням опіоїдів [130, 131].

У межах інтегрованої моделі психотерапія не замінює медикаментозне лікування, а доповнює його, посилюючи ефекти фармакотерапії, формуючи навички подолання, зменшуючи амбівалентність та працюючи з емоційною і міжособистісною патологією. У провідних міжнародних рекомендаціях (ВООЗ, NIDA, SAMHSA) та систематичних оглядах описано чотири основні групи психологічних втручань, ефективних у структурі інтегрованого підходу: КПТ, мотиваційні методи, психодинамічні підходи та ДПТ, характеристика яких представлена в попередньому підрозділі [33–43]. Вони підсилюють ефекти МАТ, покращують утримання в лікуванні та сприяють довгостроковому відновленню.

Узагальнення світових наукових джерел дозволяє виділити ключові принципи ефективного інтегрованого біопсихосоціального підходу:

– медична стабілізація та зменшення шкоди (harm reduction): використання доказових фармакологічних засобів (метадон, бупренорфін, налтрексон) для зниження симптомів абстиненції, потягу та ризику летальної передозування;

– поведінкова й психологічна підтримка: психотерапевтичні втручання, спрямовані на зміну патернів вживання, зміцнення навичок подолання та лікування супутніх психічних розладів;

– соціальні інтервенції: робота з ключовими соціальними детермінантами здоров'я (житлова безпека, зайнятість, підтримка з боку соціального оточення), зниження стигми та реінтеграція в громаду;

– наступність допомоги: підтримання участі пацієнта впродовж усіх етапів лікування, профілактика рецидивів та регулярний моніторинг;

– пацієнтоцентричність: адаптація втручань до індивідуальних потреб, мотивації та цілей;

– міждисциплінарність: залучення команд фахівців різного профілю (лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників, peer-спеціалістів);

– оцінка результатів і підвищення якості: систематичне вимірювання клінічних, психологічних і соціальних показників для корекції лікувальної програми [132–135].

Основою біологічної корекції розладу, пов'язаного із вживанням опіоїдів в інтегративному підході є МАТ. Метадон, бупренорфін та пролонгований налтрексон підтвердили свою ефективність у численних мета-аналізах, які демонструють значне зниження загальної смертності та смертності від передозування серед пацієнтів, які залишаються в лікуванні [17, 19].

ЗПТ доповнюють harm-reduction сервіси – програми безпечного ін'єктування, доступ до шприців, розповсюдження налоксону й навчання профілактиці передозувань, які суттєво зменшують ускладнення та підвищують залученість [136].

Інтегровані медичні моделі передбачають також лікування супутніх станів (ВІЛ, гепатит С, хронічний біль) у межах одного центру, що покращує прихильність і забезпечує вищу ефективність терапії.

Соціальні компоненти інтегрованого лікування розладу, пов'язаного із вживанням опіоїдів є критично важливими для довгострокового відновлення. В літературних джерелах найефективнішими соціальними елементами вважають:

– взаємну підтримку та коучинг відновлення: спеціалісти з досвідом одужання допомагають у кризових ситуаціях, сприяють залученню та підтримують адаптацію в громаді [137];

– кейс-менеджмент і координацію допомоги: підтримка в питаннях житла, працевлаштування, юридичних проблем і доступу до соціальних сервісів, що позитивно впливає на тривалість перебування в лікуванні [138].

– зменшення стигми: освітні програми й антистигматизаційні підходи підвищують рівень взаємодії із системою охорони здоров’я та громадою [27];

– сімейну й громадську участь: сімейна психоосвіта, терапія та програми реінтеграції знижують ризик рецидиву, зміцнюючи підтримувальне середовище [139].

Модель інтегрованого біопсихосоціального підходу до лікування опіоїдної залежності відповідає багатофакторній природі розладу, пов’язаного із вживанням опіоїдів, впливаючи не лише на патерни вживання, а й на психологічні, міжособистісні та соціальні механізми залежності. Сучасні клінічні рекомендації й дослідницькі дані підтверджують, що найкращі результати досягаються за умови впровадження довготривалих, структурованих, мультидисциплінарних програм, адаптованих до індивідуальних потреб пацієнтів.

1.3.3. Особливості індивідуальної, групової та сімейної психокорекції

Одним із найчастіше застосовуваних індивідуальних форматів є мотиваційне інтерв’ювання. Його роль особливо важлива на старті терапії, коли пацієнт коливається між бажанням змін і страхом перед ними. Світові дослідження демонструють, що МІ допомагає людині сформувати внутрішню готовність до лікування, підвищує прихильність до медикаментозних програм і зменшує ризик раннього рецидиву [36–38].

У контексті опіоїдної залежності ще одним методом індивідуальної психокорекції є КПТ, особлива цінність якої – у здатності навчити людину розпізнавати тригери, керувати прагненнями, будувати альтернативні реакції на складні життєві ситуації. Численні дослідження підтверджують: коли КПТ поєднується з медикаментозною терапією, ефективність помітно зростає, особливо у сфері поведінкового контролю та соціального функціонування [33–35].

Для пацієнтів із високою емоційною напругою, розладами особистості або імпульсивністю значно кориснішою виявляється ДПТ, яка допомагає не

просто утриматися від рецидиву, а й стабілізувати внутрішній емоційний фон, зменшити ризик саморуйнівної поведінки, посилити навички регуляції емоцій. ДПТ-інформовані протоколи є однією з найпоширеніших тенденцій у сучасних клініках [42, 43].

Окрема група індивідуальних форматів психокорекції спрямована на опрацювання травматичного досвіду. Оскільки у значної частини пацієнтів із розладом, пов'язаним із вживанням опіоїдів спостерігаються симптоми посттравматичного стресового розладу, фундаментально важливими стають методи травма-фокусованої терапії (TF-CBT, EMDR). Їх застосування допомагає зменшити уникнення, знизити тривогу та емоційні реакції, що провокують епізоди вживання, а також стабілізувати психологічний стан на тлі медикаментозної терапії [140–142].

Групова психотерапія, особливо в структурі когнітивно-поведінкових програм, забезпечує пацієнтам унікальне середовище, де вони можуть навчитися через приклад інших, відпрацювати поведінкові навички у безпечному просторі та відчути приналежність до спільноти. Групи профілактики рецидивів, засновані на КПТ, давно використовуються як ефективний інструмент зменшення ризику повернення до вживання. Дослідження показують: групові формати підсилюють ефекти індивідуальної психотерапії та сприяють соціальній інтеграції [143].

Групи ДПТ-навичок є не менш значущими. Вони спрямовані на виховання майндфулнес (практика усвідомленості, що допомагає бути присутнім у теперішньому моменті), саморегуляції, толерантності до стресу та міжособистісної ефективності. Для багатьох пацієнтів здатність емоційно стабілізуватися стає ключовим фактором утримання від рецидивів [46, 144].

Не менш поширеними є 12-крокові програми та інші формати пір-підтримки. Хоча формальна доказова база щодо їхньої специфічної ефективності є неоднорідною, дослідження одностайні в одному: участь у групах взаємодопомоги корелює з кращими довгостроковими результатами,

підвищенням рівня соціального функціонування та формуванням «ідентичності одужання» [145, 146].

Для пацієнтів із нестабільною сімейною системою або високим рівнем міжособистісного стресу надзвичайно корисними є системні методи терапії. Одним із найбільш досліджених є CRAFT (Community Reinforcement And Family Training) – підхід, орієнтований на членів сім'ї пацієнта. Він навчає близьких конструктивним способам підтримки, знижує конфлікти, допомагає змінити родинні патерни взаємодії та значно збільшує ймовірність того, що пацієнт розпочне лікування [147].

Сімейна терапія різних форм – парна, класична системна, багатовимірна (MDFT) – спрямована на полегшення внутрішньосімейних конфліктів, покращення комунікації, профілактику ко-залежності. Особливо ефективною вона є в роботі з молоддю та тими, чиє середовище відіграє критичну роль у підтриманні залежності [148, 149].

Сучасні клінічні рекомендації одностайні: найкращі результати досягаються тоді, коли терапія включає одразу кілька рівнів впливу. Оптимальним вважають поєднання мотиваційного інтерв'ю для старту, медикаментозної терапії для стабілізації мозкових механізмів залежності, когнітивно-поведінкових підходів для роботи з ризикованою поведінкою, контингентного управління для зміцнення позитивних змін, ДПТ для емоційної стабілізації та сімейних методів для зміцнення соціального середовища.

1.3.4. Профілактика рецидивів і стабілізація психічного стану

Провідні огляди підкреслюють, що успішна профілактика рецидивів опіоїдної залежності потребує інтеграції кількох компонентів: зменшення біологічної вразливості та потягу; корекції когнітивно-поведінкових і емоційних тригерів; впливу на соціальні чинники та фактори середовища; підтримки пацієнтів у перехідні періоди лікування, що пов'язані з високим ризиком передозувань. Перехідні фази, особливо ініціація лікування та

завершення програм, визначаються як критичні у прогнозуванні летальних та нелетальних рецидивів [17].

У більшості систематичних оглядів фармакотерапія розглядається як ключовий компонент стабілізації стану при розладі, пов'язаному із вживанням опіоїдів. Когортні дослідження засвідчують, що ризик рецидиву й передозування суттєво нижчий у період перебування на лікуванні порівняно з фазами перерваної терапії. Особливо небезпечними визнаються періоди індукції, підбору дози та завершення лікування, що зумовлює потребу в ретельному клінічному супроводі. Рекомендованими стандартами є швидка, доказова індукція, тривале утримання в терапії та широке впровадження програм навчання щодо передозувань разом із розповсюдженням налоксону [17, 150, 151].

Провідні огляди однозначно визначають високий рівень психічної коморбідності при розладі, пов'язаному із вживанням опіоїдів, включно з депресією, тривожними розладами, посттравматичним стресовим розладом, біполярним спектром і розладами особистості. Наявність нелікованої коморбідності прогнозує вищий ризик рецидивів та виходу з лікування. Тому міжнародні рекомендації підтримують інтегроване лікування, яке одночасно коригує розлад, пов'язаний із вживанням опіоїдів і супутні психічні розлади. Ефективними виявляються інтервенції, спрямовані на регуляцію емоцій, зокрема елементи діалектико-поведінкової терапії та майндфулнес-орієнтовані програми, що зменшують імпульсивність і афективну лабільність, які часто виступають тригерами епізодів вживання [46].

У численних дослідженнях наголошується на визначальній ролі чинників середовища у підтриманні ремісії. Програми зменшення шкоди, включно з доступом до стерильних інструментів, пунктами безпечного вживання та налоксоном, знижують смертність і є важливими елементами системи профілактики рецидивів. Соціальні детермінанти – житлова безпека, зайнятість, соціальна підтримка – становлять ключові предиктори

довготривалої стабілізації, з урахуванням чого рекомендованим підходом є впровадження кейс-менеджменту та комплексних соціальних сервісів [46].

Більшість науковців підкреслюють, що найбільший ризик рецидиву та передозування припадає на перехідні періоди лікування: початок прийому ОАТ, зміни дозування, переривання або завершення терапії. Ефективними стратегіями зниження ризику є посилене клінічне спостереження, кризова підтримка, активне післялікувальне спостереження (aftercare), а також забезпечення пацієнтів налоксоном. Такий підхід дозволяє підтримувати стабілізацію психічного стану та мінімізувати фактори, що провокують рецидиви [152, 153].

1.4. Медико-психологічна реабілітація осіб, які перебувають на ЗПТ

1.4.1. Поняття та структура психосоціальної реабілітації

Психосоціальна реабілітація осіб з опіоїдною залежністю – це багатоетапний, інтегрований процес, спрямований не лише на припинення вживання ПАР, але насамперед – на відновлення здатності людини функціонувати в особистісному, соціальному, трудовому та сімейному контекстах.

У центрі сучасних підходів перебуває біопсихосоціальна модель, яка розглядає опіоїдну залежність як стан, що формується на перетині нейробіологічних змін, психологічної дезадаптації та соціально-екологічних факторів, тому реабілітація потребує поєднання декількох взаємодоповнювальних компонентів: медикаментозної стабілізації, цільових психотерапевтичних втручань, соціальної підтримки та ресоціалізації, підтримки в громаді та безперервності супроводу [154, 155].

Першим структурним блоком реабілітації є медична стабілізація із застосуванням ЗПТ [156].

Другий ключовий елемент реабілітації представлений цілеспрямованою психотерапією, яка передбачає використання методів з доведеною

ефективністю: КПТ, мотиваційне інтерв'ювання, ДПТ і травма-орієнтовані підходи [47].

Третім блоком є соціальна реабілітація, яка компенсує наслідки соціальної дезінтеграції, характерної для багатьох осіб з опіоїдною залежністю. Типові сервіси включають кейс-менеджмент; програми працевлаштування та тренінги професійних навичок; освітні модулі, розвиток фінансових, юридичних, комунікативних компетенцій; допомогу з житлом, юридичний супровід, роботу з сімейними стосунками і батьківськими ролями [157].

Четвертий компонент – громадська підтримка, яка забезпечує тривале підтримання змін та включає програми зменшення шкоди (налоксон, обмін стерильних інструментів), групи взаємодопомоги, peer-support, участь у відновлювальних спільнотах [156].

У сучасних реабілітаційних підходах домінують кілька принципів: мультидисциплінарність, індивідуалізація плану лікування, спрямованість на функціональні цілі (робота, сім'я), сталість супроводу (continuity of care) та інтеграція послуг (медицина + психологія + соціальна робота). Наукові огляди свідчать, що ефективність реабілітаційних програм значно зростає тоді, коли медична стабілізація (МАТ) поєднується із системними психосоціальними втручаннями, а підтримка триває протягом тривалого часу – особливо у критичні періоди, пов'язані з підвищеним ризиком рецидиву [156].

1.4.2. Моделі ресоціалізації, відновлення професійного та сімейного статусу

Ключове місце в сучасних програмах ресоціалізації посідає професійна реабілітація (vocational rehabilitation), адже здатність до стабільної праці є не лише економічним, а й психологічним та соціальним фактором відновлення. Мета таких програм полягає у відновленні трудової активності, підвищенні самооцінки та формуванні економічної автономії, що суттєво знижує ризики рецидивів. Vocational-підходи зазвичай включають оцінку професійних

навичок та інтересів, навчальні курси, програми «під ключ» із працевлаштуванням та супровід у роботі (job coaching) [157, 158].

Дослідження свідчать, що стійкі результати спостерігають тоді, коли vocational-програми інтегруються з кейс-менеджментом і медикаментозним лікуванням залежності. Працевлаштування у нерегульованих умовах або без професійного супроводу, навпаки, може не дати стійких результатів через нестійкість мотивації, труднощі адаптації і стресові тригери [159, 160].

Базовою умовою ресоціалізації є стабільне, безпечне житло. Міжнародні метааналізи підкреслюють, що нестійкість житла – один із ключових предикторів рецидиву, ризикованої поведінки та передозувань. У відповідь на це у низці країн сформувалися житлові моделі, серед яких «housing first» посідає центральне місце. Її принцип – спочатку забезпечити людину житлом, а вже потім підключати терапевтичні та соціальні послуги, а не навпаки [158, 161, 162].

Житлові програми демонструють позитивний вплив на утримання в терапії, зниження рівня бездомності, рецидивів і кримінальної активності, а також сприяють формуванню передбачуваного середовища, необхідного для підтримання ремісії.

Важливою інновацією ресоціалізації останніх десятиліть стала інтеграція peer-workers або recovery coaches – фахівців із власним досвідом одужання. Вони виконують роль містка між системою охорони здоров’я та громадою, забезпечуючи унікальну форму підтримки, засновану на довірі та спільному досвіді. Функції peer-коучів включають супровід у побутових і організаційних питаннях; підтримку мотивації, особливо у періоди ризику рецидиву; допомогу з навігацією у сервісах, правових питаннях, соціальних службах; моделювання адаптивних стратегій подолання.

Емпіричні дані вказують на збільшення прихильності до лікування, покращення соціального функціонування та зменшення ізоляції серед тих, хто отримує таку підтримку. Peer-підхід часто виявляється ефективнішим у побудові довіри, ніж робота виключно з медичними фахівцями [158, 163, 164].

Сім’я – потужний ресурс або, навпаки, чинник ризику у відновленні від наркотичної залежності, з урахуванням чого значну роль відіграють CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) та системна сімейна терапія. Формування здорових сімейних відносин суттєво посилює результати медикаментозного та психотерапевтичного лікування [147, 148, 157, 158].

На практиці найкращі результати спостерігаються при комплексному поєднанні компонентів: ЗПТ + vocational training + житлова стабілізація + peer-support + сімейні інтервенції. Такі інтегровані моделі дозволяють працювати одночасно з усіма доменами ризику – біологічними, психологічними, соціальними та екологічними.

Огляд світових практик показує, що інвестиції у vocational services, житлову підтримку та кейс-менеджмент економічно виправдані: вони зменшують витрати на невідкладну медичну допомогу, кримінальну юстицію, соціальні виплати та довготривале лікування. Однак наукова база все ще потребує зміцнення – якісних довготривалих програм недостатньо, і значна частина даних базується на когорних дослідженнях або адміністративних оцінках ефективності.

1.4.3. Сучасні тенденції та напрями удосконалення реабілітаційних програм

Сучасна парадигма реабілітації осіб з опіоїдною залежністю дедалі більше відходить від традиційного фокусу на короткотривалій детоксикації та симптоматичній стабілізації. Замість цього формується recovery-oriented модель, у центрі якої – не лише медичне втручання, а довготривала підтримка особи на шляху до відновлення її життєвих можливостей, соціальних зв’язків і професійного функціонування. Такий підхід передбачає інтеграцію медичних, психотерапевтичних, соціальних та реабілітаційних сервісів, що суттєво підвищує шанси на довготривале утримання від наркотиків та успішну ре соціалізацію [154].

Однією з центральних тенденцій реабілітаційних програм є створення мультидисциплінарних центрів, у яких пацієнт може отримати всі форми

допомоги – медикаментозну підтримувальну терапію, індивідуальну й групову психотерапію, консультації соціального працівника, допомогу у працевлаштуванні, юридичну та житлову підтримку. Такі «one-stop» моделі усувають необхідність звернення до різних інституцій, зменшують адміністративні бар'єри, підвищують координацію між фахівцями та сприяють стабільному включенню пацієнта у програму [156, 165, 166].

Цифровізація охорони здоров'я відкрила нові можливості для реабілітації осіб із залежністю. Телемедичні консультації, онлайн-програми КПТ, мобільні додатки для моніторингу стану та підтримки поведінкових змін, а також віддалені групи підтримки (REMOTE peer-support) суттєво доповнюють традиційні сервіси [47, 167–169].

Ефективна ресоціалізація неможлива без вирішення системних проблем, з якими стикаються особи з історією опіоїдної залежності. До ключових бар'єрів належать законодавчі обмеження працевлаштування, дискримінація з боку роботодавців, а також недоступність стабільного житла. Відтак нові програми зосереджуються на запровадженні підходу «housing first», який забезпечує житло як базову передумову успішного лікування. Партнерські програми з роботодавцями, ініціативи щодо відновлення професійних навичок та реформа політик підтримки працевлаштування поступово зменшують бар'єри інтеграції на ринку праці [154, 170, 171].

Значну увагу у сучасних програмах приділяють peer-фахівцям, тобто особам із досвідом власного відновлення. Їхня участь у клінічних, консультативних та соціальних командах підвищує рівень довіри, мотивацію пацієнтів та створює моделі наслідування, що зміцнюють процес відновлення. У багатьох країнах формується тенденція до офіційної сертифікації та розширення повноважень peer-спеціалістів, що робить їх повноцінними членами мультидисциплінарних команд [154, 172, 173].

Попри обнадійливі результати, широке впровадження ефективних моделей реабілітації потребує науково обґрунтованих рішень щодо масштабування, фінансування та адаптації до локального контексту. Сучасні

дослідження зосереджуються на вивченні бар'єрів інтегрованої допомоги, тестуванні моделей відшкодування витрат (reimbursement), а також на комплексній оцінці якості програм. Важливою перспективою є аналіз впливу соціально-економічних умов, рівня стигматизації та доступності ресурсів на ефективність реабілітаційних інтервенцій [174–176].

Систематизація сучасних тенденцій дозволяє виокремити кілька базових принципів, які формують основу доказових реабілітаційних моделей [47, 154, 157]:

– комплексність та інтеграція: оптимальний підхід включає МАТ, психотерапію, соціальну та професійну реабілітацію і peer-підтримку; комбінація модулів визначається індивідуальними потребами пацієнта;

– соціально-професійна інтеграція: підтримка працевлаштування, розвиток професійних навичок і забезпечення житлом є критичними умовами стійкого відновлення;

– peer-support як структурний компонент: участь peer-фахівців підсилює мотивацію, покращує залучення до програм та сприяє соціальній інтеграції;

– цифрові та дистанційні формати: телемедицина й онлайн-платформи дозволяють суттєво розширити доступ, особливо в регіонах із мінімальною інфраструктурою, хоча потребують тривалих досліджень безпечності й ефективності;

– політична та соціальна підтримка: державні та місцеві системи повинні сприяти створенню інтегрованих «one-stop» сервісів, усувати нормативні бар'єри працевлаштування та забезпечувати доступ до житла.

Отже, ефективна реабілітація осіб з опіоїдною залежністю передбачає поєднання медичної стабілізації з комплексними психосоціальними і соціальними інтервенціями. Цілісні, клієнтоцентричні, recovery-oriented моделі, підсилені цифровими технологіями та адекватною соціальною політикою, є найбільш перспективним напрямом розвитку. Успішність широкого впровадження таких моделей залежить від глибоких

імплементаційних досліджень, економічної обґрунтованості й адаптації програм до конкретних місцевих умов.

1.5. Аналітичні висновки до розділу та перспективи подальших досліджень

На основі аналізу сучасної наукової літератури можна сформулювати цілісну стратегію ведення, реабілітації та довготривалої підтримки осіб з опіоїдною залежністю, яка поєднує медикаментозні, психологічні та соціальні компоненти.

Передусім актуальною є фармакологічна оптимізація лікування. Сучасні дослідження наголошують на важливості не просто призначення метадону чи бупренорфіну, а ретельного добору їх дози з урахуванням індивідуальних нейробіологічних особливостей пацієнта, типу вживаного опіоїду, тривалості та тяжкості залежності, супутніх психічних і соматичних станів. Такий персоналізований підхід дозволяє покращити утримання в терапії, зменшити ризик рецидивів і підвищити якість життя.

Не менш значущою складовою є поведінкові втручання. Контингентне управління, КПТ, мотиваційне інтерв'ювання та інші доказові методи спрямовані на формування стабільної прихильності до лікування, модифікацію руйнівних патернів поведінки, розвиток навичок саморегуляції й подолання тригерів. Такі втручання підсилюють дію фармакотерапії та є ключовим елементом довготривалого відновлення.

Важливою складовою комплексного підходу виступає психосоціальна підтримка. Наявність структурованих груп підтримки, програми ресоціалізації, робота з родиною та соціальним середовищем суттєво впливають на рівень мотивації, відчуття приналежності та соціальної стабільності пацієнтів. Відновлення соціальних ролей, вирішення конфліктів, покращення комунікації в сім'ї та формування підтримуючого оточення мають прямий вплив на частоту рецидивів і загальний прогноз.

Окремого значення набуває моніторинг когнітивної та емоційної сфери. Багато пацієнтів мають когнітивні дефіцити, порушення уваги, труднощі в емоційній регуляції чи підвищену стресову реактивність. Регулярна оцінка цих аспектів дозволяє адаптувати програму терапії, підібрати оптимальні психотерапевтичні техніки та підтримати стабільність емоційного стану, що є критичним для запобігання рецидивам.

Нарешті, центральним принципом сучасної парадигми є індивідуалізація лікування, яка передбачає інтеграцію медикаментозних і психосоціальних модулів відповідно до потреб конкретної особи. Такий підхід дозволяє будувати гнучкі, пацієнтоцентричні програми, що враховують його життєві цілі, ресурси, ризики та соціальне оточення.

У підсумку, ефективне лікування опіоїдної залежності має базуватися на поєднанні біологічних, психологічних і соціальних підходів, утворюючи цілісну систему довготривалої підтримки.

Перспективні напрями розвитку наукових пошуків у галузі терапії опіоїдної залежності відображають глобальну тенденцію до інтеграції різних рівнів аналізу – від нейробіологічних механізмів до соціальних детермінант.

Першочерговим завданням є дослідження інтегрованих підходів, які одночасно враховують фармакологічні ефекти, поведінкові модифікації та когнітивні процеси. Такі багатовимірні моделі дозволять точніше зрозуміти, яким чином медикаментозна терапія взаємодіє з психотерапевтичними втручаннями, формуючи спільний результат.

Не менш важливою є потреба у довготривалих когортних дослідженнях, що охоплюють 3-5 років та більше. Доступні дані свідчать про високу ефективність МАТ, однак недостатньо відомо про віддалені наслідки, динаміку когнітивного відновлення, зміни якості життя та соціального функціонування у тривалій перспективі.

Вагомим напрямом є пошук біомаркерів терапевтичного ефекту. Нейропсихологічні тести, нейровізуалізаційні методи та молекулярні індикатори здатні відображати глибші процеси нейропластичності, адаптації

до лікування та ризику рецидиву. Виявлення таких маркерів дозволить персоналізувати терапію та прогнозувати її результати з більшою точністю.

Подальший розвиток персоналізованої медицини передбачає створення індивідуалізованих програм, які враховуватимуть генетичні варіанти, особистісні риси, соціальне оточення, нейробіологічні профілі та історію життя пацієнта. Цей напрям відкриває можливість створення максимально адресних втручань, здатних забезпечити тривале відновлення.

Важливою складовою майбутніх наукових пошуків є трансляційні дослідження, які дозволяють переносити результати лабораторних і експериментальних моделей у реальну клінічну практику. Саме трансляційний підхід створює підґрунтя для розроблення нових фармакологічних засобів, психотерапевтичних протоколів та комбінованих реабілітаційних програм.

Розвиток комплексних, науково обґрунтованих моделей лікування опіоїдної залежності залежить від здатності інтегрувати сучасні знання про біологічні механізми, психологічні процеси та соціальні контексти. Представлені напрями досліджень створюють умови для подальшого удосконалення підтримувальної терапії, підвищення її ефективності та безпечності, а також для формування стабільної системи ресоціалізації та довготривалого одужання осіб з опіоїдною залежністю.

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети та завдань було проведено дослідження пацієнтів, що мають встановлений діагноз психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів та приймають метадону гідрохлорид як препарат замісної підтримувальної терапії протягом 2023р. – 2024р. на базі комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради». Пацієнти були включені до державної програми замісної підтримувальної терапії (пакет медичних гарантій «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» за контрактуванням з Національною службою здоров'я України), перебували під наглядом лікаря-нарколога та відвідували сайти ЗПТ амбулаторно, де проходили необхідні обстеження та отримували препарат. У процесі дослідження було обстежено 150 пацієнтів віком від 26 до 64 років, 117 (78,0%) чоловіків та – 33 (22,0%) жінки, які були розподілені на основну групу – 101 особа та групу порівняння – 49 осіб. Потрапляння у основну групу та групу порівняння було випадковим, завдяки чому забезпечувалася рандомізація. Між групами не було виявлено статистично значущої відмінності за статевим розподілом ($p<0,05$). Пацієнтам був встановлений діагноз – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності – і вони отримували метадону гідрохлорид в якості замісної терапії.

Основна група пацієнтів із досліджуваним методом втручання отримувала ЗПТ та психотерапевтичні/психокорекційні інтервенції, група порівняння – ЗПТ. Психокорекційні заходи включали на першому етапі психоедукацію, мотиваційне інтерв'ювання, соціальне інструктування та

консультування, на другому етапі - індивідуальну психокорекцію, на третьому етапі – групову корекційну роботу, тренінги з формування здорових копінг-стратегій, аутогенне тренування. Психотерапевтичні втручання включали на першому етапі – арттерапія, на другому етапі – КПТ, на третьому етапі – сімейна терапія та нарративна експозиційна терапія.

Діагноз було встановлено відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб – 10 (МКХ–10). Усі пацієнти дали письмову згоду на участь у дослідженні. В подальшому, кожна група була розподілена на дві групи (основну та порівняння) в залежності від способу лікувального впливу.

Вибірку склали 150 пацієнтів віком від 26 до 64 років. Критерії відбору були наступні: пацієнти мали встановлений діагноз психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів, синдром залежності відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10; стаж вживання опіоїдів повинен складати більше 3-х років; пацієнти віком від 25 до 65 років.

Критерії виключення: пацієнти, які не відповідали діагностичним критеріям МКХ – 10 класу F11- Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів.; наявність розладів психотичного рівня; наявність важкої супутньої соматичної та/або неврологічної патології.; вік пацієнта, що не відповідав критеріям включення.

Розподіл хворих на групи дослідження та загальну характеристику можна побачити у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика вибірки

Характеристика	Вся вибірка	Група порівняння	Основна група	p
Загальна кількість, n (%)	150 (100,0)	49 (33,0)	101 (67,0)	-

Продовження таблиці 2.1

Стать, n (%) Жінки	33 (22,0)	11 (22,4)	22 (21,8)	1,000
Чоловіки	117 (78,0)	38 (77,6)	79 (78,2)	
Середній вік	44,0 [38,0; 48,0]	45,0 [41,0; 51,0]	43,0 [37,0; 47,0]	-

Примітка. *p* – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

За статтю більшість серед обстежених склали: жінки – 33 (22,00 %), чоловіки – 117 (78,00 %); група порівняння (n=49): жінки – 11 (22,45 %), чоловіки – 38 (77,55 %); основна група (n=101): жінки – 22 (21,78 %), чоловіки – 79 (78,22 %) (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл вибірки за статтю

Ознака	Категорія	Всі (n=150)			Група порівняння (n=49)			Основна група (n=101)		
		Кількість	%	Кількість (%)	Кількість	%	Кількість (%)	Кількість	%	Кількість (%)
Стать	жіноча	33	22	33 (22.00%)	11	22,45	11 (22.45%)	22	21,78	22 (21.78%)
	чоловіча	117	78	117 (78.00%)	38	77,55	38 (77.55%)	79	78,22	79 (78.22%)

Розподіл майже ідентичний: у вибірках переважають чоловіки (≈78 %), частка жінок становить ≈22 %. Для перевірки однорідності груп (чи відрізняється розподіл статі між основною групою та групою порівняння) застосовано:

- Тест χ^2 Пірсона (з поправкою Йєйтса), (p = 1,000).

- Точний тест Фішера (рекомендований для малого очікуваного значення) (p = 1,000), відношення шансів ≈ 1,04.

Відмінностей між контрольною та основною групами за статтю немає (p > 0,05). Групи повністю однорідні за цим критерієм. Очікувані частоти (10,78 та 22,22 для жінок) задовольняють умови застосування критеріїв.

Також не було розбіжностей між групами за параметром добова доза препарату (*p=0,644)*: У всіх обстежених медіана Me [Q1; Q3] добової дози препарату складала 75,0 [75,0; 100,0] мг, без статистично значущих розбіжностей (p=0,644) між групами: в основній групі – 75,0 [75,0; 100,0] мг, в групі порівняння – 80,0 [75,0; 100,0] мг (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Розподіл вибірки за добовою дозою препарату

Показник	Загальна вибірка	Основна група	Група порівняння	p
Вік	44,0 [38,0; 48,0]	45,0 [41,0; 51,0]	43,0 [37,0; 47,0]	<0,05
Стаж ЗПТ	5,0 [1,0; 8,0]	7,0 [5,0; 9,0]	3,0 [1,0; 7,0]	<0,05
Добова доза ЗПТ	75,0[75,0; 100,0]	80,0 [75,0; 100,0]	75,0 [75,0; 100,0]	0,644

За добовою дозою ЗПТ не було виявлено статистично значущої відмінності між групами (рис. 2.1)

Серед обстежених частка n (%) працевлаштованих склала 82 (54,7%), при цьому спостерігалися статистично значущі розбіжності (p<0,001) між групами: в основній групі частка працевлаштованих 36 (35,6%) майже в 2 рази нижче, ніж в групі порівняння- 32 (65,3%).

Щодо віку пацієнтів, включених до дослідження, то він переважно коливався від 26 до 64 років і складав у середньому 44,0 роки (38,0; 48,0) – Me (25 %; 75 %).

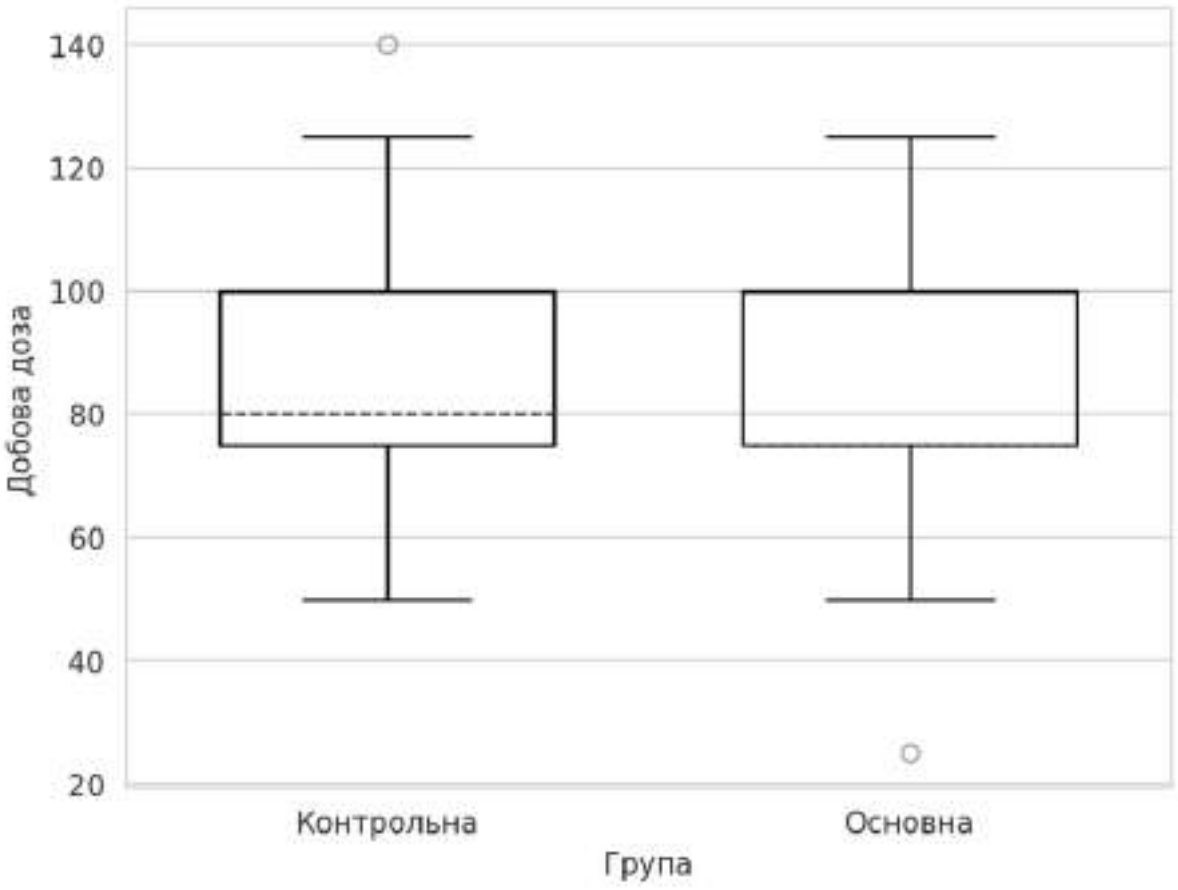


Рис. 2.1 Однорідність вибірки за добовою дозою препарату

Отже, проведене співставлення груп дослідження між собою показало, що досліджені групи істотно не відрізнялись між собою за статтю та добовою дозою препарату ЗПТ($p>0,05$). Це підтверджує їх ідентичність за загальними характеристиками і дозволяє коректно порівнювати за іншими параметрами. Була виявлена статистично значуща відмінність в показниках віку, працевлаштування та стажі ЗПТ між основною групою та групою порівняння. Віковий показник пацієнтів знаходився в межах молодого та середнього віку. Наявна відмінність між групами за віком, працевлаштуванням та стажем ЗПТ не впливала на подальше дослідження.

2.2. Комплекс методів дослідження, які застосовувались

Клініко-психопатологічний та анамнестичний методи проводились відповідно до загальноприйнятих підходів до первинного психіатричного

обстеження хворих шляхом структурованого первинного інтерв'ю та спостереження. Психодіагностичний метод та оцінка якості життя проводились за допомогою відповідних психометричних шкал.

2.2.1. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики

Для виявлення та оцінки вираженості симптомів використовувався опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised, автор L.R. Derogatis, 1994) – це стандартний самооціночний інструмент для скринінгу та кількісної оцінки психопатологічних симптомів за останні 7 днів.

Опитувальник містить 90 тверджень. Шкала відповідей варіюється від 0 до 4 балів:

0 – зовсім ні / відсутній; 1 – дуже слабо; 2 – помірно; 3 – досить сильно; 4 – надзвичайно сильно. Час заповнення складає 12–20 хвилин. Формат - самостійне заповнення (самооцінка).

Оцінюється 9 основних субшкал (доменів):

1. Соматизація (SOM) – соматичні прояви дистресу
2. Обсесивно-компульсивні розлади / Нав'язливості (O-C)
3. Міжособистісна чутливість / Інтерперсональна тривожність (INT)
4. Депресія (DEP)
5. Тривога (ANX)
6. Ворожість (HOS)
7. Фобічна тривога / Фобії (PHOB)
8. Параноїдальна ідеація / Параноїдальність (PAR)
9. Психотизм (PSY)

Глобальні індекси, які оцінювались:

- Global Severity Index (GSI) – загальна вираженість дистресу (середнє по всіх 90 пунктах);
- Positive Symptom Total (PST) – кількість симптомів, які присутні (>0);

- Positive Symptom Distress Index (PSDI) – інтенсивність виражених симптомів (середнє по симптомах >0).

Інтерпретація глобальних індексів (орієнтовні клінічні пороги, сирі бали або Т-бали)

- Норма (здорові): GSI < 0,3–0,4; більшість субшкал < 0,5–0,7;

- Клінічно значущий рівень: GSI ≥ 0,6–0,8 або ≥ 2 субшкали > 1,0 (Т ≥ 63–65);

- Високий дистрес: GSI > 1,0–1,2 і більше [177].

2.2.2. Оцінка тривоги

Для оцінки ступеня вираженості тривожного компоненту використовувалась Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A / HARS). Це один з найпоширеніших клінічних інструментів для кількісної оцінки вираженості тривожного синдрому. Шкала є клінічним інструментом – її не рекомендують для самостійного заповнення пацієнтом, оскільки потрібна клінічна оцінка вираженості симптомів. Оцінювання проводить клініцист (лікар-психіатр або психолог), який проводить структуроване інтерв'ю та оцінює симптоми.

Шкала складається з 14 пунктів. Градація для кожного пункту – від 0 до 4 балів: 0 – відсутній симптом, 1 – легкий, 2 – помірний, 3 – виражений, 4 – важкий / дуже сильний. Максимальний бал – 56.

Розрізняє дві основні складові: Психічна тривога (пункти 1–6 + 14); Соматична тривога (пункти 7–13).

Оцінка результатів: 0–17 – відсутня або мінімальна тривога; 18–24 – легка / помірна тривога, 25–30 – помірна до важкої тривога; >30 – важка / дуже важка тривога [178].

2.2.3. Оцінка депресії

Для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів використовувалась Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton

Depression Rating Scale, HAM-D / HDRS / HRSD) – це класичний клінічний інструмент для кількісної оцінки вираженості депресивних симптомів (розроблена Max Hamilton у 1960 році). Шкала є клінічним інструментом. Складається з 17 пунктів (HAM-D17 або HDRS-17) – саме за ними розраховується сумарний бал. Проводиться клініцистом (лікар-психіатр або психолог) після структурованого або напівструктурованого інтерв'ю. Період оцінки: симптоми за останні 7 днів (іноді за тиждень до інтерв'ю). Час заповнення: 15–30 хвилин.

Градація пунктів: більшість – 0–4 бали, деякі – 0–2 бали. Максимальний бал за 17 пунктами: 52–54 (залежно від версії).

Інтерпретація сумарного балу (найпоширеніші порогові значення для HAM-D17):

0–7 – відсутня депресія / ремісія, 8–13 – легка депресія, 14–18 (або 14–17) – депресія середньої тяжкості, 19–22 – тяжка депресія, ≥23 (або ≥24) – дуже тяжка депресія. (Пороги можуть трохи відрізнятися залежно від джерела та популяції; для входу в клінічні дослідження часто використовують ≥20 або ≥18 балів.)

Оскільки Шкала є клінічним інструментом, вона не призначена для самостійного заповнення пацієнтом, оскільки вимагає клінічної оцінки вираженості симптомів [179].

2.2.4. Оцінка якості життя

Оцінка якості життя у хворих, які брали участь у дослідженні, проводилась за допомогою короткого опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL -BREF). це 26-питальна версія інструменту, з яких 2 загальні: Q1 – Загальна оцінка якості життя, Q2 – Загальна задоволеність здоров’ям. Оцінювався **стан пацієнта** за останні 2 тижні.

24 питання розподілені по **4 доменах** (сфери життя): 1 - фізичне здоров’я (7 питань); 2 – психологічне здоров’я (6 питань); 3 – соціальні звязки (3 питання) та 4 – навколишнє середовище (8 питань).

Відповіді на всі питання – за 5-бальною шкалою (1–5), де вищі бали = краща якість життя (крім зворотних питань).

В подальшому, шляхом обчислення середньоарифметичної з суми показників, надається можливість вирахувати інтегративний показник якості життя. Якщо було пропущено >20 % питань (тобто більше 5 з 26) – анкету відкидали. Якщо в домені пропущено 1–2 питання – підставлялось середнє значення інших питань цього домену. Якщо пропущено >2 питань у домені (крім домену 3 – там >1 пропуску не допускається) – домен не розраховували.

Деякі питання мають зворотний сенс (вищий бал = гірше). Їх треба перетворити: Новий бал = 6 – старий бал. Зазвичай це питання: - Фізичний домен: біль і дискомфорт (Q3), потреба в ліках (Q4); Психологічний домен: негативні почуття (Q26) [58].

2.2.5. Оцінка когнітивних функцій

Для оцінки когнітивного дефіциту використовувався Монреальський когнітивний тест (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) – це швидкий скринінговий інструмент для виявлення легких когнітивних порушень (MCI – mild cognitive impairment) та ранніх ознак деменції (озроблений Ziad Nasreddine у 2005 році). Він чутливіший за MMSE (Mini-Mental State Examination), особливо на ранніх стадіях. Оцінює кілька когнітивних доменів (більше, ніж MMSE).

Тест проводиться лікарем (невролог, психіатр, нейропсихолог), не для самостійного заповнення.

Тривалість обстеження близько 10 хвилин. Максимальний бал: 30.

Тест складається з таких завдань (з балами): 1. Зорово-просторові / виконавчі функції (Visuospatial / Executive) – 5 балів.

- Малювання годинника (3 бали)
- Копіювання куба (1 бал)
- Трейл-мейкінг (з'єднати цифри та літери) (1 бал)

2. Називання (Naming) – 3 бали.

- Назвати три тварини (лев, носоріг, верблюд)

3. Пам’ять (Memory) – не враховується в сумарний бал безпосередньо, але є Memory Index Score (MIS).

- Запам’ятовування 5 слів (без підказки – 5 балів у MIS, але в основний бал входить тільки відкладене відтворення).

4. Увага (Attention) – 6 балів.

- Повторення цифр вперед (2 бали) та назад (3 бали)

- Серійні віднімання 7 з 100 (3 бали)

- Постукування по руці при певній літері (1 бал)

5. Мова (Language) – 3 бали.

- Повторення двох складних фраз (2 бали)

- Називання слів на букву (флюентність, наприклад, на «Ф» або «П») – 1 бал (≥11 слів)

6. Абстракція (Abstraction) – 2 бали.

- Знайти подібність (поїзд – велосипед = транспорт; годинник – лінійка = інструменти)

7. Відкладене відтворення (Delayed Recall) – 5 балів.

- Назвати 5 слів без підказки (після ≈5 хвилин)

8. Орієнтація (Orientation) – 6 балів.

- Дата, день тижня, місяць, рік, місце, місто

Інтерпретація результатів (найпоширеніші порогові значення):

- ≥ 26 балів – нормальні когнітивні функції;

- 19–25 балів – помірні когнітивні порушення (MCI);

- < 19 балів – ймовірна деменція (важкі порушення).

Якщо у пацієнта є освіта ≤ 12 років – додається +1 бал (для корекції). Пороги можуть трохи відрізнятися залежно від мови, освіти, віку та популяції. В українській адаптації зазвичай використовують ≥26 як норму [180].

2.2.6. Оцінка агресивності та ворожості

Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки

(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) – це класичний опитувальник, розроблений у 1957 році американськими психологами Арнольдом Бассом та Енн Даркі. Він широко використовується в клінічній та дослідницькій психології для оцінки різних форм агресії та ворожості.

Методика відрізняє агресію (поведінкові прояви) від ворожості (емоційно-когнітивні установки).

Структура опитувальника:

- Кількість тверджень: 75;

- Форма відповіді: дихотомічна («Так» / «Ні»).

Основні форми та показники, що діагностуються - 8 основних шкал:

1. Фізична агресія

2. Вербальна агресія

3. Непряма агресія

4. Роздратування (Irritability)

5. Негативізм

6. Образа / Ресентимент (Resentment)

7. Підозрілість (Suspicion) – недовіра, переконаність, що інші замишляють шкоду.

8. Почуття провини (Guilt) – самозвинувачення після агресивних дій.

Додатково розраховуються два індекси:

- Індекс агресивності (ІА) = (Фізична + Вербальна + Непряма агресія) / 3

- Індекс ворожості (ІВ) = (Образа + Підозрілість) / 2

Обробка результатів: кожне твердження прив'язане до однієї шкали; за ключем нараховується 1 бал за збіг відповіді з ключем («Так» або «Ні» залежно від формулювання).

Приклади ключів (за шкалами):

- Фізична агресія: питання 1, 25, 31, 41, 48, 55, 62, 68 («Так» = 1); 9, 17 («Ні» = 1).

- Вербальна агресія: питання 7, 15, 23, 32, 39, 46, 53, 60, 67, 74 («Так» =

1); 70 («Ні» = 1).

Після підрахунку балів по кожній шкалі порівнюють з нормативними таблицями (залежно від віку, статі, вибірки). Високі бали по шкалах вказують на виражену форму агресії.

Інтерпретація підрахованих балів:

- Високий ІА → переважання поведінкової агресії (ризик фізичних/вербальних конфліктів).

- Високий ІВ → переважання ворожості (недовіра, образа, ризик хронічної дратівливості).

- Високе почуття провини → агресивні імпульси супроводжуються сильними докорами совісті [181].

2.3. Дизайн дослідження

Загальна кількість обстежених склала 150 пацієнтів із тривожно-депресивними розладами з порушеннями сну, які відповідали критеріям включення та виключення та були розподілені на 2 групи (рис. 2.2) в залежності від участі в психокорекційних та реабілітаційних заходах.

Основна група – 101 пацієнт з встановленим діагнозом опіоїдної залежності, які приймали метадону гідрохлорид в якості основної терапії та брали участь у лікувально-реабілітаційних заходах (за розробленою комплексною індивідуальною диференційованою лікувально-корекційною програмою);

Група порівняння – 49 пацієнтів, які приймали метадону гідрохлорид та не брали участь у лікувально-реабілітаційній програмі **(**до яких застосовувався стандартний підхід до лікування відповідно до клінічних протоколів і настанов.

Хворі були обстежені в динаміці 2 рази: 1 обстеження – первинний огляд на початку лікування; 2 обстеження – через 9 місяців після завершення психокорекційних та реабілітаційних втручань



Рис. 2.2 Розподіл пацієнтів на групи дослідження

. За дизайном дослідження відноситься до проспективних рандомізованих контрольованих експериментальних досліджень, оскільки як основні групи із досліджуваним варіантом медичного втручання (за розробленою комплексною поетапною диференційованою лікувально-корекційною програмою) виступала основна група, а інша – як група порівняння зі стандартним підходом до лікування (відповідно до клінічних протоколів і настанов). Потрапляння у основну групу та групу порівняння було випадковим завдяки чому забезпечувалася рандомізація.

2.4. Статистичні методи дослідження

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням відповідних біостатистичних методів. Для описання показників з нормальним типом розподілу використовували параметричні статистичні методи: середню арифметичну (M) і стандартне відхилення (SD); при ненормальному типі розподілу використовували непараметричні статистичні методи – медіану (Me) та інтерквартильний розмах [Q1; Q3]. При описанні часток вказувалася абсолютна кількість (n) та частка від загальної кількості (%). Методи статистичного аналізу включали: перевірку розподілу кількісних ознак на відповідність нормальному закону за критерієм Шапіро-Уілка; порівняння між групами за умов нормального розподілу за t критерієм Стьюдента, в іншому випадку – за критерієм Манна-Уітні, якісних ознак – за критерієм Хі-квадрат ($\chi 2$) Пірсона, в тому числі з поправкою Йєйтса на безперервність [182]. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p<0,05$.

Для оцінки сили та напряму взаємозв'язків між основними клініко-психометричними показниками застосовували ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена (Spearman's rank correlation coefficient, rs) із розрахунком 95% довірчих інтервалів. Аналіз охоплював шість інтегральних показників: рівень депресивної симптоматики за шкалою HAM-D, рівень тривоги за HAM-A, індекси агресивності та ворожості за опитувальником Басса-Дарки, когнітивний статус за MoCA та інтегральний показник якості життя за скороченою версією опитувальника ВООЗ для оцінювання якості життя (WHOQOL-BREF).

Кореляційні матриці формували окремо для основної та контрольної груп до початку лікування і після завершення втручання. До аналізу включали лише пацієнтів, які повністю завершили дослідження. Інтерпретацію величини коефіцієнтів кореляції здійснювали відповідно до загальноприйнятих

критеріїв: значення |rs| < 0,30 розцінювали як слабкий зв'язок, 0,30 ≤ |rs| < 0,50 – як помірний, а |rs| ≥ 0,50 – як сильний взаємозв'язок.

Для оцінки статистичної значущості змін взаємозв'язків між показниками у межах групи до та після лікування застосовували критерій Стайгера (Steiger's test) для порівняння взаємозалежних коефіцієнтів кореляції. Інтегральну перебудову кореляційної структури оцінювали за зміною середнього абсолютного значення коефіцієнтів кореляції (mean |rs|), розрахованого для всіх 15 пар досліджуваних змінних. Для оцінки точності цього показника використовували бутстреп-процедуру (5000 псевдовибірок) із побудовою 95% довірчих інтервалів.

Порівняння міжгрупової динаміки здійснювали шляхом аналізу різниці змін інтегрального показника між основною та контрольною групами із застосуванням перестановочного (permutation) тесту, що не потребує припущення про нормальність розподілу даних. Критичний рівень статистичної значущості приймали на рівні p < 0,05. Значення p у межах 0,05–0,10 інтерпретували як статистичну тенденцію [183–186].

2.5. Обґрунтування обсягу вибірки

Біостатистичний аналіз використовувався для оцінки репрезентативності вибірки за кількісним та якісним складом (обсяг вибірки, квотний розподіл за групами), а також для статистичного опрацювання результатів дослідження. Репрезентативність вибіркової сукупності забезпечувалася включенням пацієнтів, які перебувають на метадоновій замісній терапії, та розрахунком необхідного обсягу вибірки за формулою з урахуванням типологічних характеристик [187]:

$$n = deff \times \frac{N \times p \times q}{\frac{d^2}{{Z_\alpha}^2}(N-1)+p \times q}, \quad (2.1)$$

де n – необхідний обсяг вибіркового дослідження;

deff – ефект дизайну, у нашому випадку 1, оскільки у дослідженні вивчається проста випадкова вибірка;

N – розмір генеральної сукупності;

p – відносний показник, що вивчається (оцінена пропорція у вигляді десяткового дробу або відсотка);

q – величина, зворотна до p (у дробах: 1-p; у відсотках: 100-p);

d – бажана абсолютна точність (максимальна прийнятна помилка спостереження), у нашому випадку класичне значення 5 % (0,5);

Z_α – значення довірчого коефіцієнту t, необхідне для розрахунку довірчого інтервалу 1-α (Z_{95}=1,96; Z_99 =2,58).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поширеність психічних розладів у Європейській популяції в середньому складає 12 % [188]. За даними Держкомстату, чисельність населення Дніпропетровської області на 01.01.2024 р. 3 231 140 мешканців [189]. Отже, кількість населення Дніпропетровщини, що має різноманітні психічні розлади складає N=387 737 осіб.

Одним з основних результатів наукового інтересу було вивчення психічних та поведінкових розладів у пацієнтів, що перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів та динаміку цих розладів при застосуванні методів психокорекційних та реабілітаційних втручань. В різних країнах глобальна поширеність психічних захворювань, за узагальненими оцінками, складає 6-10%, в середньому 8 % [188]. Отже, за власними розрахунками, розмір генеральної сукупності населення Дніпропетровщини, що мають різноманітні психічні розлади, складає N=31 019 осіб.

Використовуючи значення змінних (N=31 019, p=8 %; q=100 %-8 %=92 %), Z_{95}=1,96, d=5 % було проведено розрахунок необхідного мінімального розміру вибірки:

$$n = 1 \times \frac{31019 \times 8 \times 92}{\frac{5^2}{1{,}96^2}(31019-1)+8\times92} = 112{,}69 \approx 113 \text{ (осіб)} \qquad (2.2)$$

Розрахована необхідна кількість спостережень складає 113 осіб. Отже, обсяг дослідження з 150-ти пацієнтів є достатньою кількістю спостережень для отримання статистично значущих результатів при похибці першого роду

α=5 %. За даними проведених розрахунків щодо оцінки потужності у такій вибірці, то вона складає 87 %. У медичних дослідженнях рекомендовано досягти потужності, як мінімум 80 % (0,8) [187].

Таким чином, проведені розрахунки показують, що вибірка із 150 пацієнтів становить репрезентативну за обсягом кількість спостережень для оцінки психічних та поведінкових розладів у пацієнтів, що перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів, та дозволяє провести дослідження із потужністю 87 % та з 5 % похибкою I типу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Таким чином, у дослідження було залучено 150 осіб з опіоїдною залежністю віком 26–64 роки, які отримували замісну підтримувальну терапію метадоном. Пацієнтів розподілено на групу комплексного психокорекційного та лікувально-реабілітаційного втручання (n=101) і групу замісної підтримувальної терапії без додаткових психотерапевтичних втручань (n=49). Групи були зіставними за статтю та добовою дозою метадону, водночас відрізнялися за віком, працевлаштуванням і тривалістю перебування на замісній підтримувальній терапії, що необхідно враховувати під час інтерпретації результатів.

Проспективний контрольований дизайн із дворазовим обстеженням — до початку втручання та через 9 місяців — передбачав комплексне клініко-психопатологічне і психометричне оцінювання психопатологічної симптоматики, тривоги, депресії, агресивності, когнітивного функціонування та якості життя. Використаний комплекс статистичних методів забезпечив можливість оцінити внутрішньогрупову і міжгрупову динаміку показників, їхні кореляційні зв’язки та ефективність розробленої лікувально-реабілітаційної програми; обсяг вибірки перевищував розраховану мінімально необхідну кількість спостережень.

РОЗДІЛ 3
ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ТА АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ПАЦІЄНТІВ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ЗА УМОВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ МОНОТЕРАПІЇ МЕТАДОНОМ

В Україні одним із ключових та найбільш апробованих інструментів боротьби з опіоїдною залежністю залишається ЗПТ із застосуванням агоністів опіоїдних рецепторів. Найпоширенішим препаратом у межах цієї програми є метадон – синтетичний опіоїд тривалої дії, фармакологічні властивості якого забезпечують стабільний рівень активної речовини в організмі та мінімізують коливання між фазами інтоксикації й абстиненції. Використання метадону дозволяє суттєво зменшити патологічний потяг, стабілізувати соматичний стан пацієнтів та знизити рівень нелегального наркотичного вживання, що, своєю чергою, сприяє зниженню криміногенного та епідеміологічного тягаря [14–16, 28, 31, 126, 153].

Водночас упродовж останніх років у науковій спільноті спостерігається стале зростання інтересу до потенційних побічних та довготривалих наслідків метадон-асоційованої терапії, зокрема, до можливих порушень пам’яті, уваги, психоемоційного стану, виконавчих функцій, а також процесів прийняття рішень тощо [10, 13, 190]. Зазначені аспекти набувають принципового значення як для клінічної практики, так і для розробки та впровадження програм психосоціальної реабілітації пацієнтів з опіоїдною залежністю.

Відповідно до концепції «emotional numbing», у осіб з опіоїдною залежністю на етапі стабілізації замісної терапії метадоном формується феномен так званого «афективного демаскування». Перехід від нелегальних «вуличних» опіоїдів до контрольованого застосування метадону нерідко супроводжується суб’єктивним відчуттям «зняття емоційного блоку» [191]. У клінічному вимірі це проявляється зростанням рівнів тривоги та депресивної симптоматики протягом перших 2–4 місяців метадон-асоційованої терапії, що узгоджується з даними про високу поширеність депресивних розладів (до 45%) саме на етапі стабілізації дози препарату [192].

Нейробіологічна перебудова опіоїдної системи у пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії метадоном, часто асоціюється з розвитком гіпералгезії та підвищеної фіксації уваги на тілесних відчуттях. Це, у свою чергу, клінічно проявляється зростанням кількості та інтенсивності соматичних скарг і може розглядатися як наслідок страху перед можливою абстиненцією, зокрема, синдромом очікування так званої «ломки» [94].

Важливим компонентом метадон-асоційованої терапії є також посилення міжособистісної тривожності. Відмова від звичного «наркотичного середовища» та спроби соціальної реінтеграції на тлі терапії метадоном часто супроводжуються відчуттям незахищеності та підвищеної вразливості. За відсутності звичного фармакологічного захисту у вигляді ейфорії пацієнти стають більш чутливими до соціального оцінювання та міжособистісних взаємодій [26].

Тривалий прийом метадону гідрохлориду, незважаючи на його стабілізуючий вплив на загальний стан, може супроводжуватися помірно вираженим когнітивним дефіцитом, передусім у сферах виконавчих функцій і робочої пам’яті. Зазначені зміни формують додаткове психологічне напруження, яке пацієнти суб’єктивно інтерпретують як «обсесивність», «розсіяність» або «нездатність зосередитися» [190].

Окремої уваги заслуговує феномен, який можна визначити як «дисоціацію якості життя» в процесі замісної підтримувальної терапії метадоном. На соматичному та соціально-правовому рівнях, зокрема, щодо фізичного здоров’я, зниження криміналізації та підвищення безпеки, зазвичай фіксується об’єктивне покращення показників якості життя. Водночас на психологічному рівні, внаслідок елімінації наркотичної інтоксикації, відбувається демаскування та актуалізація раніше прихованої психопатологічної симптоматики. Зростання психологічного дистресу в цьому контексті виступає своєрідним «стримуючим фактором», який нівелює позитивні соматичні зрушення та зумовлює суб’єктивно низьку оцінку

загальної якості життя пацієнтом на етапі стабілізації метадон-асоційованої терапії [193].

З урахуванням викладеного, у даному розділі дослідження представлено власні результати аналізу й оцінки особливостей динаміки психопатологічних розладів, а також обґрунтовано підходи до формування стратегій комплексної реабілітації осіб з опіоїдною залежністю за умов застосування метадону гідрохлориду.

Дослідження проводилося протягом 2024 року на базі сайту замісної підтримувальної терапії комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради, яке багато років є провідною установою в регіоні з надання допомоги пацієнтам із залежністю від ПАР. Вибір цього центру був додатково обґрунтований високим рівнем організації медико-психологічної допомоги та наявністю комплексних реабілітаційних програм, які включають соціальний супровід, психологічне консультування, оцінку психічних розладів і підтримку пацієнтів у кризових станах, завдяки чому було можливо проводити дослідження у комплексному біопсихосоціальному контексті, що відповідає сучасному підходу до лікування опіоїдної залежності. Це істотно підвищує зовнішню валідність отриманих результатів і забезпечує можливість екстраполювати висновки на ширшу популяцію пацієнтів, які перебувають на замісній терапії в Україні.

До поточного етапу дослідження включено 49 осіб – 38 (77,6%) чоловіків та 11 (22,4%) жінок. Такий розподіл відповідає сучасним епідеміологічним даним щодо гендерної структури пацієнтів із опіоїдною залежністю – чоловіки стабільно становлять більшість осіб, які звертаються за лікуванням [102, 194]. Подібна гендерна асиметрія зберігалася також по завершенню курсу метадон-асоційованої терапії, після вибуття з дослідження 11 (22,4%) осіб – 29 (76,3%) чоловіків та 9 (23,7%) жінок.

Усі учасники мали встановлений діагноз опіоїдної залежності відповідно до критеріїв чинної в Україні МКХ-10 та отримували виключно

метадонову замісну терапію без додаткових психологічних інтервенцій. Використання метадону, а не бупренорфіну чи комбінованих схем, було зумовлене стандартами даного лікувального закладу і водночас відповідало міжнародним підходам, згідно з якими метадон є ефективним і стабільним препаратом для довготривалого контролю синдрому залежності. Його фармакокінетичні характеристики забезпечують рівний терапевтичний ефект, що мінімізує коливання когнітивного та психофізіологічного стану пацієнта [14, 15, 19, 153]. Така стабільність важлива для дослідження, адже дозволяє ізолювати вплив психокорекційних інтервенцій від впливу коливань у рівні інтоксикації або медикаментозної недостатності.

Усі учасники надали письмову інформовану згоду після отримання повної інформації про цілі дослідження, можливі ризики та потенційні переваги участі. Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації та положень Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) щодо біоетики і прав людини. Протокол був схвалений локальною комісією з питань біоетики Дніпровського державного медичного університету (протокол № 27 від 16.04.2025), що гарантує дотримання міжнародних стандартів етичності та захист прав учасників, особливо з огляду на їхній статус як соціально вразливої групи.

3.1. Динаміка психометричних показників SCL-90-R у пацієнтів з опіоїдною залежністю на етапі стабілізації замісної підтримувальної терапії метадоном

Дослідження психопатологічної симптоматики проводилося із використанням опитувальника SCL-90-R, валідованого в Україні [195]. Цей інструмент є одним із найпоширеніших у клінічній психодіагностиці, оскільки дає змогу комплексно оцінити патерни психологічних і психопатологічних проявів як у здорових осіб, так і у пацієнтів із різноманітними психічними та поведінковими розладами. Опитувальник містить 90 тверджень, кожне з яких відображає ступінь вираженості певних соматичних, емоційних або

когнітивних проблем, що робить його чутливим інструментом для моніторингу психічного стану в динаміці.

Аналіз отриманих даних здійснювали за дев'ятьма основними субшкалами, що об'єднують типові групи симптомів: SOM; O-C; INT; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY. Окрему роль відіграють відсоткові індекси другого порядку – загальний індекс тяжкості GSI; індекс прояву симптоматики PST та індекс інтенсивності дистресу PSDI, однак у цьому дослідженні ключова увага була зосереджена саме на субшкальних показниках як найбільш показових для клінічного трактування.

Для інтерпретації референтних рівнів за окремими субшкалами застосовували середньопопуляційні нормативи SCL-90-R, представлені в посібнику SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual (Derogatis, 1977) [177], який є загальновизнаним базовим джерелом нормативних показників для дорослої не клінічної популяції.

Психометричний аналіз динаміки психічного стану пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії метадоном, засвідчив складну та неоднозначну трансформацію психопатологічного профілю в процесі лікування (табл. 3.1). Узагальнена інтерпретація отриманих результатів свідчить про зростання загального індексу тяжкості симптомів (GSI з 0,78 до 0,97), що відображає посилення суб'єктивно переживаного психологічного дискомфорту.

Таблиця 3.1

Динаміка показників психопатологічної симптоматики у вибірці на етапі стабілізації замісної підтримувальної терапії метадоном

Шкала	Показники (бали):	
	до лікування (n=49)	після лікування (n=38)
SOM	1,00 [0,67; 1,50]	1,30 [0,90; 1,80]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,32$	
O-C	0,70 [0,30; 1,20]	1,00 [0,80; 1,40]

Продовження таблиці 3.1

	$p < 0,05$; $r \approx 0,35$	
INT	0,67 [0,44; 1,22]	1,10 [0,70; 1,40]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,34$	
DEP	0,85 [0,38; 1,30]	1,20 [0,80; 1,80]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,36$	
ANX	0,70 [0,20; 1,00]	1,10 [0,70; 1,50]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,38$	
HOS	0,50 [0,17; 1,00]	0,83 [0,50; 1,33]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,29$	
PHOB	0,14 [0,00; 0,57]	0,29 [0,14; 0,71]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,27$	
PAR	0,83 [0,33; 1,17]	0,83 [0,50; 1,63]
	$p > 0,05$; $r \approx 0,08$	
PSY	0,40 [0,20; 0,80]	0,50 [0,20; 0,80]
	$p > 0,05$; $r \approx 0,06$	
GSI	0,78 [0,44; 1,10]	0,97 [0,74; 1,36]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,40$	
PST	46,0 [27,0; 64,0]	57,0 [50,2; 69,8]
	$p < 0,01$; $r \approx 0,52$	
PSDI	1,4 [1,1; 1,7]	1,5 [1,3; 1,9]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,31$	

Примітки: для оцінки динаміки застосовано критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок; дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; r – розмір ефекту для критерію Вілкоксона відповідно до загальноприйнятих порогів (малий – $r \approx 0,1$; середній – $r \approx 0,3$; великий – $r \geq 0,5$)

У контексті замісної підтримувальної терапії така динаміка **не може** трактуватися як погіршення ефективності лікування, а радше як актуалізація

психопатологічної симптоматики, яка на етапі активного вживання нелегальних опіоїдів була частково нівельована або «замаскована» наркотичною інтоксикацією.

Аналіз інтегральних індексів дистресу підтвердив цю тенденцію. Зокрема, достовірне зростання кількості позитивних відповідей за індексом PST (з 46,0 до 57,0) свідчить про розширення спектра усвідомлюваних симптомів. Це означає, що після припинення вживання «вуличних» наркотиків пацієнти починають чіткіше диференціювати власний психічний і соматичний стан, звертаючи увагу на порушення сну, когнітивні труднощі, емоційну лабільність та інші прояви, які раніше залишалися поза фокусом свідомості. Водночас відносна стабільність PSDI: 1,4 → 1,5 вказує на те, що посилення дистресу має передусім кількісний, а не якісний характер і не досягає рівня гострої психотичної дезорганізації. Це дозволяє розглядати зафіксовані зміни як етап адаптації до тверезого способу життя, в умовах якого кількість стресогенних чинників зростає, але їх суб'єктивна тяжкість залишається відносно контрольованою.

Доменний аналіз психопатологічного профілю виявив нерівномірність змін за окремими шкалами SCL-90-R (табл. 3.1, рис. 3.1). Найбільш виражена негативна динаміка зафіксована за шкалами тривоги (зростання на 57%) та міжособистісної сенситивності (зростання на 64%). Досягнення показником міжособистісної чутливості рівня 1,1, що суттєво перевищує популяційну норму (близько 0,40), свідчить про загострення соціальної фобізації та переживання власної неадекватності у міжособистісних контактах. Це відображає труднощі соціальної реінтеграції пацієнтів, які на тлі втрати звичного наркотичного «захисту» змушені взаємодіяти з соціумом без фармакологічного буфера.

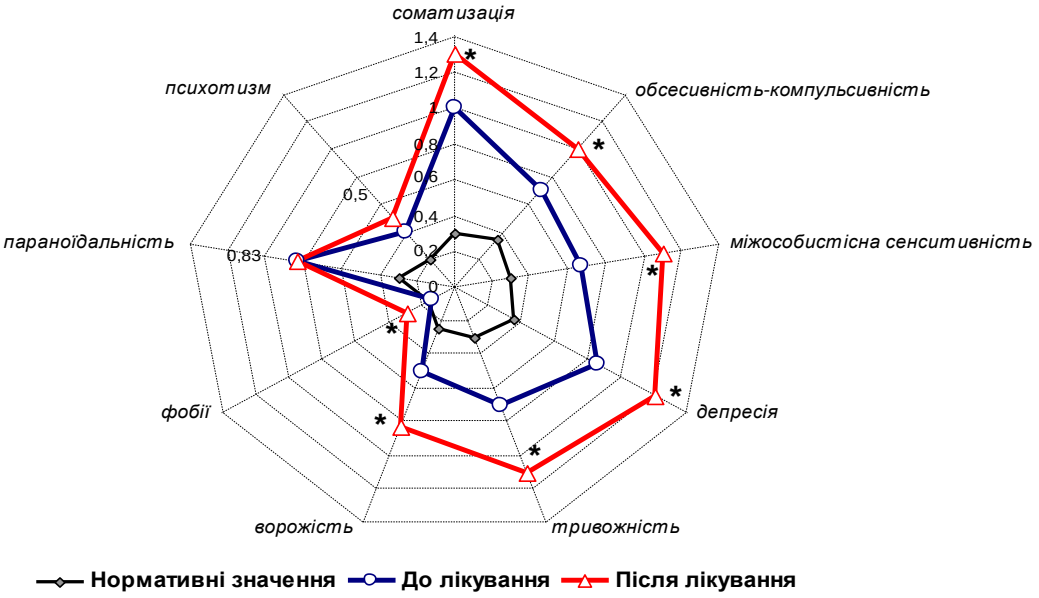


Рис. 3.1 Медіанні показники психопатологічної симптоматики у вибірці на етапі стабілізації ЗПТ метадоном (шкали SCL-90-R, бали; * – відмінності статистично значущі, $p < 0,05$; критерій Вілкоксона)

Показники депресивності також продемонстрували значуще зростання (з 0,85 до 1,2), перевищуючи середньопопуляційні значення більш ніж у три рази. Така динаміка інтерпретується як вихід пацієнтів зі стану «наркотичної анестезії» та зіткнення з депресивною реальністю хронічного захворювання, втрачених соціальних ролей і необхідності довготривалої терапії. Паралельно відзначалося зростання показників соматизації (до 1,3), що є типовим для етапу стабілізації дози метадону та відображає підвищену чутливість до тілесних відчуттів. На тлі стабільної інтенсивності симптомів це може свідчити про формування іпохондричної фіксації, коли будь-який соматичний дискомфорт інтерпретується як ознака недостатньої дози препарату або погіршення соматичного стану.

Порівняння отриманих результатів із середньостатистичними показниками здорової популяції дозволило глибше оцінити ступінь патологізації (табл. 3.2). Так, вже до лікування показники більшості шкал перевищували середньопопуляційний рівень, формуючи профіль помірно та клінічно вираженого психопатологічного дистресу. Після лікування

відзначалося подальше зростання відхилень від норми, передусім, за шкалами соматизації (+333%), тривоги (+267%), депресивності (+243%), міжособистісної сенситивності (+ 267%) та загального індексу симптоматики (+ 223%), який досяг рівня, характерного для клінічних вибірок.

Таблиця 3.2

Відхилення показників опитувальника SCL-90-R від середніх нормативних значень

Шкала SCL-90-R	До лікування, медіана	Після лікування, медіана	Середнє нормативне значення*	Відхилення
Соматизація	1,00	1,30	≈0,30	+ 333%
Обсесивність-компульсивність	0,70	1,00	≈0,35	+ 186%
Міжособистісна сенситивність	0,67	1,10	≈0,30	+ 267%
Депресія	0,85	1,20	≈0,35	+ 243%
Тривожність	0,70	1,10	≈0,30	+ 267%
Ворожість	0,50	0,83	≈0,25	+ 232%
Фобії	0,14	0,29	≈0,15	+ 93%
Параноїдальні тенденції	0,83	0,83	≈0,30	+ 177%
Психотизм	0,40	0,50	≈0,20	+ 150%
Загальний індекс тяжкості	0,78	0,97	≈0,30	+ 223%

Примітки: * – нормативні значення наведено за узагальненими даними L.R. Derogatis для дорослої неклінічної популяції; відхилення – медіанні значення після ЗПТ vs середні нормативні значення

Статистичне та методологічне обґрунтування виявлених змін підтверджує їх закономірний характер. Оскільки розподіл показників відрізнявся від нормального (критерій Шапіро-Уїлка, $p < 0,05$*),* для порівняння значень до та після лікування було застосовано критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок. Отримані результати засвідчили статистично значуще зростання медіанних значень за шкалами тривоги, депресивності та соматизації *($p < 0,01$),* що дозволяє відкинути нульову гіпотезу про випадковість зафіксованої динаміки.

З теоретичної точки зору виявлений феномен може бути пояснений у межах біопсихосоціальної моделі залежності. Фармакогенний компонент полягає в тому, що метадон, будучи повним агоністом опіоїдних рецепторів, забезпечує стабільний рівень речовини в крові, однак позбавлений вираженого ейфорійного ефекту, характерного для нелегальних опіоїдів, що призводить до демаскування базового рівня тривожності. Психологічний аспект проявляється у зміні об’єкта нав’язливості: зростання показників обсесивно-компульсивної симптоматики *(0,7 → 1,0)* відображає перехід від фокусування на пошуку наркотика до постійного моніторингу власного стану та страху перед можливими проявами абстиненції. Соціальний компонент пов’язаний із кризою ідентичності, коли пацієнт втрачає зв’язки з наркотичним середовищем, але ще не інтегрований у просоціальні структури, що обумовлює зростання міжособистісної тривожності та соціальної ізоляції.

З клінічної точки зору отримані результати мають важливе прогностичне значення. Високі рівні тривоги та депресивності (1,1–1,2) створюють підвищений ризик рецидиву або спроб «самолікування» шляхом вживання інших ПАР, зокрема, алкоголю чи бензодіазепінів. Встановлена кореляція між тривалістю перебування на ЗПТ та зростанням показників SCL-90-R вказує на існування «критичного вікна терапевтичної вразливості», зазвичай у проміжку між першим і третім місяцями лікування. Саме в цей період суб’єктивне відчуття психологічного погіршення може зумовлювати самовільне припинення терапії.

Зазначені клініко-прогностичні закономірності зумовили необхідність детального аналізу афективної симптоматики з використанням стандартизованих психометричних інструментів. З цією метою було проведено порівняльну оцінку показників депресії та тривоги за шкалами Гамільтона в динаміці замісної підтримувальної терапії метадоном, результати якої наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка показників депресії та тривоги за шкалами Гамільтона у пацієнтів до та після замісної підтримувальної терапії метадоном

Показник	До лікування, Me [Q1;Q3]	Клінічна категорія, медіана	Після лікування, Me [Q1; Q3]	Клінічна категорія, медіана	p (критерій Вілкоксона)
Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS)	13,0 [7,0; 19,0]	Легка депресія	15,5 [10,0; 21,5]	Легка-помірна депресія	< 0,05
Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS)	15,0 [7,0; 21,0]	Помірна тривога	18,0 [12,0; 27,0]	Помірна тривога	< 0,01

Примітки: клінічну інтерпретацію результатів здійснювали відповідно до загальноприйнятих порогових значень шкал Гамільтона: HDRS: 0-7 – норма; 8-16 – легка депресія; 17-23 – помірна; ≥24 – тяжка. HARS: <17 – легка тривога; 18-24 – помірна; 25-30 – тяжка; статистичну значущість відмінностей між показниками до та після лікування оцінювали за допомогою критерію Вілкоксона для пов’язаних вибірок

Аналіз показників за шкалами Гамільтона для оцінки депресії та тривоги виявив статистично значущі зміни психоемоційного стану пацієнтів у процесі замісної підтримувальної терапії метадоном.

Так, до початку лікування медіанне значення за шкалою HDRS становило 13,0 [7,0; 19,0], що відповідало легкій/помірній депресивній симптоматиці. Після лікування показник зріс до 15,5 [10,0; 21,5]; різниця між показниками була статистично значущою ($p < 0,05$, критерій Вілкоксона).

За шкалою HARS до лікування медіана становила 15,0 [7,0; 21,0], що відповідало помірному рівню тривоги. Після початку замісної терапії показник збільшився до 18,0 [12,0; 27,0], при цьому різниця між значеннями до та після лікування була статистично значущою *($p < 0,01$).*

Отже, пацієнти з опіоїдною залежністю на етапі стабілізації замісної підтримувальної терапії метадоном переходять від фази «фізіологічного виживання» до фази «психологічного усвідомлення дефіциту», що потребує інтеграції інтенсивних психотерапевтичних втручань, когнітивної корекції та, за показаннями, ад'ювантної психофармакотерапії з метою зниження дистресу та підвищення прихильності до лікування.

3.2. Результати дослідження динаміки якості життя осіб з опіоїдною залежністю в процесі отримання замісної метадон-асоційованої підтримувальної терапії

У клінічних і дослідницьких програмах, спрямованих на лікування опіоїдної залежності – насамперед у рамках замісної підтримувальної терапії – поряд зі стандартизованими психометричними інструментами, зокрема симптоматичним опитувальником оцінки психопатологічної симптоматики SCL-90-R, важливе місце посідає шкала WHOQOL-BREF, що представляє собою інтегральну оцінку якості життя за методологією Всесвітньої організації охорони здоров'я. Використання цих інструментів у комплексі дозволяє сформувати багаторівневий профіль функціонування пацієнта з опіоїдною залежністю, що охоплює як актуальні психопатологічні стани, так і

суб’єктивно сприйняту якість життя, рівень соціальної підтримки та доступність ресурсів для відновлення.

Сучасні рекомендації та клінічні протоколи, що регламентують ведення пацієнтів, які отримують ЗПТ, наголошують на необхідності проводити комбіновану оцінку за SCL-90-R та WHOQOL-BREF на початковому етапі лікування, а також у динаміці – на 1-му, 3-му, 6-му та 12-му місяцях лікування [18]. Такий підхід спрямований на своєчасне виявлення психічної або соціальної дезадаптації, факторів ризику рецидиву, зниження прихильності до терапії, а також потреби в додаткових психіатричних, психологічних або соціальних інтервенціях. SCL-90-R відображає рівень вираженості депресивних, тривожних, соматоформних та інших типів психопатологічної симптоматики, тоді як WHOQOL-BREF дозволяє оцінити більш структуровані аспекти життєдіяльності, включно з фізичним самопочуттям, психологічною стабільністю, соціальними зв’язками та екологічними умовами, що формують контекст повсякденного функціонування [20].

У контексті ЗПТ та реабілітації осіб із залежністю ця подвійна оцінка має ключове значення. Психопатологічні симптоми, зокрема депресивні та тривожні розлади, істотно впливають на мотивацію, дотримання режиму лікування та здатність пацієнта утримуватися від вживання ПАР. Водночас якість життя є інтегральним показником соціального й особистісного відновлення, який віддзеркалює не лише фізичне здоров’я, а й соціальну підтримку, рівень самостійності, доступ до ресурсів та здатність планувати майбутнє. Підвищення показників якості життя корелює зі зниженням ризику рецидиву, покращенням комплаєнсу та зростанням соціального функціонування [28].

Використання WHOQOL-BREF в українській адаптації – WHOQOL-BREF [196] – дозволило дослідити 4 інтегральні домени якості життя: фізичний, психологічний, соціальний та екологічний. Фізичний домен включає оцінку інтенсивності болю, рівня дискомфорту, енергійності, втоми, мобільності, якості сну й відпочинку. Психологічний домен охоплює

позитивні та негативні емоційні стани, когнітивні характеристики (мислення, навчання, пам’ять), самооцінку, сприйняття власного зовнішнього вигляду та релігійні переконання. Соціальний домен відображає якість міжособистісних стосунків, рівень соціальної підтримки та сексуальну активність. Екологічний домен включає оцінку доступності фінансових ресурсів, безпеки, медичної та соціальної допомоги, умов навколишнього середовища, а також можливостей отримання нової інформації, навичок і користування транспортом.

Результати оцінки якості життя осіб з опіоїдною залежністю в динаміці замісної підтримувальної терапії метадоном, отримані нами за допомогою опитувальника WHOQOL-BREF, відображають аж ніяк не неефективність лікувального втручання, а складний, багаторівневий і закономірний процес терапевтичної трансформації. Проведений порівняльний аналіз показників до початку ЗПТ та після її впровадження дає змогу простежити зміну суб’єктивного сприйняття ключових сфер життєдіяльності пацієнтів у контексті біологічної стабілізації, припинення вживання нелегальних опіоїдів та поступової адаптації до тверезого способу життя (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів залежно від терміну замісної підтримувальної терапії

Домен WHOQOL-BREF	Динаміка показників (до → після ЗПТ)	Кількісна характеристика (Me [Q1; Q3]) та статистичний аналіз	Клініко-психологічна інтерпретація	Терапевтичне значення
Фізичне здоров’я	Помірне зниження	21,0 [20,0; 24,0] → 20,0 [17,0; 22,0], критерій Вілкоксона, $p > 0,05$	Демаскування соматичних скарг після припинення наркотичної аналгезії; актуалізація хронічної соматичної патології	Потреба у поглибленому соматичному обстеженні та медичному супроводі
Психічне здоров’я	Формальна стабільність медіани зі зниженням нижнього квартиля	17,0 [15,0; 20,0] → 17,0 [14,0; 18,8], критерій Вілкоксона, $p > 0,05$	«Емоційне оголення»: підвищене усвідомлення тривожних і депресивних переживань після відмови від наркотичного копінгу	Необхідність психотерапевтичної підтримки та розвитку адаптивних копінг-стратегій

Продовження таблиці 3.4

Соціальні відносини	Незначне, але системне зниження	9,0 [8,0; 11,0] → 8,5 [7,0; 10,0], критерій Вілкоксона, p > 0,05	Період «соціального вакууму»: розрив із наркотичним середовищем без сформованих просоціальних зв'язків	Пріоритет психосоціальної реабілітації, соціальної підтримки та кейс-менеджменту
Екологія/довкілля	Зниження медіани та зростання варіабельності	23,0 [21,0; 25,0] → 22,0 [17,0; 24,0], критерій Вілкоксона, p > 0,05	Зростання критичності до умов життя, фінансової та соціальної незахищеності після стабілізації стану	Обґрунтування необхідності соціальної допомоги та міжсекторальної взаємодії
Інтегральна оцінка якості життя	Стадія адаптаційного плато	Відсутність зростання медіанних значень, всі домени: p > 0,05	Закономірний етап «кризи одужання» на фоні стабілізації біологічного стану	Підтвердження ефективності ЗПТ як базового етапу перед розширеною реабілітацією

Примітки: для оцінки динаміки застосовано критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок; кількісні дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості

Аналіз домену фізичного здоров’я показав, що до початку лікування медіанне значення становило 21,0 [20,0; 24,0], тоді як після старту ЗПТ воно знизилося до 20,0 [17,0; 22,0]. Зазначена динаміка не може розглядатися як негативний наслідок терапії або погіршення соматичного стану, індуковане лікуванням. Натомість вона відображає феномен так званого «соматичного проявлення», характерний для періоду відмови від нелегальних опіоїдів. У стані активної наркотизації пацієнти часто не усвідомлюють або ігнорують хронічні соматичні захворювання, біль та фізичний дискомфорт внаслідок вираженого аналгезуючого ефекту опіоїдів. Після переходу на ЗПТ і стабілізації дози відбувається демаскування тілесних відчуттів, зростає соматична чутливість та формується більш критичне ставлення до власного фізичного стану. Саме цей процес, а не реальне погіршення здоров’я, знаходить відображення у помірному зниженні суб’єктивної оцінки фізичного благополуччя.

Показники домену психічного здоров’я до лікування характеризувалися медіаною 17,0 [15,0; 20,0], тоді як після початку ЗПТ вона зберігалася на рівні 17,0 [14,0; 18,8]. Формальна стабільність медіанного значення поєднується зі зміщенням нижньої межі міжквартильного інтервалу в бік зменшення, що свідчить про появу підгрупи пацієнтів із підвищеною психоемоційною напругою. У клінічному контексті це відповідає феномену «емоційного оголення», який виникає після відмови від наркотиків як звичного, хоча й деструктивного, копінг-механізму. Припинення наркотичної інтоксикації призводить до актуалізації тривожних і депресивних переживань, порушень сну та внутрішнього напруження, які раніше маскувалися ейфорійним та седативним ефектом ПАР. Таким чином, відсутність позитивної динаміки за цим доменом не є негативним результатом лікування, а відображає адаптаційний етап формування нових психологічних механізмів подолання стресу в умовах тверезості (табл. 3.4, рис. 3.2).

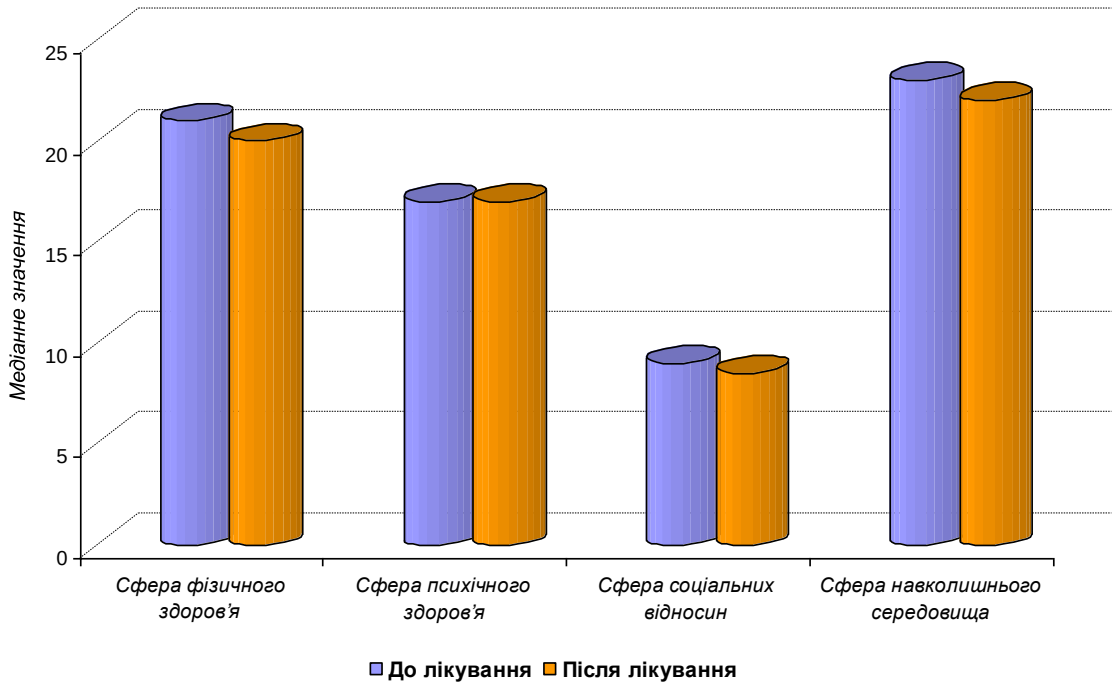


Рис. 3.2 Показники доменів якості життя пацієнтів залежно від терміну замісної підтримувальної терапії (опитувальник WHOQOL-BREF)

Найнижчі абсолютні значення, що є типовим для цієї категорії пацієнтів, зафіксовані у домені соціальних відносин. Медіанне значення зменшилося з 9,0 [8,0; 11,0] до 8,5 [7,0; 10,0]. Незважаючи на відносно невелику абсолютну різницю, така динаміка має суттєве клінічне значення, оскільки відображає період так званого «соціального вакууму». На початкових етапах ЗПТ пацієнти вимушені розривати зв'язки з наркотичним середовищем, яке, попри свою деструктивність, виконувало функцію соціальної підтримки та ідентифікації. Водночас формування нових, конструктивних соціальних контактів і ролей потребує часу та додаткових ресурсів. Тимчасове зниження задоволеності соціальними відносинами є закономірним і навіть необхідним етапом процесу ресоціалізації, що підкреслює важливість системного психосоціального супроводу на цьому етапі лікування.

Оцінка домену оточуючого середовища також виявила негативну динаміку: медіанне значення зменшилося з 23,0 [21,0; 25,0] до 22,0 [17,0; 24,0], при цьому спостерігалося розширення міжквартильного інтервалу в бік нижчих значень. Це свідчить про зростання гетерогенності суб'єктивного

сприйняття умов життя та підвищення критичності щодо таких аспектів, як фінансова стабільність, житлові умови, особиста безпека й доступ до соціальних і медичних ресурсів. Після стабілізації стану на ЗПТ пацієнти починають більш реалістично та тверезо оцінювати власну соціальну незахищеність, яка в період активної залежності відходила на другий план порівняно з домінуючою потребою у пошуку наркотичної речовини.

З позицій порівняльної статистики, за відсутності статистично значущих змін за критерієм Вілкоксона *(p > 0,05)*, отримані результати доцільно інтерпретувати не як регрес або неуспішність лікування, а як фазу плато або стабілізації показників. У контексті опіоїдної залежності така стабілізація має позитивне значення, оскільки без застосування ЗПТ у подібних пацієнтів зазвичай спостерігається прогресуюче та системне погіршення всіх доменів якості життя. У науково-теоретичному вимірі наведені дані узгоджуються з концепцією «кризи одужання», коли завищені очікування від початку лікування стикаються з реальністю тривалого, багатокомпонентного та етапного реабілітаційного процесу.

Загалом, динаміка показників якості життя у пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії, відображає об’єктивний і закономірний етап терапевтичної трансформації, пов’язаний із біологічною стабілізацією, психологічним «пробудженням» та соціальною перебудовою. Тимчасове зниження або відсутність зростання суб’єктивного благополуччя не свідчить про неефективність ЗПТ, а, напроти, підкреслює необхідність інтеграції медикаментозного лікування з психотерапевтичними та соціальними інтервенціями. Особливої уваги потребують питання соціальної адаптації, поглибленого соматичного обстеження та корекції психоемоційного стану, що у середньо- та довгостроковій перспективі створює передумови для переходу від етапу адаптаційного напруження до стійкого підвищення якості життя.

3.3. Особливості агресивності та імпульсивної поведінки у осіб з опіоїдною залежністю за умов замісної підтримувальної терапії метадоном

Одним із найбільш критичних компонентів клінічної картини залежності від опіоїдів є агресивність, яка проявляється у вигляді вербальної та фізичної агресії, імпульсивних дій, дратівливості, вибухових емоційних реакцій та схильності до антисоціальної поведінки [12, 197]. У пацієнтів з опіоїдною залежністю агресивність нерідко формується як реакція на фрустрацію, пов'язану з пошуком наркотичної речовини, страхом абстиненції, міжособистісними конфліктами та супутньою психопатологією (депресією, тривогою, розладами особистості) [197].

ЗПТ є золотим стандартом лікування опіоїдної залежності та спрямована на стабілізацію фізичного й психічного стану пацієнтів. В останні роки дослідники все більше уваги приділяють імовірному антиагресивному потенціалу ОАТ, підкреслюючи, що її ефект виходить за межі лише зняття абстиненції. Стабілізація емоційної регуляції та зменшення імпульсивності розглядаються як окремі терапевтичні переваги, які мають значний вплив на прогноз захворювання та соціальну інтеграцію [12, 197].

Метадон – повний агоніст μ-опіоїдних рецепторів – чинить системний вплив на нейрохімічні механізми, що регулюють агресію. Його стабільна μ-опіоїдна стимуляція вирівнює добові коливання нейромедіаторів, усуває різкі переходи між ейфорією та абстиненцією, які виступають потужними тригерами агресивних реакцій та дезорганізованої поведінки. Завдяки поступовому накопиченню терапевтичної концентрації метадону у плазмі знижується рівень гіперактивації лімбічних структур та покращується контроль префронтальної кори над імпульсивними діями, що пояснює клінічно спостережуване зниження агресивності, яке найчастіше проявляється після перших 4–6 тижнів стабілізаційної фази лікування [6, 16, 31, 126].

Дані клінічних робіт свідчать, що застосування метадону асоціюється зі значним зниженням рівня агресивності в поведінкових шкалах, включаючи

Hostility Index, Buss–Perry Aggression Questionnaire та SCL-90-R (шкала Hostility). Так, повідомляється про зменшення індексу ворожості на 25–40 % після початку терапії, що вказує не лише на регрес агресивної симптоматики, але й на покращення толерантності до стресу, загальне зниження конфліктності та підвищення самоконтролю [197].

Систематизований аналіз літератури показує, що ОАТ помірно або значно знижує агресивність, покращує емоційний контроль, зменшує соціальну конфліктність і може розглядатися як ефективна поведінкова інтервенція завдяки стабілізації нейробіологічних та соціальних процесів [12, 31, 32, 197] (табл. 3.5). Однак ОАТ не є автономним рішенням проблеми агресивності: у частини пацієнтів вона зберігається через супутні психічні розлади, травматичний досвід, соціальну маргіналізацію чи розлади особистості. Найкращі результати спостерігаються при комбінації ОАТ із психотерапією – когнітивно-поведінковою, діалектичною поведінковою чи мотиваційним консультуванням, що дозволяє формувати довготривалі навички регуляції емоцій і контролю імпульсивної поведінки [32, 34].

З урахуванням вищевикладеного, у поточному підрозділі нашої роботи наведено власні результати аналізу особливостей агресивності та імпульсивної поведінки у пацієнтів з опіоїдною залежністю, які отримують замісну терапію метадоном.

Аналіз рівня агресивності у пацієнтів досліджуваних груп здійснено за допомогою методики вивчення схильності особистості до агресивної поведінки А. Басса та А. Дарки в адаптації А.К. Осницького. Даний інструмент у клінічній практиці вважається одним із найбільш інформативних для оцінки структури агресивних і ворожих реакцій, оскільки дозволяє окремо і в комплексі аналізувати різні форми агресивності.

Таблиця 3.5

Вплив терапії опіоїдними агоністами на агресивність

Рівень впливу	Механізм	Очікуваний щодо агресивності ефект
Нейробіологічний (μ-опіоїдні рецептори)	Стабільна стимуляція μ-рецепторів нормалізує дисбаланс у дофамінергічній та серотонінергічній нейротрансмісії, знижує гіперактивацію амигдали	Зменшення реактивної агресії, зниження емоційної вибуховості, покращення контролю імпульсивності
Анти-абстинентний ефект	Усунення симптомів відміни, які включають дратівливість, тривогу, соматичний біль, психомоторне збудження	Усунення «абстинентно індукованої» агресії; зменшення конфліктності
Стабілізація рівня стресу	Зниження гіперактивації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, зменшення рівня кортизолу та реакції на соціальні стресори	Менша схильність до агресивних реакцій у відповідь на стрес; ↑ толерантності до провокацій
Нормалізація емоційної регуляції	Поліпшення роботи префронтальної кори завдяки усуненню хронічного стресу та нейротоксичного впливу нелегальних опіоїдів	Підвищення контролю поведінки, зменшення імпульсивності та афективної нестійкості
Соціально-поведінковий ефект	Пацієнт перестає бути залученим у кримінальні або ризиковані середовища, зменшується частота міжособистісних конфліктів	Менше тригерів агресії, зниження рівня соціальної напруги

Продовження таблиці 3.5

Зменшення супутньої психопатології	Зниження симптомів депресії, тривожності, соматизації, які є предикторами агресивних проявів	Стабільніший психоемоційний стан, зниження вербальної й фізичної агресії
Покращення якості життя (QOL)	Нормалізація фізичних, соціальних і психологічних аспектів функціонування	Зменшення агресивних реакцій у відповідь на фрустрацію, життєві труднощі чи ізоляцію
Підвищення комплаєнсу та лікувальної мотивації	Регулярний контакт із медичними працівниками, підтримка, психологічна освіта, зменшення хаотичності життя	↓ ризику імпульсивних і конфліктних дій, більша контрольованість поведінки
Синергія з психотерапією	КПТ і діалектична поведінкова терапія, а також мотиваційне консультування знімають поведінкові патерни агресії	Максимум зниження агресивності – при поєднанні ЗПТ + психотерапія

Методика об’єднує наступні форми агресивних і ворожих реакцій: фізична агресія, опосередкована агресія, роздратування, негативізм, образа, підозріливість та вербальна агресія. Окремим параметром виступає шкала «Почуття провини», яка відображає інтерналізовані механізми контролю поведінки, що обмежують прояв соціально неприйнятних реакцій. Фізична, опосередкована агресія, роздратування та вербальна агресія формують сумарний індекс агресивних реакцій (норматив 21 ± 4), тоді як образа і підозріливість утворюють ІВ (оптимум 6-7 ± 3) [181].

Отримані нами результати відображають динаміку показників схильності особистості до агресивної поведінки у пацієнтів з опіоїдною

залежністю до початку та після впровадження замісної підтримувальної терапії метадоном, оцінену за методикою Басса–Дарки. Результати подано у вигляді медіани та міжквартильного інтервалу, що відповідає ненормальному характеру розподілу показників у досліджуваній вибірці та дозволяє коректно охарактеризувати як центральну тенденцію, так і внутрішньогрупову варіабельність (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Особливості агресивності у осіб з опіоїдною залежністю за умов замісної підтримувальної терапії метадоном (шкала Басса-Дарки)

Шкала (Buss–Durkee)	До лікування (n=49)	Після лікування (n=38)	Інтерпретація результату
Фізична агресія	7,0 [6,0; 8,0]	6,0 [4,0; 7,0]	Тенденція до зниження імпульсивної агресії на тлі соматичної стабілізації
Непряма агресія	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	Стабільність пасивно-агресивних патернів
Роздратування	6,0 [4,0; 8,0]	6,0 [4,2; 7,8]	Збереження емоційної реактивності в період адаптації
Негативізм	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [2,0; 3,0]	Формування більш усвідомленої, але стримано опозиційної позиції
Образа	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [3,0; 6,0]	Часткове зменшення фрустрації у частини пацієнтів
Схильність до підозр	6,0 [5,0; 7,0]	5,5 [3,0; 7,0]	Редукція міжособистісної напруженості та ворожої настороженості

Продовження таблиці 3.6

Вербальна агресія	8,0 [6,0; 9,0]	8,0 [6,0; 9,0]	Стійкість вербально-експресивних форм реагування
Почуття провини	7,0 [6,0; 8,0]	7,0 [5,2; 8,0]	Збереження внутрішнього конфлікту при частковій редукції самозвинувачення
ІА	19,0 [17,0; 23,0]	20,0 [15,2; 23,8]	Стабілізація з індивідуалізацією поведінкових реакцій
ІВ	11,0 [9,0; 13,0]	9,0 [7,0; 13,0]	Клінічно значуща редукція внутрішньої озлобленості

Примітки: для оцінки динаміки застосовано критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок (всі домени: $p > 0,05$); кількісні дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]

Аналіз окремих компонентів агресивних реакцій свідчить, що найбільш виражені зміни стосуються форм відкритої деструктивної поведінки та міжособистісної напруги. Так, показник фізичної агресії після початку ЗПТ знизився з 7,0 [6,0; 8,0] до 6,0 [4,0; 7,0]. Така динаміка вказує на зменшення імпульсивних форм агресивної поведінки та схильності до використання фізичної сили, що можна пов’язати з фармакологічною стабілізацією стану, редукцією абстинентного напруження та зниженням соматичної дискомфорту, характерного для активної опіоїдної залежності. Одночасне звуження міжквартильного інтервалу відображає зменшення варіабельності цього показника у групі, що свідчить про певне вирівнювання поведінкових реакцій у процесі лікування та має важливе соціальне значення з огляду на зниження ризиків фізичного насильства.

Показники непрямої агресії залишилися стабільними: медіана як до, так і після лікування становила 5,0 [4,0; 6,0]. Відсутність динаміки за цим параметром може свідчити про відносну стійкість пасивно-агресивних форм

реагування, які меншою мірою залежать від соматичного стану та фармакологічного впливу і більше пов’язані з усталеними особистісними та комунікативними патернами.

У домені роздратування медіанне значення залишилося на рівні 6,0, при цьому після початку ЗПТ спостерігалися незначні зміни меж міжквартильного інтервалу (з 4,0-8,0 до 4,2-7,8). Це може відображати часткову стабілізацію емоційної реактивності за умов збереження фонової напруженості, що є типовим для адаптаційного періоду та процесу психологічної перебудови в умовах відмови від нелегальних опіоїдів.

Показник негативізму характеризувався низькими значеннями як до лікування – 2,0 [1,0; 3,0], так і після нього – 2,0 [2,0; 3,0]. Незмінність медіани при підвищенні нижньої межі міжквартильного інтервалу може свідчити про формування більш усвідомленого, хоча й стримано опозиційного ставлення до зовнішніх вимог та правил у процесі лікування, зокрема, до терапевтичного режиму та соціальних обмежень.

Рівень образи залишався відносно стабільним (5,0 [4,0; 6,0] до лікування та 5,0 [3,0; 6,0] після ЗПТ), однак розширення інтервалу в бік нижчих значень може вказувати на зменшення інтенсивності переживання фрустрації у частини пацієнтів. Це свідчить про поступову адаптацію до нових життєвих умов без наркотичного підкріплення та ослаблення хронічного афективного напруження.

Показники підозрілості демонстрували тенденцію до помірного зниження медіанного значення з 6,0 [5,0; 7,0] до 5,5 [3,0; 7,0]. Така динаміка є клінічно значущою, оскільки підозрілість виступає ключовим компонентом ворожого ставлення до оточення. Зміщення нижньої межі міжквартильного інтервалу до 3,0 вказує на те, що у значної частини пацієнтів формується більш довірливе або менш напружене сприйняття соціального середовища, зокрема, медичного персоналу та близьких осіб. Водночас збереження широкого інтервалу підкреслює гетерогенність цієї характеристики у вибірці.

Рівень вербальної агресії залишився незмінним (8,0 [6,0; 9,0] як до, так і після лікування), що вказує на стійкість вербально-експресивних форм реагування. Це може свідчити про збереження звичного стилю комунікації, у межах якого словесний тиск, конфліктність або підвищений тон виконують функцію психологічного захисту та соціально прийнятнішого способу розрядки внутрішнього напруження в умовах обмеження імпульсивної фізичної поведінки.

Показник почуття провини також характеризувався стабільною медіаною – 7,0, проте після початку ЗПТ спостерігалося зниження нижньої межі міжквартильного інтервалу з 6,0 до 5,2. Це може відображати часткове зменшення надмірної самозвинувачувальної спрямованості у частини пацієнтів. Водночас збереження загалом високого рівня почуття провини є характерним для осіб із залежністю та свідчить про глибокий внутрішній конфлікт, який навіть за умов фармакологічної стабілізації залишається значущим психологічним тягарем і може виступати чинником ризику рецидиву за відсутності належної психотерапевтичної підтримки.

Аналіз інтегральних показників виявив принципово різну динаміку індексу агресивності та індексу ворожості. ІА після початку ЗПТ не зазнав суттєвих змін: медіанне значення становило 19,0 [17,0; 23,0] до лікування та 20,0 [15,2; 23,8] після нього. Незначне зростання медіани при одночасному розширенні міжквартильного інтервалу може свідчити не про посилення агресивних тенденцій, а про індивідуалізацію реакцій у період психологічної адаптації. У частини пацієнтів відмова від «вуличних» наркотиків та перехід на метадон супроводжуються психоемоційною лабільністю, дратівливістю та зростанням соціальної активності, що може тимчасово відображатися у підвищенні поведінкової напруги.

Натомість ІВ демонстрував чітку тенденцію до зниження медіани з 11,0 [9,0; 13,0] до 9,0 [7,0; 13,0]. Оскільки цей показник формується на основі шкал «Образа» та «Підозрілість», його зменшення можна інтерпретувати як редукцію внутрішньої озлобленості, недовіри та негативної установки щодо

соціального оточення. Така динаміка є одним із найбільш позитивних результатів терапії, оскільки саме зниження ворожості створює фундамент для подальшої ресоціалізації та формування конструктивних міжособистісних відносин (рис. 3.3).

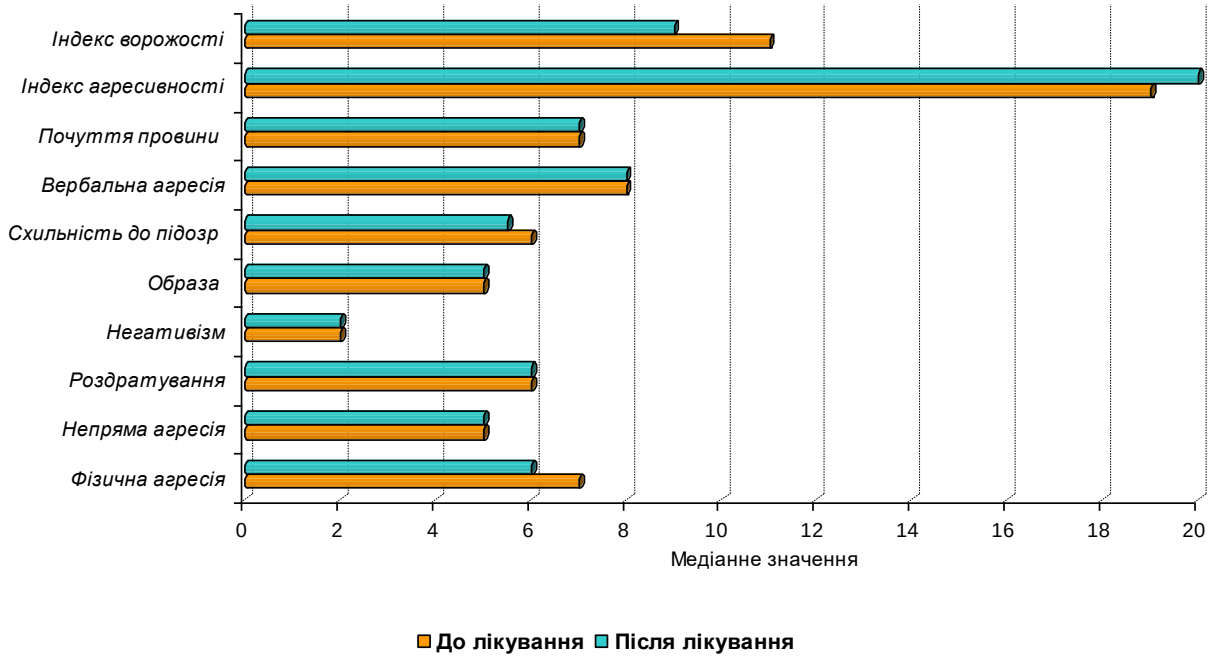


Рис. 3.3 Медіанні показники агресивності у вибірці на етапі стабілізації замісної підтримувальної терапії метадоном (шкала Басса -Дарки, бали)

Проведене дослідження свідчить, що ЗПТ метадоном не супроводжується зростанням агресивних тенденцій і, напроти, сприяє деескалації фізичної агресії та ворожого ставлення до світу. Психологічна трансформація, що відбувається на тлі ЗПТ, випереджає поведінкові зміни: зниження внутрішньої ворожості передує формуванню більш адаптивних моделей поведінки. Водночас збереження високих рівнів вербальної агресії, роздратування та почуття провини свідчить про обмежені можливості суто фармакологічного втручання. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування, який включає психотерапевтичну роботу, тренінги з управління гнівом, розвиток асертивної поведінки та цілеспрямовану підтримку у процесі психологічної та соціальної реінтеграції пацієнтів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Проведений психометричний аналіз динаміки психічного стану пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії метадоном, виявив статистично та клінічно значущі зміни психопатологічного профілю в процесі лікування. Отримані результати свідчать про складний, багатокомпонентний характер психічної перебудови, що не зводиться до лінійного покращення або погіршення показників психічного здоров'я.

2. Зростання GSI та PST при відносній стабільності PSDI вказує на переважно кількісне розширення спектра усвідомлюваних психопатологічних проявів без їх якісного ускладнення. Це свідчить про підвищення рівня психічної рефлексії та диференціації власного стану після припинення вживання нелегальних опіоїдів.

3. Найбільш виражена негативна динаміка встановлена за шкалами тривоги, депресивності, соматизації та міжособистісної сенситивності, показники яких після початку ЗПТ достовірно перевищували середньопопуляційні значення та досягали рівнів, характерних для клінічних вибірок. Виявлені зміни відображають актуалізацію афективного та соматовегетативного дистресу в умовах фармакологічної стабілізації та втрати «наркотичної компенсації».

4. Дані, отримані за шкалами Гамільтона для оцінки депресії та тривоги, підтвердили наявність статистично значущого зростання вираженості депресивної та тривожної симптоматики в процесі замісної терапії. Узгодженість результатів клінічних та самооцінювальних методик підвищує валідність отриманих висновків і вказує на зростання психоемоційного напруження в ранній фазі ЗПТ.

5. Аналіз показників якості життя в доменах фізичного та психічного здоров'я, соціальних відносин і оточуючого середовища засвідчив переважно стабілізаційний характер змін. Відсутність статистично значущої негативної динаміки дозволяє інтерпретувати зафіксовані зрушення як прояв

адаптаційного плато, характерного для періоду ранньої ремісії та перебудови способу життя.

6. Дослідження агресивних і ворожих реакцій виявило зниження фізичної агресії та інтегрального індексу ворожості за умови відносної стабільності індексу агресивності, що свідчить про редукцію імпульсивно-деструктивних форм поведінки та зменшення негативної атрибуції соціального оточення на тлі фармакологічної стабілізації.

7. Виявлене зниження підозрілості та образи за відсутності істотних змін вербальної агресії й негативізму вказує на поступове формування більш диференційованих і соціально контрольованих форм емоційного реагування в процесі лікування, що має важливе значення для соціальної реінтеграції пацієнтів.

У сукупності отримані результати підтверджують, що ранній етап замісної підтримувальної терапії метадоном супроводжується зростанням усвідомленого психічного дистресу на тлі зниження поведінкової деструктивності, що слід розглядати як закономірну фазу адаптації. Це обґрунтовує доцільність поєднання фармакотерапії з цілеспрямованими психотерапевтичними та психосоціальними інтервенціями для мінімізації ризиків емоційної дезадаптації та підвищення довготривалої ефективності лікування.

РОЗДІЛ 4
ПСИХОМЕТРИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРЕВАГ ПОЄДНАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ МЕТАДОНОМ ІЗ РЕАБІЛІТАЦІЙНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ПОРІВНЯНО З ВИКЛЮЧНО МЕДИКАМЕНТОЗНОЮ СХЕМОЮ ЛІКУВАННЯ

Упродовж останніх років у світовій науковій спільноті посилюється інтерес до вивчення когнітивних та емоційно-поведінкових ефектів метадон-асоційованої замісної підтримувальної терапії. Особлива увага приділяється динаміці виконавчих функцій, процесів прийняття рішень та швидкості психомоторних реакцій, які можуть зазнавати трансформацій під впливом тривалого прийому метадону гідрохлориду.

Проте, як зазначає низка дослідників [19, 25, 120, 191, 197], виключно фармакологічний вплив препарату забезпечує лише «базову соматичну стабілізацію» – усунення симптомів абстиненції та нормалізацію фізичного стану. Натомість, ізольована фармакотерапія не здатна самостійно нівелювати демасковану психопатологічну симптоматику, яка часто актуалізується після відмови від нелегальних опіоїдів. Феномен «демаскування» стає серйозним викликом для клініцистів, оскільки прихована раніше тривога, депресивність та афективна лабільність виходять на перший план, створюючи передумови для низької прихильності до лікування або рецидиву.

Окремим аспектом, що потребує детального вивчення, є трансформація агресивного профілю особистості. У пацієнтів, які отримують виключно медикаментозну допомогу, часто зберігається високий рівень ворожості та міжособистісної підозрілості, що суттєво перешкоджає їхній соціальній реінтеграції. Водночас у науковій літературі демонструються дані, які свідчать про мінімізацію небажаних ефектів ЗПТ у випадках, коли лікування є стабільним, тривалим і, головне, інтегрованим у систему медико-психосоціальної підтримки. Результати міжнародних рандомізованих досліджень підтверджують, що поєднання фармакотерапії метадоном із цілеспрямованими психосоціальними інтервенціями забезпечує

синергетичний ефект [26, 31, 45, 131, 133]. У таких умовах стабілізація опіоїдних рецепторів стає фундаментом, на якому за допомогою психотерапії вибудовуються нові копінг-стратегії та навички емоційної саморегуляції.

З урахуванням вищевикладеного, у поточному розділі нашого дослідження представлено порівняльний аналіз, що обґрунтовує переваги поєднання фармакотерапії метадоном із впровадженням спеціалізованих психокорекційних і реабілітаційних інструментів. Ми виходимо з припущення, що комплексне лікування дозволяє не лише стабілізувати фізичний статус, а й ефективно трансформувати ворожі установки особистості та знизити рівень суб'єктивного дистресу, що є недосяжним при використанні виключно фармакологічної моделі лікування опіоїдної залежності.

Клінічною базою дослідження, проведеного протягом 2024 року, став сайт замісної підтримувальної терапії КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР. Вибір даної установи зумовлений її статусом регіонального лідера у сфері адиктології та високим рівнем інтеграції медико-психологічних послуг. Наявність розвинених реабілітаційних програм (соціальний супровід, кризова інтервенція, психологічне консультування) дозволила реалізувати біопсихосоціальний підхід до аналізу, що суттєво підвищує зовнішню валідність результатів та можливість їх екстраполяції на загальну популяцію пацієнтів ЗПТ в Україні.

Вибірку склали 150 осіб, серед яких переважали чоловіки (n=117; 78,0%), що відповідає світовим епідеміологічним трендам щодо гендерного складу «споживачів» опіоїдів [102, 194]. Жінки склали 22,0% (n=33) учасників. Пацієнти були розподілені на основну групу (n=101) та групу порівняння (n=49). Однорідність сформованих груп за ключовими демографічними та психометричними характеристиками ($p>0,05$) забезпечила методологічну чистоту експерименту, виключивши системне викривлення результатів внаслідок статевого, вікового або психоемоційного диморфізму при оцінці когнітивного статусу та емоційної стабільності. Критерієм включення був

верифікований діагноз «Опіоїдна залежність» (згідно з чинною в Україні МКХ-10) та проходження курсу терапії метадоном.

Основна група отримувала ЗПТ та комплексну програму психокорекційних втручань, що включала елементи КПТ, навчання навичкам емоційної регуляції, подолання стресу, а також цілеспрямовані когнітивні вправи, орієнтовані на підтримку та відновлення виконавчих функцій. Такий підхід ґрунтується на сучасних доказових моделях лікування залежності, що наголошують на важливості синергії фармакотерапії та психотерапевтичної підтримки. Група порівняння отримувала виключно метадон-асоційовану ЗПТ без додаткових психологічних інтервенцій, що дозволяло надійно оцінити власний внесок психокорекції в комплексну терапію.

У ході моніторингу вибірка скоротилася на 21 особу. Структура втрат включала 10 летальних випадків, причому переважна частина летальності (n=7) була зафіксована у групі порівняння проти 3 випадків в основній групі. Зазначений розподіл узгоджується з літературними даними про вищий рівень смертності серед пацієнтів на ЗПТ, які не залучені до комплексних реабілітаційних заходів, що часто зумовлено декомпенсацією супутніх психічних розладів, рецидивами та передозуваннями [17, 198]. Припинення участі з інших причин було зафіксовано ще в 11 випадках (n=4 у групі порівняння та n=7 в основній групі) .

Дослідження реалізовано з неухильним дотриманням етичних норм Гельсінської декларації та стандартів ЮНЕСКО у сфері біоетики і прав людини. Процедура включення передбачала отримання письмової інформованої згоди після ознайомлення респондентів із метою, ризиками та очікуваними перевагами роботи. Протокол дослідження було верифіковано та схвалено локальною комісією з питань біоетики ДДМУ (протокол № 27 від 16.04.2025). Особливий акцент було зроблено на захисті прав пацієнтів як представників соціально вразливої категорії населення, що гарантує високий рівень деонтологічної чистоти наукової роботи.

4.1. Ефективність інтегрованого психотерапевтичного супроводу в стабілізації психопатологічного статусу пацієнтів порівняно з ізольованою схемою замісної підтримувальної терапії

Об’єктивна оцінка результативності замісної підтримувальної терапії потребує виходу за межі виключно наркологічного моніторингу та переходу до глибинного аналізу психопатологічної динаміки. Хоча ЗПТ є «золотим стандартом» соматичної стабілізації пацієнтів, клінічна практика засвідчує, що ізольована фармакотерапія (монотерапія) часто виявляється неспроможною подолати феномен демаскування тривожно-депресивних та агресивних розладів. Саме тому порівняльний аналіз результатів пацієнтів, які отримують комплексний психотерапевтичний супровід, із показниками осіб, що перебувають на виключно медикаментозній моделі лікування, є критично важливим. Це дозволяє не лише верифікувати додаткову цінність реабілітаційних інтервенцій, а й обґрунтувати їх як невід'ємний компонент подолання «критичного вікна вразливості», що виникає на етапі адаптації до тверезого способу життя.

Комплексний аналіз результатів психодіагностичного обстеження за методикою SCL-90-R засвідчив статистично та клінічно значущу позитивну динаміку психоемоційного стану пацієнтів після проходження курсу лікування, що поєднував замісну підтримувальну терапію із систематичними психокорекційними втручаннями. Порівняльний аналіз показників до та після лікування виявив узгоджене зниження вираженості психопатологічної симптоматики за більшістю первинних шкал та інтегральних індексів SCL-90-R, що підтверджує ефективність комплексного підходу (табл. 4.1).

Найбільш виражені позитивні зрушення зафіксовано в афективному спектрі симптомів. Зокрема, за шкалою ANX середній рівень симптомів знизився з 0,70 до 0,40, що відповідає статистично значущому зменшенню інтенсивності генералізованої тривоги, вегетативної напруги та внутрішнього неспокою *($p < 0,05$).* Отримані результати свідчать про редукцію тривожного

фону, який у пацієнтів із залежністю традиційно виконує роль ключового патогенетичного чинника підтримання адиктивної поведінки.

Таблиця 4.1

Динаміка показників психопатологічної симптоматики у вибірці після проходження курсу лікування, що поєднував ЗПТ із систематичними психокорекційними інтервенціями

Шкала	Показники (бали):	
	до лікування (n=101)	після лікування (n=91)
SOM	1,00 [0,58; 1,66]	0,75 [0,25; 1,17]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,30$	
O-C	0,90 [0,50; 1,40]	0,60 [0,20; 1,20]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,52$	
INT	0,67 [0,33; 1,11]	0,56 [0,22; 1,00]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,25$	
DEP	0,77 [0,54; 1,38]	0,60 [0,27; 1,00]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,32$	
ANX	0,70 [0,30; 1,20]	0,40 [0,10; 0,80]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,45$	
HOS	0,50 [0,17; 1,00]	0,33 [0,17; 0,67]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,34$	
PHOB	0,29 [0,00; 0,43]	0,14 [0,00; 0,43]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,22$	
PAR	0,83 [0,33; 1,33]	0,50 [0,17; 1,08]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,35$	
PSY	0,30 [0,10; 0,80]	0,20 [0,00; 0,60]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,18$	
GSI	0,77 [0,43; 1,13]	0,44 [0,24; 0,85]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,55$	

Продовження таблиці 4.1

PST	46,0 [30,0; 61,0]	33,0 [20,0; 52,5]
	$p < 0,01$; $r \approx 0,48$	
PSDI	1,4 [1,2; 1,8]	1,3 [1,1; 1,5]
	$p < 0,05$; $r \approx 0,18$	

Примітки: для оцінки динаміки застосовано критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок; дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; r – розмір ефекту для критерію Вілкоксона відповідно до загальноприйнятих порогів (малий – $r \approx 0,1$; середній – $r \approx 0,3$; великий – $r \geq 0,5$)

Аналогічна динаміка простежувалася за шкалою DEP, де показники знизилися з 0,77 до 0,60, що також має статистичну значущість ($p < 0,05$). Це вказує на зменшення вираженості депресивного афекту, ангедонії, почуття безнадійності та емоційного виснаження. Ймовірно, стабілізація соматичного стану на тлі ЗПТ у поєднанні з психокорекційною інтервенцією створює умови для відновлення афективної регуляції та підвищення суб'єктивного відчуття контролю над власним станом.

За шкалою SOM виявлено зниження середнього показника з 1,00 до 0,75 ($p < 0,05$). Хоча соматизація залишалася відносно вираженою, зафіксована динаміка свідчить про поступове зменшення концентрації пацієнтів на тілесних відчуттях і соматичних скаргах, що є характерними для хронічної залежності та періоду ранньої стабілізації. Це має важливе клінічне значення, оскільки редукція соматоформних проявів знижує ризик формування вторинних іпохондричних і тривожно-соматичних розладів.

Особливо показовою є динаміка за шкалою Obsessive-Compulsive, де середній рівень симптоматики зменшився з 0,90 до 0,60, що є статистично значущим ($p < 0,05$). Такий результат відображає зниження інтенсивності нав'язливих думок, ригідності мислення та компульсивних форм поведінки, у тому числі пов'язаних із потягом до ПАР. Отримані дані підтверджують

ефективність психокорекційних стратегій, спрямованих на модифікацію дезадаптивних когнітивних схем і підвищення рівня самоконтролю.

Аналіз показників міжособистісного функціонування виявив достовірне зниження рівня INT з 0,67 до 0,56 ($p < 0,05$), що свідчить про зменшення соціальної тривожності, почуття неповноцінності та очікування негативної оцінки з боку оточення. Паралельно зафіксовано зниження показників за шкалою HOS з 0,50 до 0,33 ($p < 0,05$), що відображає редукцію дратівливості, внутрішньої напруги та латентної агресивності.

Зазначені зміни мають принципове значення для процесу соціальної реінтеграції пацієнтів, оскільки зниження агресивно-тривожного компоненту поведінки сприяє відновленню міжособистісних контактів, покращенню сімейних відносин та підвищенню прихильності до лікування.

Узагальнений ефект терапевтичного втручання підтверджується динамікою інтегральних індексів SCL-90-R. Так, Global Severity Index зменшився з 0,77 до 0,44, що свідчить про статистично значуще ($p < 0,05$) зниження загального рівня психопатологічної симптоматики та інтенсивності психічного дистресу. Фактично це відображає майже дворазову редукцію загального симптомного навантаження.

Показник Positive Symptom Total знизився з 46 до 33 пунктів ($p < 0,05$), що вказує на істотне скорочення кількості актуальних суб’єктивно значущих симптомів. Це може розглядатися як свідчення мобілізації внутрішніх адаптаційних ресурсів та підвищення здатності пацієнтів до психологічної саморегуляції.

Зміни за індексом Positive Symptom Distress Index були менш вираженими ($1,4 \rightarrow 1,3$), однак статистично значущими ($p <0,05$). При цьому зменшення варіабельності показників після лікування свідчить про стабілізацію емоційного реагування та зниження поляризації індивідуальних реакцій на стресові стимули.

В цілому, результати дослідження за методикою SCL-90-R переконливо підтверджують, що поєднання замісної підтримувальної терапії з

психокорекційними заходами забезпечує не лише контроль соматичних проявів залежності, а й комплексну редукцію психопатологічної симптоматики.

Порівняльний аналіз результатів психодіагностичного обстеження після завершення лікувального етапу у двох групах пацієнтів – референтній, яка отримувала виключно монотерапію метадоном, та основній, де ЗПТ поєднувалася з психокорекційними втручаннями, – виявив системні міжгрупові відмінності за більшістю інтегральних і клінічних показників методики SCL-90-R. Виявлені розбіжності мають статистично значущий характер ($p < 0,05$) та супроводжуються клінічно релевантними розмірами ефекту, що свідчить про принципову перевагу комплексного лікувального підходу (рис. 4.1, табл. 4.2).

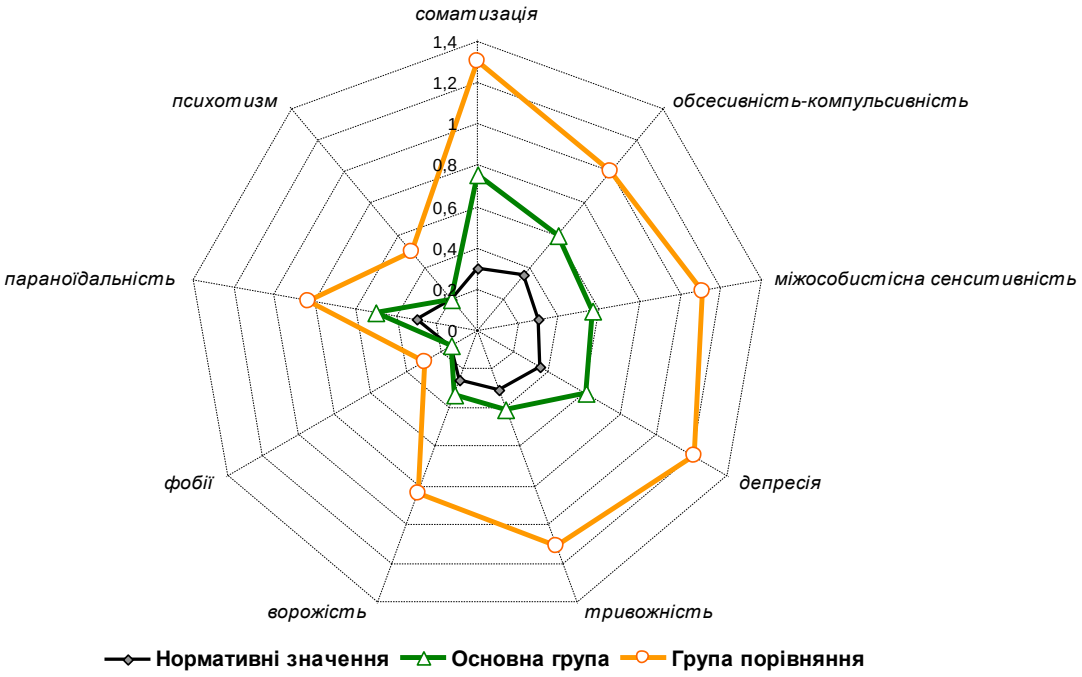


Рис. 4.1 Медіанні показники психопатологічної симптоматики в групах спостереження після курсу лікування (шкали SCL-90-R, бали; міжгрупові відмінності статистично значущі для всіх доменів – $p < 0,05$; критерій Вілкоксона)

Таблиця 4.2

Порівняльна характеристика показників SCL-90-R після завершення лікування в основній та референтній групах

Шкала SCL-90-R	Основна група (n=91)	Група порівняння (n=38)	Міжгрупові відмінності
Загальний індекс тяжкості	0,44 [0,24; 0,85]	0,97 [0,74; 1,36]	p < 0,05; ефект середній/великий
Індекс прояву симптоматики	33,0 [20,0; 52,5]	57,0 [50,2; 69,8]	p < 0,05
Тривожність	0,40 [0,10; 0,80]	1,10 [0,70; 1,50]	p < 0,05; великий клінічний ефект
Депресія	0,60 [0,27; 1,00]	1,20 [0,80; 1,80]	p < 0,05; ефект середній/великий
Ворожість	0,33 [0,17; 0,67]	0,83 [0,50; 1,33]	p < 0,05; ефект середній
Параноїдальні тенденції	0,50 [0,17; 1,08]	0,83 [0,50; 1,63]	p < 0,05; ефект середній
Соматизація	0,75 [0,25; 1,17]	1,30 [0,90; 1,80]	p < 0,05; ефект середній
Обсесивність-компульсивність	0,60 [0,20; 1,20]	1,00 [0,80; 1,40]	p < 0,05; ефект середній/великий

Примітки: міжгрупове порівняння проведено з використанням непараметричних методів статистичного аналізу; дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; оцінка практичної значущості здійснювалася з урахуванням величини розміру ефекту (r), який у більшості шкал відповідав середньому або великому рівню, що свідчить про клінічну релевантність виявлених відмінностей

Аналіз Global Severity Index продемонстрував, що в референтній групі після лікування середній рівень загального психічного дистресу зберігається на високому рівні (0,97), тоді як в основній відповідний показник становив 0,44. Отримана різниця вказує на те, що фармакологічна монотерапія метадоном забезпечує лише часткову редукцію психопатологічної симптоматики, тоді як поєднання ЗПТ із психокорекційними заходами призводить до суттєвого зниження загального рівня психопатологізації, наближеного до нормативних популяційних значень.

Подібна закономірність встановлена й за індексом прояву симптоматики, який відображає кількість актуальних суб'єктивно значущих симптомів. У контрольній групі медіанне значення PST становило 57,0, тоді як в основній – 33,0. Це свідчить про збереження високого симптомного навантаження у пацієнтів, які не отримували психологічного супроводу, та про значно ефективнішу редукцію спектра скарг за умов комплексного лікування.

Міжгрупове порівняння показників афективної сфери виявило найбільш виражені відмінності. Рівень тривожності в групі порівняння після лікування залишався підвищеним (1,10), що відображає персистування генералізованої тривоги та внутрішньої напруги навіть за умов фармакологічної стабілізації. В основній групі цей показник був істотно нижчим (0,40), що свідчить про ефективну нормалізацію емоційного реагування внаслідок залучення психокорекційних механізмів.

Аналогічна тенденція спостерігалася за шкалою депресії: у референтній групі показник становив 1,20, тоді як в основній – 0,60. Отримані дані підтверджують, що депресивна симптоматика є недостатньо чутливою до фармакологічної монотерапії та потребує цілеспрямованого психологічного втручання для досягнення клінічно значущої редукції.

Аналіз шкал, що відображають особливості міжособистісної взаємодії, виявив суттєві відмінності між групами. За шкалою ворожості в групі порівняння зафіксовано збереження підвищеного рівня агресивності та дратівливості (0,83), що може розглядатися як фактор ризику соціальної

дезадаптації. В основній групі відповідний показник був значно нижчим (0,33), що свідчить про істотну редукцію агресивно-опозиційних тенденцій.

Показник параноїальності у референтній групі (0,83) практично відповідав рівню, зафіксованому в основній групі до початку лікування, що вказує на відсутність суттєвого впливу монотерапії метадоном на когнітивні спотворення та підозрілість. Натомість у групі комплексного лікування цей показник знизився до 0,50, що відображає позитивні зміни у сфері когнітивної інтерпретації міжособистісних взаємодій.

Найвищі значення в групі порівняння спостерігалися за шкалою соматизації (1,30), що свідчить про збереження тенденції до соматоформної фіксації психічного дистресу. В основній групі відповідний показник був майже вдвічі нижчим (0,75), що може розглядатися як результат ефективної психокорекційної роботи, спрямованої на усвідомлення психологічних детермінант соматичних скарг.

За шкалою обсесивності-компульсивності також зафіксовано істотні міжгрупові відмінності: 1,00 у референтній групі проти 0,60 в основній. Це підтверджує, що психокорекційні втручання значно підвищують рівень когнітивного контролю та зменшують виразність нав’язливих думок і компульсивних тенденцій, тоді як фармакологічна монотерапія обмежується підтриманням субклінічного рівня симптоматики.

Отже, результати міжгрупового порівняльного аналізу за методикою SCL-90-R підтверджують, що більшість відмінностей між референтною та основною групами є статистично значущими ($p < 0,05$) та характеризуються середніми й великими розмірами ефекту. Монотерапія метадоном забезпечує стабілізацію соматичного стану, однак не призводить до повноцінної редукції афективних, когнітивних і міжособистісних порушень.

Натомість комплексний підхід, що поєднує замісну підтримувальну терапію з психокорекційними втручаннями, забезпечує системну редукцію психопатологічної симптоматики, стабілізацію емоційного фону та

покращення соціального функціонування, що створює надійні передумови для формування тривалої ремісії та успішної ресоціалізації пацієнтів.

4.2. Переваги комплексного підходу в реабілітації осіб з опіоїдною залежністю: синергічний вплив психокорекції та замісної підтримувальної терапії на якість життя

Сучасні підходи до лікування опіоїдної залежності дедалі більше орієнтуються на мультидисциплінарні моделі, в межах яких фармакологічна стабілізація розглядається як необхідна, але недостатня умова повноцінної реабілітації. ЗПТ ефективно знижує ризики рецидиву та купірує абстинентні прояви, однак її ізольоване застосування не забезпечує комплексного відновлення психосоціального функціонування пацієнтів. У цьому контексті особливої актуальності набуває інтеграція психокорекційних втручань, здатних впливати на емоційні, когнітивні та поведінкові детермінанти залежності. Представлений розділ присвячено аналізу переваг комплексного підходу, що поєднує замісну підтримувальну терапію з психокорекцією, та його синергічного впливу на показники якості життя осіб, залежних від опіоїдів.

Загальний аналіз показників якості життя за опитувальником WHOQOL-BREF засвідчив наявність позитивної, статистично підтвердженої, однак помірної за інтенсивністю динаміки після завершення курсу комплексної терапії (ЗПТ у поєднанні з психокорекційними заходами). Отримані результати вказують на те, що редукція психопатологічної симптоматики не автоматично трансформується у швидке та пропорційне зростання суб’єктивного добробуту, а має опосередкований і пролонгований характер.

Для оцінки внутрішньогрупових змін використовували непараметричний критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок; рівень статистичної значущості приймали $p < 0,05$, а практичну значущість змін оцінювали за розміром ефекту r (табл. 4.3).

Отримані результати засвідчили, що найбільш узгоджену та клінічно релевантну позитивну динаміку продемонстрували домени фізичного та психічного здоров'я.

Так, медіанне значення домену фізичного здоров'я зросло з 21,0 до 22,0 балів, при цьому нижня межа інтерквартильного діапазону змістилася з 19,0 до 20,0. Хоча абсолютна величина зсуву медіани є відносно невеликою, статистичний аналіз виявив достовірні відмінності між показниками до та після лікування ($p < 0,05$). Розмір ефекту відповідав малому/середньому рівню ($r \approx 0,3$), що свідчить про поступове, але стабільне покращення фізичного самопочуття, зменшення соматичних скарг і зростання життєвої енергії, насамперед.

Аналогічну динаміку зафіксовано і в психологічному домені: медіана підвищилася з 18,0 до 19,0 бала, що супроводжувалося статистично значущими змінами ($p < 0,05$) та ефектом малого/середнього розміру ($r \approx 0,3–0,35$). Ці результати логічно корелюють з даними SCL-90-R, де було встановлено зниження рівнів тривоги, депресії та загального психічного дистресу. Таким чином, психологічне благополуччя виявилося одним із перших компонентів якості життя, який реагує на комплексний лікувальний вплив.

Домен соціальних відносин продемонстрував найменшу чутливість до терапевтичного впливу. Медіанне значення залишилося незмінним (9,0 балів), а статистичний аналіз не виявив достовірних відмінностей між показниками до та після лікування ($p > 0,05$), що супроводжувалося мінімальним розміром ефекту ($r < 0,2$). Водночас розширення верхнього квартиля з 11,0 до 12,0 бала вказує на гетерогенність відповіді: у частини пацієнтів простежується позитивна динаміка соціального функціонування. Це дозволяє припустити, що психокорекційні інтервенції створюють передумови для відновлення міжособистісних зв'язків, однак сам процес соціальної реінтеграції є найбільш інерційним і залежить від факторів, які виходять за межі суто медичного впливу (соціальна підтримка, стигматизація, економічна стабільність).

Таблиця 4.3

Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів залежно від терміну комплексної терапії (ЗПТ у поєднанні з психокорекцією)

Домен WHOQOL-BREF	До лікування (n=101)	Після лікування (n=91)	Статистичні показники	Характер змін
Фізичне здоров’я	21,0 [19,0; 23,0]	22,0 [20,0; 24,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,30$	Статистично значуще покращення, малий/середній ефект
Психічне здоров’я	18,0 [16,0; 20,0]	19,0 [17,0; 21,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,30$–0,35	Статистично значуще покращення, малий/середній ефект
Соціальні відносини	9,0 [7,0; 11,0]	9,0 [8,0; 12,0]	$p > 0,05$; $r < 0,20$	Статистично незначущі зміни, мінімальний ефект
Екологія/довкілля	24,0 [20,0; 27,0]	25,0 [22,5; 28,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,25$–0,30	Статистично значуще покращення, малий/середній ефект

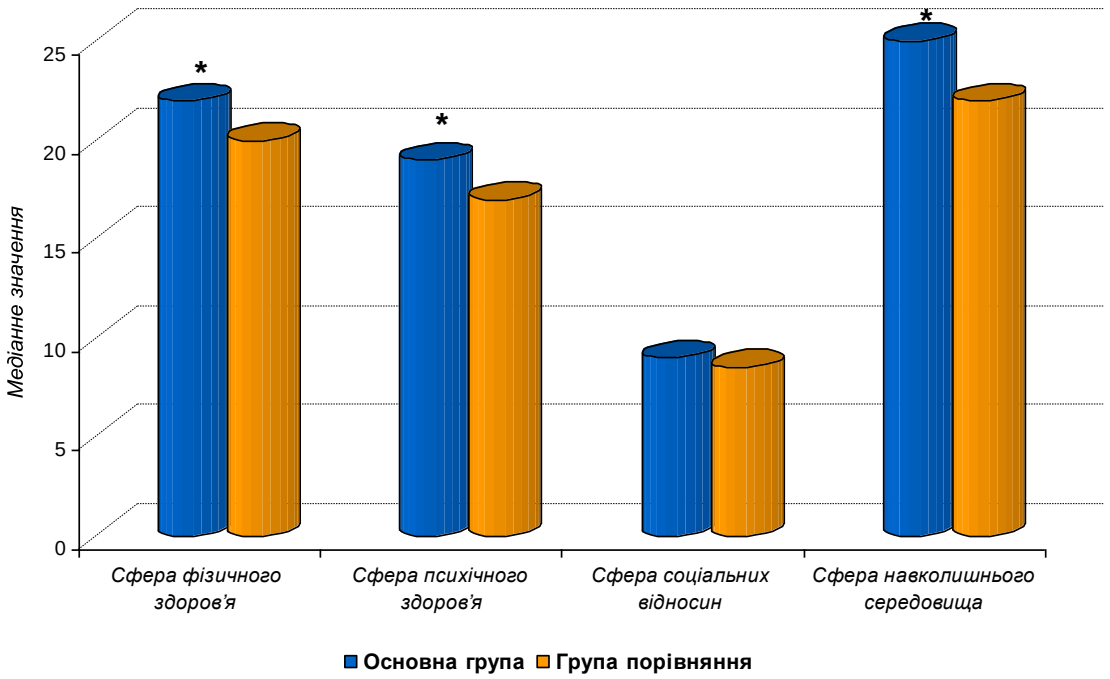
Примітки: для порівняння показників до та після лікування застосовано непараметричний критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок; кількісні дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; розмір ефекту (r) інтерпретували відповідно до загальноприйнятих критеріїв (малий – $r \approx 0,1$; середній – $r \approx 0,3$; великий – $r \geq 0,5$).

Показники домену «оточуюче середовище» зросли з 24,0 до 25,0 бала. Зміщення інтерквартильного діапазону у бік вищих значень ([22,5; 28,0] після лікування) супроводжувалося статистично значущими відмінностями *(p < 0,05)* та малим/середнім розміром ефекту *(r ≈ 0,25–0,3)*. З огляду на зміст цього домену (відчуття безпеки, доступність медичної допомоги, фінансова стабільність, житлові умови), отримані результати свідчать, що участь у програмі ЗПТ у поєднанні з психологічним супроводом сприяє підвищенню суб'єктивного контролю над життєвими обставинами та формуванню більш структурованого способу життя.

Слід зазначити, що на відміну від результатів SCL-90-R, де було зафіксовано відносно швидку та виражену редукцію психопатологічної симптоматики, показники WHOQOL-BREF відображають повільніший і менш інтенсивний темп позитивних змін. Це підтверджує положення про те, що якість життя є багатовимірним феноменом, який не зводиться до зникнення симптомів і значною мірою залежить від реальних соціально-побутових трансформацій, що потребують часу.

В цілому, комплексна терапія (ЗПТ у поєднанні з психокорекцією) забезпечує статистично значуще покращення фізичного та психологічного компонентів якості життя. Водночас домен соціальних відносин залишається найбільш проблемним та потребує тривалого, цілеспрямованого психосоціального супроводу, що має бути враховано при розробці довгострокових реабілітаційних програм.

Порівняльний аналіз показників якості життя, отриманих за допомогою опитувальника WHOQOL-BREF на етапі завершення лікування, переконливо свідчить про перевагу комплексної моделі реабілітації, що поєднує замісну підтримувальну терапію (ЗПТ) з психокорекційними втручаннями, порівняно з монотерапією метадоном. Виявлені міжгрупові відмінності мають не лише статистичну значущість ($p < 0,05$), але й чітку клінічну інтерпретацію, оскільки відображають реальні зміни у суб'єктивному сприйнятті пацієнтами власного фізичного, психологічного та соціального благополуччя (рис. 4.2).



Примітка: * – відмінності статистично значущі ($p < 0,05$; критерій Вілкоксона)

Рис. 4.2 Порівняльна характеристика показників доменів якості життя в групах спостереження після курсу лікування (опитувальник WHOQOL-BREF)

Найбільш виражені розбіжності між групами зафіксовано у домені «психічне здоров'я», який виявився найчутливішим до впливу психокорекційного компонента лікування. У референтній групі, що отримувала виключно монотерапію метадоном, медіанне значення цього домену становило 17,0 бала при інтерквартильному діапазоні [14,0; 18,8]. Нижня межа квартиля (14,0) свідчить про те, що значна частина пацієнтів після завершення лікування залишається у зоні психологічного благополуччя нижче середнього рівня, що може інтерпретуватися як збереження субклінічної психологічної вразливості. Натомість в основній групі, де ЗПТ поєднувалася з психокорекцією, медіана становила 19,0 бала, а інтерквартильний діапазон – [17,0; 21,0]. Принципово важливим є те, що навіть мінімальні значення в основній групі відповідали середньому рівню контрольної, що вказує на вихід пацієнтів за межі простої фармакологічної стабілізації та формування суб'єктивного

відчуття психологічного благополуччя. Статистично достовірна різниця між групами супроводжувалася малим/середнім розміром ефекту (r ≈ 0,3-0,35), що підтверджує клінічну значущість психокорекційного втручання саме у сфері емоційного та когнітивного функціонування.

Другим за виразністю міжгрупових відмінностей виявився домен «оточуюче середовище», який відображає суб'єктивне відчуття безпеки, стабільності, доступності медичної допомоги, фінансових ресурсів та загальної структурованості життєвих умов. У контрольній групі медіанне значення цього домену становило 22,0 бала при інтерквартильному діапазоні [17,0; 24,0], що свідчить про значну варіативність оцінок і наявність групи пацієнтів із низьким рівнем адаптації до зовнішнього середовища. В основній групі медіана зросла до 25,0 бала, а інтерквартильний діапазон змістився до [22,5; 28,0]. Таким чином, різниця в медіанах становила 3 бали, а підвищення нижньої межі квартиля з 17,0 до 22,5 бала вказує на суттєве зменшення частки пацієнтів із низьким рівнем суб'єктивної соціальної безпеки. Статистичний аналіз підтвердив достовірність цих змін *($p < 0,05$)* при малому/середньому розмірі ефекту *($r \approx 0,25–0,3$),* що дозволяє інтерпретувати отримані результати як формування базових ресурсів для адаптації до умов повсякденного життя внаслідок поєднання фармакологічної стабілізації та психологічного супроводу.

У домені «фізичне здоров'я» також виявлено міжгрупові відмінності на користь комплексного підходу. В основній групі медіанне значення становило 22,0 бала, тоді як у контрольній – 20,0 бала. З огляду на те, що пацієнти обох груп отримували порівнювані дози метадону, зазначена різниця не може бути пояснена виключно фармакологічними чинниками. Отримані дані свідчать про наявність вираженого психосоматичного механізму: зниження рівнів тривоги, депресії та загального психічного дистресу (за даними SCL-90-R) сприяє більш позитивному суб'єктивному сприйняттю фізичного стану, зменшенню соматичних скарг і зростанню відчуття життєвої енергії.

Найменш чутливим до терапевтичного впливу виявився домен «соціальні відносини». В обох групах медіанні значення залишалися низькими, що відображає загальну складність соціальної реінтеграції опіоїдзалежних осіб. Водночас в основній групі спостерігалося зміщення верхньої межі інтерквартильного діапазону до 12,0 бала, тоді як у контрольній групі вона не перевищувала 10,0 бала. Це свідчить про те, що частина пацієнтів, які отримували психокорекційний супровід, уже на етапі завершення лікування демонструвала позитивні зрушення у сфері міжособистісних взаємин, відновлення сімейних та дружніх зв'язків. Водночас відсутність статистично значущих відмінностей між групами *($p > 0,05$, $r < 0,2$)* підкреслює інерційний характер соціальної адаптації та необхідність тривалішого психосоціального супроводу.

Узагальнюючи отримані результати, можна стверджувати, що монотерапія метадоном забезпечує лише базовий рівень стабілізації фізичного та психологічного стану, при цьому зберігається висока варіативність показників і наявність пацієнтів із низькими значеннями якості життя. Натомість комплексний підхід, що поєднує ЗПТ з психокорекцією, забезпечує вирівнювання групових показників за рахунок підвищення нижніх квартилів, сприяє суб'єктивному зростанню оцінок психологічного благополуччя та адаптації до соціального середовища, а також демонструє клінічно значущі ефекти малого/середнього розміру, підтверджені статистично. Отже, психокорекційний компонент слід розглядати не як допоміжний, а як необхідний елемент комплексної програми реабілітації, спрямованої на досягнення стійкого та клінічно значущого підвищення якості життя осіб з опіоїдною залежністю.

4.3. Ефективність інтегрованої психокорекції у нівелюванні агресивності та імпульсивності у осіб на замісній терапії метадоном: порівняльний аналіз

Агресивність та імпульсивність у осіб з опіоїдною залежністю мають виражене нейропсихологічне підґрунтя та пов'язані з дисфункцією систем емоційної

регуляції й виконавчого контролю, що зберігаються навіть після досягнення фармакологічної стабілізації на замісній терапії метадоном. Незважаючи на ефективне купірування абстинентного синдрому, порушення лобно-лімбічної взаємодії, зниження толерантності до фрустрації та ослаблення когнітивного контролю над імпульсами продовжують визначати дезадаптивні поведінкові реакції, які обмежують соціальне функціонування та підвищують ризик рецидивів. У цьому контексті інтегрована психокорекція, спрямована на відновлення механізмів саморегуляції, емоційного усвідомлення та контролю імпульсивних відповідей, розглядається як ключовий компонент комплексної реабілітації. В поточному підрозділі здійснено порівняльний аналіз ефективності психокорекційних втручань у нівелюванні агресивності та імпульсивності у пацієнтів, які отримують замісну підтримувальну терапію метадоном.

Впровадження комплексної лікувально-реабілітаційної програми, що поєднує ЗПТ з цілеспрямованими психокорекційними втручаннями, супроводжувалося статистично та клінічно значущими змінами показників агресивності за опитувальником Басса–Дарки. Аналіз динаміки результатів до та після лікування виявив неоднорідність ефектів залежно від структурного компонента агресії, що дозволяє оцінити чутливість окремих психоемоційних характеристик до впливу комплексної інтервенції (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Особливості агресивності у осіб з опіоїдною залежністю за умов комплексної терапії (ЗПТ у поєднанні з психокорекцією)

Шкала (Buss–Durkee)	До лікування (n=101)	Після лікування (n=91)	Статистичні показники
Фізична агресія	6,0 [4,0; 8,0]	5,0 [4,0; 6,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,33$
Непряма агресія	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,05$
Роздратування	6,0 [4,0; 8,0]	6,0 [4,0; 7,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,22$

Продовження таблиці 4.4

Негативізм	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [1,0; 3,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,03$
Образа	4,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,5]	$p > 0,05$; $r \approx 0,14$
Схильність до підозр	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,06$
Вербальна агресія	7,0 [6,0; 9,0]	7,0 [5,0; 8,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,28$
Почуття провини	7,0 [5,0; 8,0]	6,0 [5,0; 8,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,31$
ІА	19,0 [16,0; 24,0]	18,0 [14,0; 20,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,36$
ІВ	10,0 [7,0; 12,0]	10,0 [7,0; 11,5]	$p > 0,05$; $r \approx 0,13$

Примітки: для оцінки динаміки застосовано критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок; кількісні дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; r – розмір ефекту для критерію Вілкоксона відповідно до загальноприйнятих порогів

За шкалою фізичної агресії після завершення програми відзначено зниження медіанного значення з 6,0 до 5,0 балів. Одночасно спостерігалося звуження міжквартильного інтервалу з [4,0; 8,0] до [4,0; 6,0], що свідчить про зменшення розкиду значень та редукцію частки осіб із високим рівнем фізично спрямованої агресії.

За шкалою вербальної агресії медіанне значення залишалося незмінним (7,0 балів), проте відзначено зсув квартильних меж у бік зниження – [5,0; 8,0] після лікування порівняно з [6,0; 9,0] до його початку. Така динаміка вказує на зменшення інтенсивності крайніх проявів словесної агресії за відсутності суттєвих змін центральної тенденції.

Показник почуття провини продемонстрував зниження з 7,0 до 6,0 балів. Дана динаміка відображає зменшення інтенсивності аутоагресивних переживань і внутрішньої психоемоційної напруги у досліджуваній групі.

Показники підозрілості, негативізму та образи, об’єднані в інтегральний ІВ, не зазнали суттєвих змін у процесі терапії. Медіанне значення індексу ворожості до та після лікування становило 10,0 бала, що свідчить про відносну стабільність даного психологічного конструкту в межах досліджуваного періоду.

Індекс загальної агресивності знизився з 19,0 [16,0; 24,0] до 18,0 [14,0; 20,0]. Хоча різниця медіан є помірною, зменшення верхньої квартильної межі та звуження міжквартильного розмаху вказують на зниження загальної інтенсивності агресивних реакцій у групі.

За шкалою роздратування медіанне значення залишалося на рівні 6,0 бала, однак верхній квартиль знизився з 8,0 до 7,0, що відображає зменшення частоти найбільш виражених афективних реакцій.

Аналіз розмірів ефекту r за результатами критерію Вілкоксона дозволяє оцінити клінічну значущість змін, незалежно від статистичної значущості p-рівнів. У досліджуваній групі показники фізичної агресії, почуття провини та інтегрального індексу агресивності демонструють ефекти середньої сили ($r \approx 0{,}31–0{,}36$), що свідчить про практично значиме зниження енергетичного потенціалу агресивних реакцій та помітну редукцію найбільш дезадаптивних форм поведінки. Інші шкали, зокрема вербальна агресія та роздратування, мають ефекти малий/помірний ($r \approx 0{,}22–0{,}28$), що вказує на початкові тенденції до стабілізації поведінкових і афективних реакцій, які можуть потребувати подальшого психокорекційного впливу для досягнення більш вираженого результату. Показники когнітивних компонентів агресії, таких як підозрілість, негативізм та ІВ, характеризуються малими розмірами ефекту ($r < 0{,}15$), що підтверджує їхню стійкість і резистентність до коротко- та середньострокової терапії. Таким чином, розміри ефекту дозволяють диференційовано оцінити чутливість окремих компонентів агресії до комплексного лікувально-психокорекційного впливу та підкреслюють необхідність пролонгованих інтервенцій для трансформації когнітивних схем поведінки.

З метою оцінки терапевтичної ефективності поєднання замісної підтримувальної терапії з психокорекційними заходами проведено порівняльний аналіз показників агресивності у референтній та основній групах після завершення курсу лікування. Отримані результати дозволяють визначити внесок психокорекції у зміну як поведінкових, так і емоційно-когнітивних компонентів агресії. Для міжгрупового порівняння застосовано U-критерій Манна–Уїтні. З метою оцінки клінічної та практичної значущості виявлених відмінностей додатково розраховано розмір ефекту r (табл. 4.5, рис. 4.3).

Порівняльний аналіз засвідчив наявність статистично значущих відмінностей між референтною та основною групами за шкалами, що відображають відкриті форми агресивної поведінки. Зокрема, рівень фізичної агресії в основній групі був достовірно нижчим (Me 5,0 [4,0; 6,0]) порівняно з референтною (Me 6,0 [4,0; 7,0]; $p < 0,05$), при цьому розмір ефекту відповідав середній силі впливу. Це свідчить про більш ефективне формування навичок контролю імпульсивної поведінки у пацієнтів, які проходили психокорекцію.

Таблиця 4.5

Порівняльна оцінка агресивності у осіб з опіоїдною залежністю в групах спостереження після завершення лікування (шкала Басса–Дарки)

Шкала (Buss–Durkee)	Основна група (n=91)	Група порівняння (n=38)	Статистичні показники
Фізична агресія	5,0 [4,0; 6,0]	6,0 [4,0; 7,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,34$
Непряма агресія	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,08$
Роздратування	6,0 [4,0; 7,0]	6,5 [4,2; 7,8]	$p < 0,05$; $r \approx 0,27$
Негативізм	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [2,0; 3,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,05$
Образа	4,0 [3,0; 5,5]	5,0 [3,0; 6,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,29$
Схильність до підозр	5,0 [4,0; 6,0]	5,5 [3,0; 7,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,11$

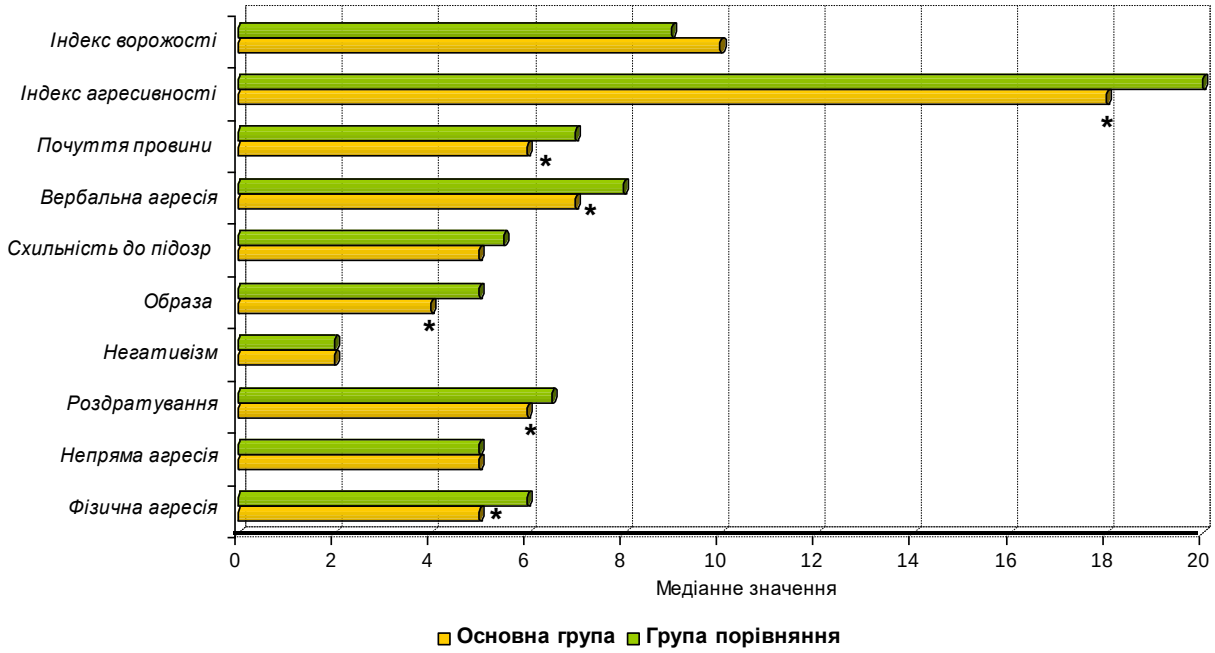
Продовження таблиці 4.5

Вербальна агресія	7,0 [5,0; 8,0]	8,0 [6,0; 9,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,31$
Почуття провини	6,0 [5,0; 8,0]	7,0 [5,2; 8,0]	$p < 0,05$; $r \approx 0,33$
ІА	18,0 [14,0; 20,0]	20,0 [15,2; 23,8]	$p < 0,05$; $r \approx 0,36$
ІВ	10,0 [7,0; 11,5]	9,0 [7,0; 13,0]	$p > 0,05$; $r \approx 0,12$

Примітки: для міжгрупового порівняння використано U-критерій Манна–Уїтні; кількісні дані наведені у вигляді Me [Q1;Q3]; p – рівень статистичної значущості; r – розмір ефекту для U-критерію інтерпретувався відповідно до критеріїв Коена: $r \approx 0,10$ –малий ефект, $r \approx 0,30$ – середній ефект, $r \geq 0,50$ – великий ефект

Аналогічна тенденція виявлена щодо вербальної агресії. У групі порівняння показники залишалися вищими (Me 8,0 [6,0; 9,0]), що відображає збереження схильності до конфліктної мовленнєвої поведінки, тоді як в основній групі спостерігалося їх зниження (Me 7,0 [5,0; 8,0]). Міжгрупова різниця досягала рівня статистичної значущості з малим/помірним розміром ефекту, що підтверджує клінічну релевантність отриманих результатів.

Аналіз показників, що характеризують емоційну напруженість та афективну нестабільність, засвідчив більш сприятливу динаміку в основній групі. Зокрема, рівень роздратування характеризувався вужчим міжквартильним розмахом ([4,0; 7,0] проти [4,2; 7,8]), що вказує на зменшення варіабельності емоційних реакцій та більш стабільний емоційний фон у пацієнтів після комплексного втручання.



Примітка: * – відмінності статистично значущі ($p < 0,05$; U-критерій Манна-Уїтні)

Рис. 4.3 Порівняльна характеристика медіанних показників агресивності в групах спостереження після курсу лікування (шкала Басса-Дарки, бали)

Особливо показовими є результати за шкалами образи (4,0 [3,0; 5,5] в основній і 5,0 [3,0; 6,0] в групі порівняння) та почуття провини (6,0 [5,0; 8,0] проти 7,0 [5,2; 8,0] відповідно). В групі, де поєднували замісну підтримувальну терапію з психокорекційними заходами, ці показники були статистично значуще нижчими порівняно з референтною ($p < 0,05$), з розмірами ефекту малої/середньої сили. Така динаміка свідчить про зменшення інтенсивності внутрішньо спрямованих агресивних переживань та аутоагресії, що є важливим чинником психологічної стабілізації та зниження ризику рецидивної поведінки.

На відміну від поведінкових та емоційних складових, показники когнітивного рівня агресії (негативізм, підозрілість, ІВ) не виявили статистично значущих міжгрупових відмінностей ($p > 0,05$), а розміри ефекту залишалися малими. Це свідчить про відносну стабільність ворожих когнітивних установок та підтверджує

припущення щодо їх меншої чутливості до середньострокових терапевтичних впливів.

Водночас інтегральний ІА в основній групі був достовірно нижчим порівняно з групою, де застосовувалася виключно метадон-асоційована ЗПТ ($p < 0,05$), з розміром ефекту середньої сили. Зменшення не лише медіанного значення (20,0 → 18,0), але й верхньої межі міжквартильного розмаху (23,8 → 20,0) вказує на відсутність пацієнтів із критично високими рівнями агресивності після проходження комплексної програми.

Отримані дані підтверджують висунуті гіпотези дослідження. Зокрема, гіпотеза про те, що поєднання ЗПТ із психокорекційними заходами забезпечує більш виражене зниження відкритих форм агресії, отримала повне емпіричне підтвердження. Виявлені міжгрупові відмінності за показниками фізичної та вербальної агресії, а також середні розміри ефекту свідчать про клінічно значущий вплив комплексного підходу.

Гіпотеза щодо позитивного впливу психокорекції на емоційну сферу та внутрішні агресивні переживання також підтверджена: зниження рівнів образи та почуття провини в основній групі вказує на формування більш адаптивних механізмів емоційної регуляції.

Водночас припущення про обмежену змінюваність когнітивних компонентів агресії підтвердилося частково, що узгоджується з сучасними теоретичними уявленнями та підкреслює необхідність триваліших психотерапевтичних втручань для їх корекції.

Загалом, результати міжгрупового аналізу переконливо свідчать про переваги поєднання замісної підтримувальної терапії з психокорекцією порівняно зі стандартним лікуванням. Комплексний підхід забезпечує не лише зниження рівня відкритої агресії, але й стабілізацію емоційного стану пацієнтів, що є критично важливим для підвищення якості ремісії та успішної соціальної реінтеграції осіб із залежністю.

4.4. Вивчення ефективності впровадження психокорекційних інтервенцій в усуненні когнітивних порушень пацієнтів з опіоїдною залежністю, які отримують метадон-асоційовану ЗПТ

Отримані у попередньому підрозділі дані щодо зниження рівня агресивних і афективних порушень свідчать про позитивний вплив комплексної терапії на емоційно-поведінкову регуляцію пацієнтів. Водночас ці зміни неможливо повноцінно інтерпретувати без урахування стану нейрокогнітивних функцій, які лежать в основі самоконтролю, планування поведінки та регуляції імпульсів. Когнітивний дефіцит (КД), що формується внаслідок тривалого вживання ПАР, розглядається як один із ключових патогенетичних механізмів як афективної нестабільності, так і агресивної поведінки.

У зв’язку з цим у поточному підрозділі здійснено порівняльний аналіз когнітивного статусу пацієнтів референтної та основної груп після завершення курсу лікування. Аналіз розподілу рівнів когнітивного дефіциту дозволяє оцінити, наскільки поєднання замісної підтримувальної терапії з психокорекційними заходами впливає на відновлення нейрокогнітивних механізмів, що забезпечують ефективну емоційну регуляцію, зниження агресивних реакцій та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

У межах нашого дослідження оцінка когнітивного статусу пацієнтів проводилася за допомогою комплексного психодіагностичного пакету, який поєднував клініко-психопатологічний аналіз із когнітивним скринінгом MoCA. Використання цієї шкали дозволило виявити порушення уваги, пам’яті, мовлення та виконавчих функцій – дефіцити, що часто залишаються непоміченими в рутинній клінічній практиці, проте мають критичне значення для процесу лікування залежності та відновлення адаптивної поведінки.

Статистичний аналіз показав, що розподіл показників у вибірках обох груп до початку терапії не відповідав нормальному закону розподілу, що обґрунтовувало застосування непараметричних методів порівняння. Відправні значення MoCA

свідчили про медіану 26,0 [24,0; 27,0] балів у пацієнтів основної групи та 24,0 [23,0; 27,0] – у групі порівняння (p = 0,038). Ця різниця могла відображати вплив психосоціальних факторів на когнітивний статус на старті лікування, зокрема різний рівень сімейної підтримки, мотивацію до терапії або стабільність способу життя.

Водночас ключовим критерієм ефективності втручань у цьому дослідженні була динаміка показників когнітивної функції. Кількісна характеристика когнітивних порушень у пацієнтів основної та референтної груп залежно від ступеня їх вираженості на момент початку застосування психокорекційних методик представлена у табл. 4.6 та на рис. 4.4, що дозволяє комплексно оцінити вплив терапевтичного підходу на нейрокогнітивну сферу.

Таблиця 4.6

Розподіл пацієнтів за рівнем когнітивного дефіциту (КД) у референтній та основній групах до початку курсу лікування

Показник	Ступінь вираженості	Всі (n=150)	Група порівняння (n=49)	Основна група (n=101)
		Абсолютна кількість (%)	Абсолютна кількість (%)	Абсолютна кількість (%)
КД	легкий	82 (54,7)	34 (69,4)	48 (47,5)
	КД відсутній	68 (45,3)	15 (30,6)	53 (52,5)

Порівняльний аналіз розподілу пацієнтів за рівнями когнітивного дефіциту (КД) у референтній та основній групах після завершення курсу лікування виявив виразні міжгрупові відмінності, що свідчать про перевагу комплексного підходу, який поєднує замісну підтримувальну терапію з психокорекційними заходами. Оцінка проводилася з використанням категоріальних показників, що обґрунтовує

застосування методів непараметричної статистики для міжгрупового порівняння (табл. 4.7 і 4.8, рис. 4.5).

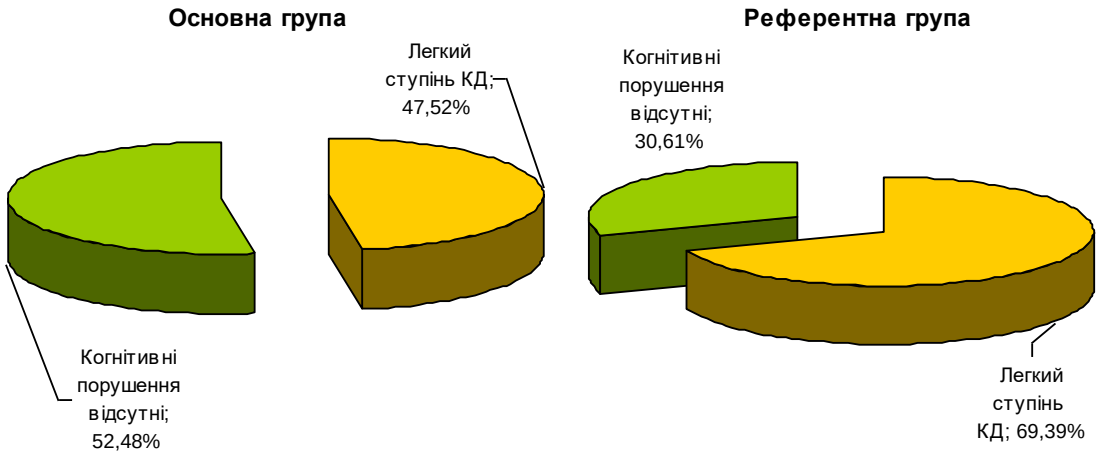


Рис. 4.4 Кількісна характеристика когнітивних порушень у пацієнтів груп спостереження до початку курсу лікування

Таблиця 4.7

Розподіл пацієнтів за рівнем когнітивного дефіциту (КД) у референтній та основній групах після завершення курсу лікування

Показник	Ступінь вираженості	Всі (n=129)	Група порівняння (n=38)	Основна група (n=91)
		Абсолютна кількість (%)	Абсолютна кількість (%)	Абсолютна кількість (%)
КД	тяжкий	1 (0,8)	1 (2,6)	0 (0,0)
	легкий	68 (52,7)	31 (81,6)	37 (40,7)
	КД відсутній	60 (46,5)	6 (15,8)	54 (59,3)

Таблиця 4.8

Результати міжгрупового статистичного аналізу розподілу пацієнтів за рівнем когнітивного дефіциту в групах спостереження після завершення курсу лікування

Показник	Значення
Статистичний критерій	χ^2 Пірсона
χ^2	28,4
Ступені свободи (df)	2
p-рівень	$p < 0,001$
Cramer's V	0,47

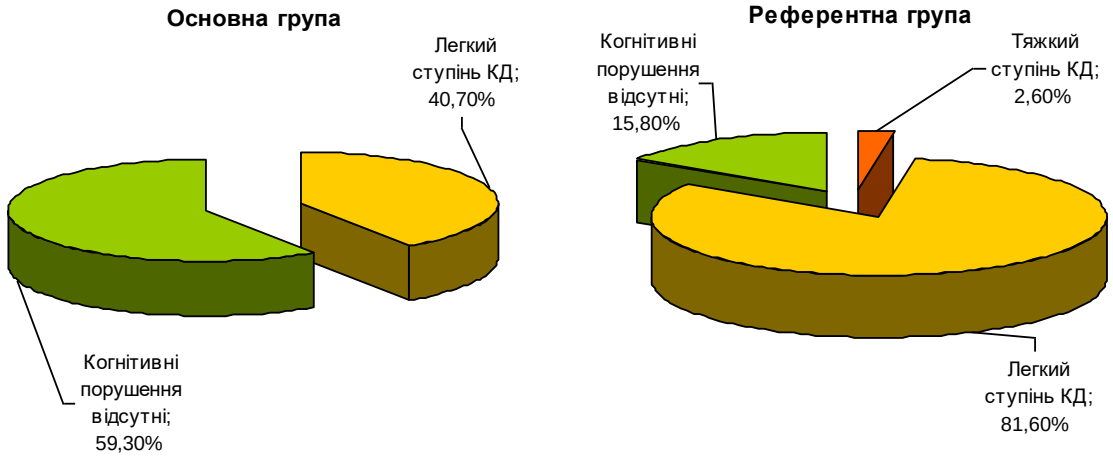


Рис. 4.5 Кількісна характеристика когнітивних порушень у пацієнтів груп спостереження після завершення курсу лікування

Найбільш показовими є результати щодо повної відсутності когнітивних порушень. В основній групі частка пацієнтів без ознак КД становила 59,3% (54 особи), тоді як у групі порівняння – лише 15,8% (6 інформантів). Така різниця між групами (майже чотириразова перевага основної) не може бути пояснена лише

впливом фармакотерапії та підтверджує додатковий внесок психологічного втручання.

Для оцінки міжгрупових відмінностей у розподілі рівнів когнітивного дефіциту між референтною та основною групами було застосовано χ^2-критерій Пірсона, оскільки аналізовані змінні мали категоріальний характер. Результати аналізу засвідчили статистично значущий зв'язок між типом терапевтичного втручання та рівнем когнітивного функціонування ($\chi^2 = 28,4$; $df = 2$; $p < 0,001$). Це свідчить про істотний перерозподіл пацієнтів між категоріями когнітивного дефіциту залежно від включення психокорекційного компонента до стандартної програми замісної підтримувальної терапії.

Для оцінки сили виявленої асоціації було розраховано коефіцієнт Cramer's V, який становив 0,47, що відповідає ефекту середньо/великої сили. Отримане значення підтверджує не лише статистичну, але й клінічну значущість відмінностей між групами. Зокрема, у пацієнтів основної групи спостерігалося суттєве зростання частки осіб без когнітивного дефіциту та відповідне зменшення частки осіб із легкими когнітивними порушеннями, що узгоджується з гіпотезою дослідження про позитивний вплив психокорекційних заходів на відновлення когнітивного функціонування.

Категорія легкого когнітивного дефіциту залишалася найчисельнішою в обох групах, однак її представленість істотно відрізнялася. В групі порівняння легкий КД було зафіксовано у 81,6% пацієнтів (31 особа), що вказує на збереження помірних когнітивних обмежень навіть після завершення курсу стандартної терапії. В основній групі частка таких осіб була значно нижчою – 40,7% (37 осіб), а міжгрупова різниця також досягала статистичної значущості ($p < 0,01$).

Важливо підкреслити, що зменшення частки пацієнтів з легким КД в основній групі відбувалося не за рахунок погіршення стану чи переходу до тяжчих форм, а завдяки їхньому переміщенню до категорії нормативного когнітивного функціонування. Це свідчить про збережену пластичність когнітивної сфери та

ефективність психокорекційних інтервенцій, спрямованих на стимуляцію пізнавальних процесів.

Окремої уваги заслуговують дані щодо тяжкого когнітивного дефіциту. В основній групі після лікування випадки тяжких когнітивних порушень були повністю відсутні (0%), тоді як у референтній групі та в загальній вибірці до лікування зберігалися поодинокі випадки (у межах 0,8-2,6%). Хоча абсолютна кількість таких випадків була незначною, сама їх відсутність в основній групі має клінічне значення та свідчить про безпеку й реабілітаційний потенціал комплексної програми.

Загальний аналіз структури когнітивного статусу в досліджуваній вибірці ($n = 129$) засвідчив статистично значущий перерозподіл пацієнтів між категоріями когнітивного функціонування залежно від типу терапевтичного впливу (χ^2, $p < 0,001$). Група пацієнтів, де поєднували замісну підтримувальну терапію з психокорекційними заходами, характеризувалася суттєвим зростанням частки осіб з нормативними когнітивними показниками та відповідним зменшенням частки пацієнтів із легкими та тяжкими формами когнітивного дефіциту.

Отримані дані переконливо свідчать, що програма «ЗПТ + психокорекція» не лише стабілізує соматичний і психоемоційний стан пацієнтів, але й виступає ефективним інструментом подолання когнітивної дисфункції. Когнітивне відновлення, зафіксоване на рівні статистично значущих міжгрупових відмінностей, має безпосередні клінічні наслідки, зокрема, підвищення комплаєнсу, зниження ризику рецидиву та покращення перспектив довгострокової ремісії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. Порівняльний аналіз результатів психодіагностичного обстеження після завершення лікувального етапу виявив статистично значущі міжгрупові відмінності між пацієнтами референтної групи, які отримували виключно монотерапію

метадоном, та пацієнтами основної групи, у яких ЗПТ поєднувалася з психокорекційними втручаннями ($p < 0,05$).

2. У пацієнтів основної групи зафіксовано достовірно нижчі значення інтегральних показників психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R (Global Severity Index, Positive Symptom Total), що свідчить про більш виражене зниження загального рівня психічного дистресу порівняно з референтною групою.

3. Аналіз показників афективної сфери показав, що рівні тривожної та депресивної симптоматики в основній групі після завершення лікування були статистично значуще нижчими, ніж у референтній групі, що вказує на вищу ефективність поєднання замісної підтримувальної терапії з психокорекційними втручаннями щодо редукції афективних порушень.

4. За шкалами, що відображають міжособистісні та поведінкові особливості (ворожість, агресивність, параноїдні тенденції, соматизація), у пацієнтів основної групи встановлено достовірно нижчі показники порівняно з референтною групою, що свідчить про позитивний вплив психокорекційних заходів на емоційно-поведінкову регуляцію.

5. Міжгрупові відмінності за шкалою обсесивно-компульсивної симптоматики підтвердили більшу ефективність комплексного лікувального підходу у зниженні виразності нав’язливих думок і компульсивних тенденцій, тоді як у пацієнтів, які отримували монотерапію метадоном, зберігався субклінічний рівень симптоматики.

6. Порівняльний аналіз показників якості життя за опитувальником WHOQOL-BREF виявив статистично значущі міжгрупові відмінності на користь основної групи в доменах «психічне здоров’я», «оточуюче середовище» та «фізичне здоров’я», що свідчить про комплексний характер позитивних змін у пацієнтів, які отримували психокорекційний супровід.

7. Домен «соціальні відносини» в обох групах характеризувався відносно низькими показниками після завершення лікування, при відсутності статистично

значущих міжгрупових відмінностей, що вказує на інерційність процесів соціальної адаптації та необхідність пролонгованого психосоціального втручання.

8. Аналіз показників агресивності засвідчив наявність статистично значущих міжгрупових відмінностей за поведінковими та емоційними компонентами агресії, з нижчими значеннями в основній групі. Водночас когнітивні компоненти агресивності характеризувалися відсутністю достовірних міжгрупових відмінностей.

9. Порівняльний аналіз когнітивного статусу після завершення лікування виявив статистично значущий перерозподіл пацієнтів між категоріями когнітивного функціонування залежно від типу терапевтичного впливу. В основній групі зафіксовано більшу частку пацієнтів без ознак когнітивного дефіциту та відсутність випадків тяжких когнітивних порушень.

Загалом отримані результати переконливо доводять, що ЗПТ метадоном у поєднанні з психокорекційними втручаннями є значно ефективнішою порівняно з фармакологічною монотерапією, оскільки забезпечує не лише медикаментозну стабілізацію, але й глибоку редукцію психопатологічної симптоматики, покращення когнітивного функціонування та підвищення якості життя, створюючи підґрунтя для стійкої психосоціальної реінтеграції пацієнтів.

РОЗДІЛ 5
КОРЕЛЯЦІЙНА СТРУКТУРА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поряд із оцінкою динаміки окремих клінічних і психометричних показників важливим етапом дослідження є аналіз взаємозв'язків між ними. Якщо порівняння середніх значень дозволяє визначити напрямок і величину змін кожного показника окремо, то кореляційний аналіз дає можливість оцінити ступінь їх взаємної пов'язаності та охарактеризувати особливості функціонування клініко-психологічної системи загалом. Такий підхід дозволяє встановити, чи формують досліджувані характеристики єдиний взаємопов'язаний комплекс, а також простежити, як змінюється структура цих взаємозв'язків під впливом лікування.

Особливий інтерес становить аналіз взаємодії афективних проявів (депресії та тривоги), поведінкових характеристик (агресивності та ворожості), когнітивних функцій і суб'єктивної оцінки якості життя. Враховуючи багатокомпонентний характер психоемоційних порушень, зміни сили та напрямку кореляцій можуть відображати не лише клінічне покращення або погіршення окремих симптомів, але й перебудову взаємовідносин між різними компонентами психічного та функціонального стану пацієнтів. Збереження або послаблення окремих взаємозв'язків може свідчити про різний ступінь інтегрованості клінічних проявів, тоді як поява чи зникнення статистично значущих кореляцій – про структурні зміни в системі клініко-психологічних характеристик.

У чинному підрозділі проаналізовано кореляційну структуру шести ключових показників: вираженості депресивної симптоматики за шкалою HAM-D, рівня тривоги за шкалою HAM-A, агресивності та ворожості за опитувальником Басса–Дарки, когнітивних функцій за шкалою MoCA та інтегрального показника якості життя за опитувальником WHOQOL-BREF. Аналіз проведено окремо для контрольної та основної груп до початку лікування і після його завершення, що

дозволило не лише охарактеризувати вихідну структуру взаємозв'язків, а й оцінити особливості її перебудови залежно від застосованої терапевтичної тактики.

5.1. Структурний аналіз взаємозв'язків між клініко-психологічними показниками у контрольній групі до лікування

Кореляційний аналіз шести ключових клініко-психологічних показників у контрольній групі (n=38) дозволив охарактеризувати організацію кореляційної мережі їх взаємозв'язків та виділити кілька функціональних компонентів, що формують цілісну клініко-психологічну систему на початковому етапі дослідження, у межах якої можна виділити афективне ядро, поведінковий кластер, інтегруючий компонент якості життя та відносно автономний когнітивний домен.

Ядром зазначеної структури виступав тісний позитивний взаємозв'язок між депресією та тривогою (r=0,82; 95% ДІ 0,68-0,90; p<0,001), який відповідав сильній кореляції. Така асоціація відображає практично синхронне наростання депресивної та тривожної симптоматики і підтверджує їх високу коморбідність. Домінуюче положення цього взаємозв'язку в структурі кореляцій дозволяє вважати афективні порушення центральним компонентом клініко-психологічної системи на вихідному етапі дослідження.

Другий функціональний блок формував поведінковий кластер, представлений статистично значущою позитивною кореляцією між агресивністю та ворожістю (r=0,58; 95% ДІ 0,32-0,76; p<0,001). Помірна сила цього взаємозв'язку свідчить про спільність психологічних механізмів формування зазначених поведінкових проявів і їх відносно автономне функціонування як єдиного комплексу.

Водночас поведінковий кластер не був ізольованим від афективної симптоматики. Показник депресії демонстрував позитивний кореляційний зв'язок середньої сили з агресивністю (r=0,40; 95% ДІ 0,09-0,64; p=0,013), тоді як тривога позитивно корелювала як з агресивністю (r=0,37; 95% ДІ 0,06-0,62; p=0,023), так і з ворожістю (r=0,35; 95% ДІ 0,03-0,60; p=0,033), тобто посилення афективної

симптоматики супроводжувалося зростанням поведінкових дезадаптивних проявів, що свідчить про інтеграцію афективного та поведінкового компонентів у межах єдиної клініко-психологічної системи (рис. 5.1).

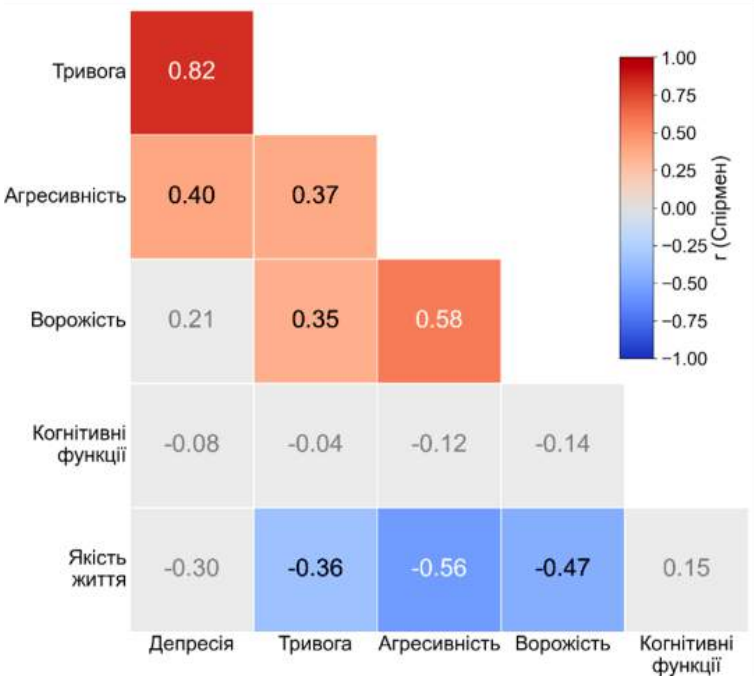


Рис. 5.1 Організаційна структура взаємозв'язків ключових клініко-психологічних показників у контрольній групі на вихідному етапі дослідження (кореляція Спірмена, r; сірі клітинки – $p \geq 0,05$)

Особливе місце в кореляційній структурі займав інтегральний показник якості життя, який виявився пов'язаним одразу з кількома складовими цієї системи. Найбільш виражений зворотний взаємозв'язок встановлено між агресивністю та ЯЖ (r=-0,56; 95% ДІ від -0,75 до -0,30; p<0,001), дещо слабший – між ворожістю та якістю життя (r=-0,47; 95% ДІ від -0,69 до -0,18; p=0,003), а також між тривогою та ЯЖ (r=-0,36; 95% ДІ від -0,61 до -0,04; p=0,028). Кореляція між депресією та якістю життя також мала негативний напрямок (r=-0,30; 95% ДІ від -0,56 до 0,02), хоча не досягла статистичної значущості (p=0,070) (рис. 5.1). Сукупність отриманих даних дає змогу позиціонувати якість життя як інтегруючий компонент системи, який

акумулює вплив як афективних, так і поведінкових порушень і відображає їх сумарний внесок у суб'єктивне благополуччя пацієнтів (рис. 5.2).



Рис. 5.2 Характер міжкомпонентних зв'язків клініко-психологічних показників у контрольній групі на вихідному етапі дослідження

На відміну від інших досліджуваних показників, когнітивні функції (MoCA) не демонстрували статистично значущих взаємозв'язків із жодним із психоемоційних параметрів. Кореляція між когнітивними функціями та якістю життя становила r=0,15 (p=0,375), між когнітивними функціями та ворожістю – r=-0,14 (p=0,403), між агресивністю та когнітивними функціями – r=-0,12 (p=0,471), між депресією та когнітивними функціями – r=-0,08 (p=0,654), а між тривогою та когнітивними функціями – r=-0,04 (p=0,824) (рис. 5.1). Відсутність статистично значущих асоціацій свідчить, що когнітивний компонент не був інтегрований у загальну мережу психоемоційних взаємозв'язків і на початковому етапі функціонував відносно автономно (рис. 5.2).

Таким чином, кореляційна структура клініко-психологічних показників у контрольній групі до лікування характеризувалася чіткою ієрархічною організацією. Її центральним елементом було афективне ядро, сформоване тісним взаємозв'язком

депресії та тривоги, навколо якого формувався поведінковий кластер, представлений агресивністю та ворожістю. Інтегральний показник якості життя виконував роль системоутворюючої ланки, поєднуючи афективні та поведінкові компоненти через множинні статистично значущі кореляції. Натомість когнітивний компонент залишався структурно ізольованим і не був інтегрований до загальної мережі взаємозв'язків, зберігаючи відносну автономність у структурі клініко-психологічної системи.

5.2. Перебудова кореляційної структури клініко-психологічних показників у контрольній групі після ізольованої метадонової терапії

Аналіз кореляційної структури клініко-психологічних показників після завершення лікування у контрольній групі (n=38) засвідчив істотну перебудову архітектури взаємозв'язків між досліджуваними параметрами. На відміну від вихідного етапу, коли афективні, поведінкові та функціональні характеристики формували інтегровану систему статистично значущих асоціацій, після лікування її структура стала значно менш зв'язаною, а кількість достовірних кореляцій істотно скоротилася.

Попри структурні зміни, центральним елементом системи залишалося афективне ядро, представлене сильним позитивним взаємозв'язком між депресією та тривогою ($r=0,65$; 95% ДІ 0,41–0,80; $p<0,001$). Водночас сила цього зв'язку порівняно з вихідним рівнем ($r=0,82$) помітно зменшилася, що може відображати часткове послаблення синхронності перебігу депресивної та тривожної симптоматики після лікування. Незважаючи на це, саме афективний компонент і надалі визначав структурний центр кореляційної мережі.

Другим відносно стабільним елементом залишався поведінковий кластер, представлений позитивною кореляцією між агресивністю та ворожістю ($r=0,54$; 95% ДІ 0,26–0,73; $p<0,001$). Порівняно з початковим етапом дослідження величина цього коефіцієнта практично не змінилася ($r=0,58$), що свідчить про збереження

внутрішньої єдності поведінкових характеристик навіть після проведеного лікування.

Принципово іншою виявилася організація взаємозв'язків між афективним і поведінковим компонентами. Якщо до початку лікування депресія та тривога були статистично значуще пов'язані з агресивністю і ворожістю, то після курсової терапії метадоном всі ці асоціації втратили статистичну значущість. Зокрема, кореляція між депресією та ворожістю становила r=0,17 (p=0,321), між депресією та агресивністю – r=0,14 (p=0,407), між тривогою та агресивністю – r=0,12 (p=0,482), а між тривогою та ворожістю – лише r=0,04 (p=0,813). Отже, поведінковий кластер фактично втратив більшість зв'язків з афективним ядром, що свідчить про суттєве ослаблення інтеграції цих складових клініко-психологічної системи (рис. 5.3).

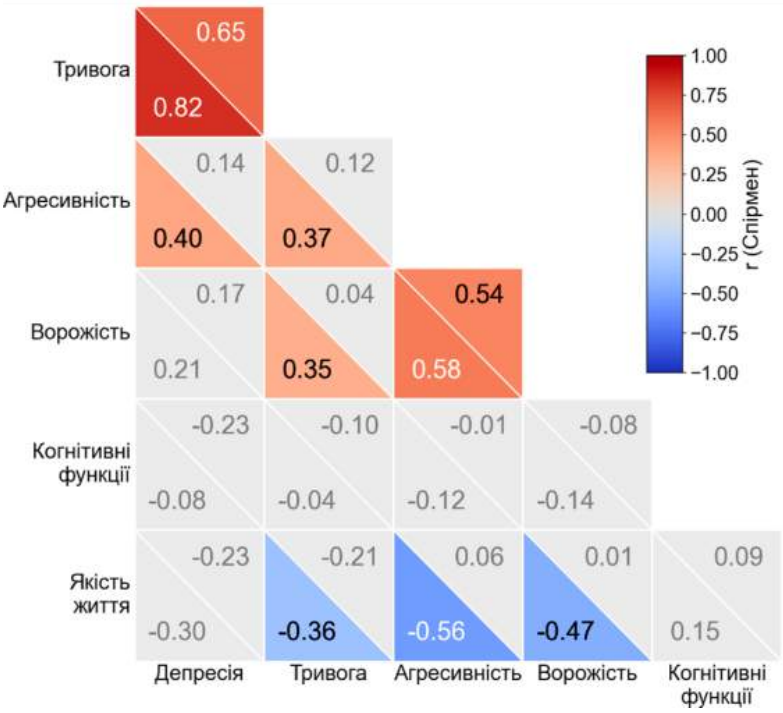


Рис. 5.3. Порівняльна характеристика структури взаємозв'язків ключових клініко-психологічних показників у контрольній групі на вихідному етапі та після курсової монотерапії метадоном (кореляція Спірмена, r; сірі клітинки – $p \geq 0,05$)

Примітка: клітинки поділено по діагоналі: низ-ліворуч – вихідний етап дослідження, верх-праворуч – після курсової терапії метадоном

Найбільш виражені зміни стосувалися інтегрального показника якості життя. На вихідному етапі він виконував роль системоутворюючої ланки, поєднуючи афективні та поведінкові компоненти через множинні статистично значущі кореляції. Після лікування ця інтегруюча функція практично втратилася. Кореляція між депресією та якістю життя становила r=-0,23 (95% ДІ від -0,51 до 0,09; p=0,160), між тривогою та якістю життя –r=-0,21 (95% ДІ від -0,50 до 0,12; p=0,204), між агресивністю та якістю життя – r=0,06 (p=0,706), а між ворожістю та якістю життя – r=0,01 (p=0,965) (рис. 5.3). Незважаючи на збереження негативного напрямку окремих кореляцій, їх сила стала слабкою, а статистична значущість була втрачена. Отже, інтегральний показник якості життя перестав бути центральною ланкою, яка відображала взаємний вплив афективних і поведінкових порушень на суб'єктивне благополуччя пацієнтів (рис. 5.4).



Рис. 5.4 Зміни характеру міжкомпонентних зв'язків в системі ключових клініко-психологічних показників у контрольній групі після ізольованої терапії метадоном

Когнітивний компонент, як і до лікування, не був інтегрований у загальну мережу взаємозв'язків. Кореляція між когнітивними функціями та депресією становила r=-0,23 (p=0,173), із тривогою – r=-0,10 (p=0,555), з ворожістю – r=-0,08

(p=0,652), з агресивністю – r=-0,01 (p=0,944), а з якістю життя – r=0,09 (p=0,605) (рис. 5.2.1). Усі отримані коефіцієнти відповідали слабким статистично незначущим зв'язкам, що свідчить про збереження відносної автономності когнітивного домену в структурі клініко-психологічної системи (рис. 5.4).

Таким чином, після завершення лікування кореляційна структура клініко-психологічних показників у контрольній групі зазнала суттєвої перебудови. Попри збереження двох відносно стабільних структурних компонентів – афективного ядра (депресія-тривога) та поведінкового кластера (агресивність-ворожість), – більшість зв'язків, що забезпечували їх функціональну інтеграцію, втратила статистичну значущість. Найбільш помітні зміни стосувалися інтегрального показника якості життя, який перестав виконувати роль системоутворюючої ланки між афективними та поведінковими характеристиками. Внаслідок цього клініко-психологічна система стала менш інтегрованою, а її архітектура – більш фрагментованою. На цьому тлі когнітивний компонент, як і на початковому етапі, залишався структурно ізольованим і не був включений до загальної мережі взаємозв'язків, зберігаючи відносну автономність у структурі клінічного стану.

5.3. Кореляційна структура клініко-психологічних показників в основній групі до лікування

Дослідження кореляційних взаємозв'язків між основними клініко-психологічними показниками в основній групі до початку лікування (n=91) продемонструвало високу структурну впорядкованість психоемоційної системи. На відміну від контрольної групи, мережа статистично значущих асоціацій була більш щільною, що свідчило про тіснішу взаємодію між афективними, поведінковими та функціональними складовими клінічного стану.

Провідне місце у сформованій кореляційній мережі займав комплекс афективних порушень. Найвищий коефіцієнт кореляції встановлено між показниками депресії та тривоги (r=0,80; 95% ДІ 0,71–0,86; p<0,001), що відповідає

сильному позитивному взаємозв'язку. Такий характер асоціації відображає практично односпрямовану динаміку депресивної й тривожної симптоматики та підтверджує їх тісний патогенетичний взаємозв'язок.

Другий структурний блок був представлений поведінковими характеристиками. Агресивність і ворожість демонстрували позитивний кореляційний зв'язок середньої сили (r=0,60; 95% ДІ 0,45–0,72; p<0,001), що відображає узгоджене формування цих проявів та їх належність до єдиного поведінкового домену. Водночас цей домен не існував ізольовано, а був тісно інтегрований із афективним компонентом.

Про високий рівень інтеграції між зазначеними структурними блоками свідчили множинні статистично значущі асоціації між афективними та поведінковими показниками. Депресія позитивно корелювала з агресивністю (r=0,40; 95% ДІ 0,21–0,56; p<0,001) і ворожістю (r=0,35; 95% ДІ 0,15–0,52; p=0,001), тоді як тривога була пов'язана з агресивністю (r=0,30; 95% ДІ 0,10–0,48; p=0,004) та ворожістю (r=0,29; 95% ДІ 0,09–0,47; p=0,005) (рис. 5.5).

Незважаючи на помірну силу зазначених кореляцій, їх сукупність свідчить про тісне функціональне поєднання афективних і поведінкових проявів, коли посилення емоційного дистресу супроводжується зростанням агресивних і ворожих тенденцій.

Важливу інтегруючу роль у сформованій структурі відігравав інтегральний показник якості життя. На відміну від більшості окремих клінічних характеристик, він був пов'язаний одразу з кількома ключовими компонентами системи. Найтісніший негативний взаємозв'язок спостерігався між якістю життя та депресією (r=-0,49; 95% ДІ від -0,63 до -0,31; p<0,001), дещо слабші – з тривогою (r=-0,47; 95% ДІ від -0,62 до -0,29; p<0,001), ворожістю (r=-0,45; 95% ДІ від -0,60 до -0,26; p<0,001) та агресивністю (r=-0,34; 95% ДІ від -0,51 до -0,14; p=0,001) (рис. 5.5). Подібна конфігурація кореляцій свідчить, що суб'єктивна оцінка якості життя акумулювала сумарний вплив різних психоемоційних порушень, виконуючи роль інтегрального індикатора загального клінічного благополуччя (рис. 5.6).

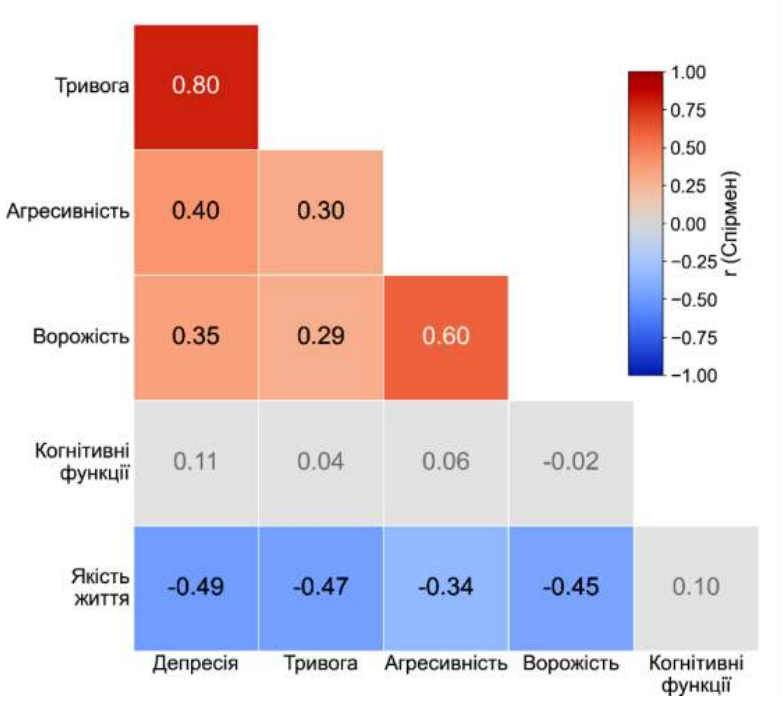


Рис. 5.5 Організаційна структура взаємозв'язків ключових клініко-психологічних показників у основній групі на вихідному етапі дослідження (кореляція Спірмена, r; сірі клітинки – $p \geq 0,05$)

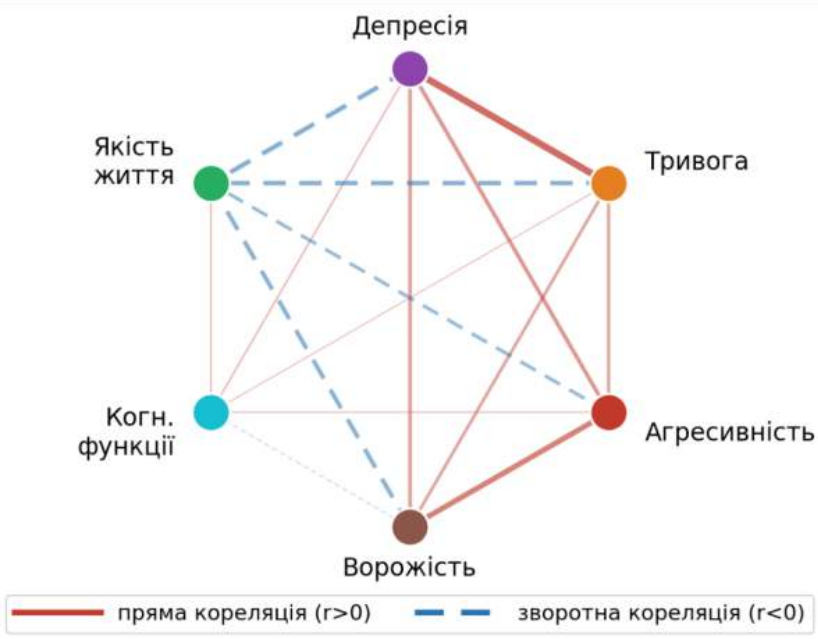


Рис. 5.6 Оцінка міжкомпонентних зв'язків системи клініко-психологічних показників у основній групі на вихідному етапі дослідження

На цьому фоні когнітивний компонент вирізнявся відсутністю статистично значущих взаємозв'язків з іншими досліджуваними показниками. Кореляція між когнітивними функціями та депресією становила r=0,11 (p=0,311), із тривогою – r=0,04 (p=0,680), з агресивністю –r=0,06 (p=0,603), з ворожістю – r=-0,02 (p=0,862), а з якістю життя – r=0,10 (p=0,349) (рис. 5.5). Такий розподіл кореляційних коефіцієнтів дає змогу стверджувати, що когнітивні функції не були включені до загальної мережі психоемоційних взаємозв'язків і на вихідному етапі характеризувалися відносною структурною автономністю (рис. 5.6).

Отже, вихідна кореляційна модель в основній групі відображала високий ступінь взаємопов'язаності клініко-психологічних характеристик. Провідне місце в ній займав афективний компонент, у межах якого депресивна та тривожна симптоматика утворювали найбільш консолідований вузол взаємозв'язків. Поведінкові прояви не лише формували власний функціональний домен, а й були безпосередньо включені до системи афективних асоціацій, що вказує на тісну інтеграцію емоційних і поведінкових механізмів психопатології. Суб'єктивна оцінка якості життя виступала інтегральним маркером загального клінічного стану, акумулюючи вплив кількох психоемоційних компонентів одночасно. На противагу цьому, когнітивні функції не демонстрували суттєвої участі у формуванні кореляційної мережі, що свідчить про їх відносну незалежність від афективно-поведінкового комплексу на вихідному етапі дослідження. Загалом архітектура клініко-психологічної системи в основній групі характеризувалася більшою щільністю міжкомпонентних зв'язків і вищим рівнем структурної організації порівняно з групою контролю, що значною мірою забезпечувалося провідною роллю показника якості життя у формуванні мережі кореляційних взаємозв'язків.

5.4. Реорганізація кореляційної архітектури клініко-психологічної системи в основній групі після комплексного лікування, що поєднувало замісну підтримувальну терапію із систематичними психокорекційними втручаннями

Після завершення лікування кореляційна структура клініко-психологічних показників в основній групі, яка отримувала ЗПТ та комплексну програму психокорекційних втручань, зазнала закономірної трансформації. Зміни стосувалися насамперед конфігурації взаємозв'язків між окремими компонентами системи, а не її цілісності: незважаючи на зменшення сили частини кореляцій, мережа статистично значущих асоціацій зберегла свою функціональну організацію. Це дає підстави розглядати виявлені зміни як процес структурної реорганізації клініко-психологічної системи, а не як втрату взаємозв'язків між її основними складовими.

Найбільш стабільним елементом кореляційної структури залишався взаємозв'язок між депресивною та тривожною симптоматикою ($r=0,67$; 95% ДІ 0,54–0,77; $p<0,001$). Хоча його сила порівняно з вихідним етапом дещо зменшилася ($r=0,80$), саме ця асоціація продовжувала визначати провідний напрямок внутрішньої організації психоемоційної системи. Отримані дані свідчать, що лікування не порушило базову взаємозалежність афективних проявів, а лише знизило ступінь їх синхронності.

Зв'язки між афективними та поведінковими компонентами також збереглися. Депресія залишалася статистично значуще пов'язаною з агресивністю ($r=0,37$; 95% ДІ 0,18–0,54; $p<0,001$) та ворожістю ($r=0,26$; 95% ДІ 0,06–0,44; $p=0,013$), тоді як тривога асоціювалася з агресивністю ($r=0,27$; 95% ДІ 0,07–0,45; $p=0,009$). Кореляція між тривогою та ворожістю зберігала позитивний напрямок ($r=0,20$), однак не досягла статистичної значущості ($p=0,058$). Таким чином, поведінковий домен залишався включеним до загальної мережі психоемоційних взаємозв'язків, хоча окремі зв'язки стали менш вираженими.

Внутрішня організація поведінкового компонента також зазнала певної модифікації. Кореляція між агресивністю та ворожістю залишалася статистично

значущою (r=0,31; 95% ДІ 0,11–0,48; p=0,003), однак її величина майже удвічі зменшилася порівняно з початковим етапом дослідження (r=0,60), що свідчить не про втрату поведінкового кластера, а про зменшення його внутрішньої жорсткості та підвищення функціональної диференційованості після лікування (рис. 5.7).

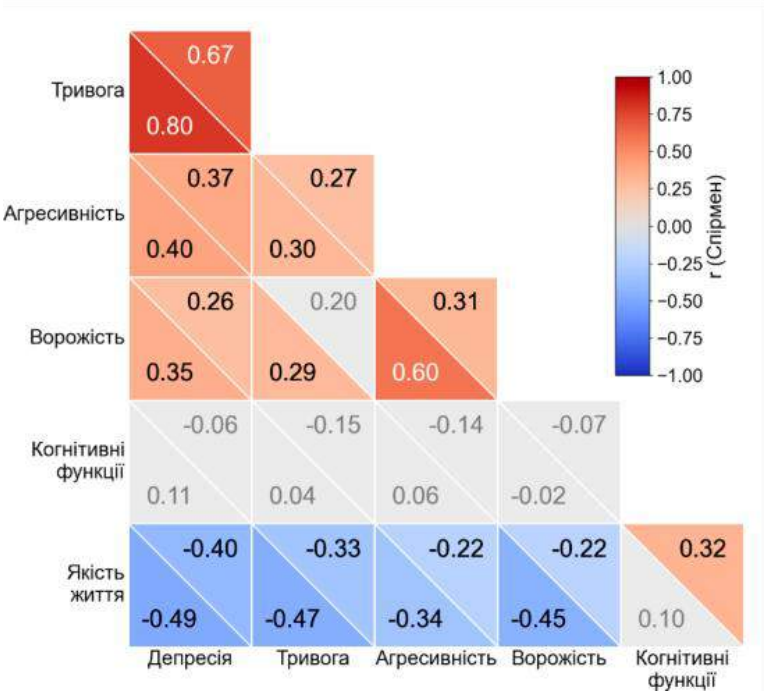


Рис. 5.7 Перебудова структури взаємозв'язків ключових клініко-психологічних показників у основній групі після інтегрованого психотерапевтичного супроводу (кореляція Спірмена, r; сірі клітинки – $p \geq 0,05$)

Примітка: клітинки поділено по діагоналі: низ-ліворуч – вихідний етап дослідження, верх-праворуч – після інтегрованого психотерапевтичного супроводу

Важливою особливістю чинної моделі стало збереження системної ролі показника якості життя. Незважаючи на певне послаблення коефіцієнтів кореляції, якість життя продовжувала демонструвати статистично значущі асоціації з депресією (r=-0,40; 95% ДІ від -0,56 до -0,21; p<0,001), тривогою (r=-0,33; 95% ДІ від -0,51 до -0,14; p=0,001), агресивністю (r=-0,22; 95% ДІ від -0,41 до -0,01; p=0,037) та ворожістю (r=-0,22; 95% ДІ від -0,40 до -0,01; p=0,039) (рис. 5.7). На відміну від контрольної групи, де після лікування цей вузол кореляційної мережі практично

втратив свої зв'язки, в основній групі він зберігав центральне положення, відображаючи сукупний вплив психоемоційної симптоматики на суб'єктивне благополуччя пацієнтів (рис. 5.8).



Рис. 5.8 Зміни характеру міжкомпонентних зв'язків в системі ключових клініко-психологічних показників у основній групі після ЗПТ та комплексної програми психокорекційних втручань

Найбільш суттєвою ознакою структурної реорганізації стало включення когнітивного компонента до загальної системи взаємозв'язків. Якщо до лікування показники MoCA не демонстрували статистично значущих асоціацій із жодною з досліджуваних змінних, то після втручання виявлено позитивний зв'язок між когнітивними функціями та якістю життя (r=0,32; 95% ДІ 0,12–0,49; p=0,002). При цьому кореляції когнітивних функцій із депресією (r=-0,06; p=0,562), тривогою (r=-0,15; p=0,146), агресивністю (r=-0,14; p=0,188) і ворожістю (r=-0,07; p=0,494) залишалися статистично незначущими (рис. 5.7). Отже, когнітивний компонент не інтегрувався безпосередньо до афективно-поведінкового блоку, однак набув нового функціонального зв'язку через показник якості життя, що свідчить про появу додаткового структурного контуру клініко-психологічної системи (рис. 5.8).

Отже, результати кореляційного аналізу свідчать, що після лікування в основній групі відбулося не спрощення мережі клініко-психологічних взаємозв'язків, а її якісна реорганізація. Незважаючи на часткове послаблення окремих асоціацій, система зберегла свою функціональну цілісність, ключові структурні вузли та взаємодію між афективними, поведінковими і функціональними компонентами. Водночас поява статистично значущого зв'язку між когнітивними функціями та якістю життя свідчить про формування нового напряму міжкомпонентної взаємодії, який був відсутній до лікування. Власне така перебудова кореляційної архітектури, а не просте ослаблення окремих статистичних асоціацій, може розглядатися як прояв системного впливу комплексного лікування, що поєднувало замісну підтримувальну терапію із систематичними психокорекційними втручаннями.

5.5. Порівняльний аналіз структурної реорганізації клініко-психологічної системи в групах дослідження

Порівняльний аналіз динаміки кореляційної структури дав змогу оцінити не лише зміну сили окремих взаємозв'язків після лікування, а й характер трансформації клініко-психологічної системи загалом. Для цього проведено статистичне порівняння коефіцієнтів кореляції, отриманих до та після втручання, із застосуванням критерію Steiger, що дало змогу визначити статистичну значущість змін окремих елементів кореляційної мережі. Додатково для інтегральної оцінки перебудови системи виконано аналіз середнього модуля коефіцієнтів кореляції (середній |r|), який характеризує загальну щільність мережі взаємозв'язків незалежно від напряму окремих асоціацій та забезпечує коректне міжгрупове порівняння за різної чисельності вибірок.

В обох групах після лікування спостерігалося певне послаблення окремих взаємозв'язків, однак характер цих змін істотно різнився (рис. 5.9). У контрольній групі вони супроводжувалися переважно втратою раніше сформованих

міжкомпонентних зв'язків, тоді як в основній групі клініко-психологічна система зберігала свою структурну цілісність, зазнаючи переважно функціональної реорганізації (рис. 5.10).

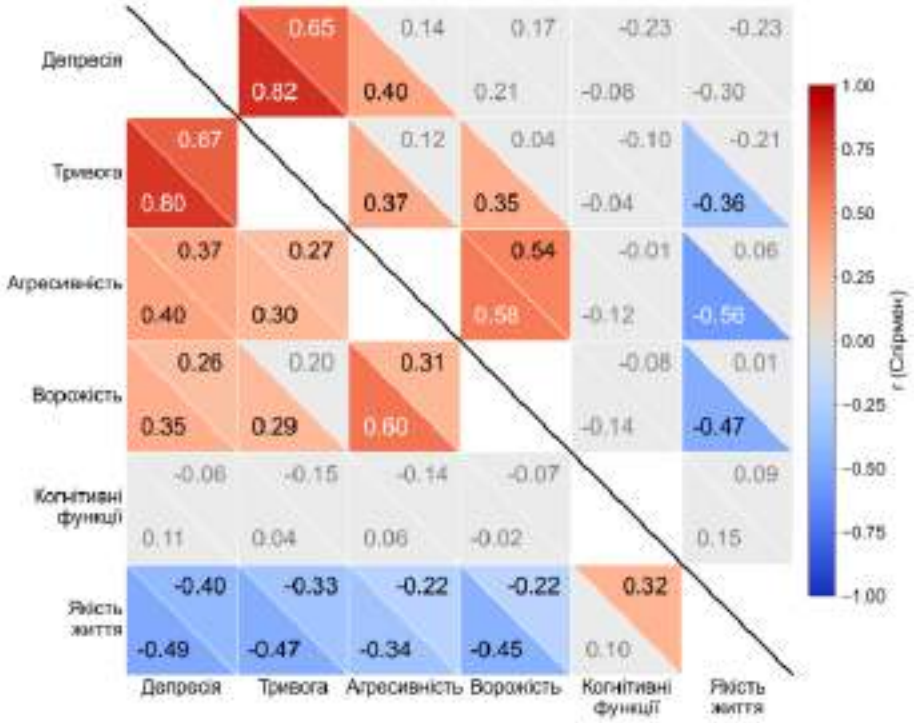


Рис. 5.9. Перебудова структури взаємозв'язків ключових клініко-психологічних показників у групах дослідження на його різних етапах (кореляція Спірмена, r; сірі клітинки – $p \geq 0,05$)

Примітки. Групи розділяє діагональна лінія: нижній трикутник – основна група (n=91), верхній – контрольна (n=38). Клітинки поділено по діагоналі: низ-ліворуч – вихідний етап дослідження, верх-праворуч – після лікування

В основній групі більшість коефіцієнтів кореляції після лікування дещо зменшилася, однак основні статистично значущі асоціації залишилися збереженими. Найвиразніше послабився взаємозв'язок між агресивністю та ворожістю – з r=0,60 до r=0,31 ($\Delta r=-0,29$; p=0,007), що стало єдиною статистично значущою зміною, підтвердженою тестом Steiger, і відображало часткову диференціацію поведінкового кластера. На рівні статистичної тенденції відзначалося також ослаблення

афективного ядра системи: кореляція між депресією та тривогою зменшилася з r=0,80 до r=0,67 (Δr=-0,13; p=0,054). Інші взаємозв'язки між афективними та поведінковими компонентами змінювалися незначною мірою: кореляція депресії з ворожістю знизилася з 0,35 до 0,26 (Δr=-0,09; p=0,498), тривоги з ворожістю – з 0,29 до 0,20 (Δr=-0,09; p=0,481), депресії з агресивністю – з 0,40 до 0,37 (Δr=-0,03; p=0,815), а тривоги з агресивністю – з 0,30 до 0,27 (Δr=-0,03; p=0,838). Сукупність цих змін свідчить, що після лікування система не втратила внутрішньої організації, а набула нової конфігурації взаємозв'язків.

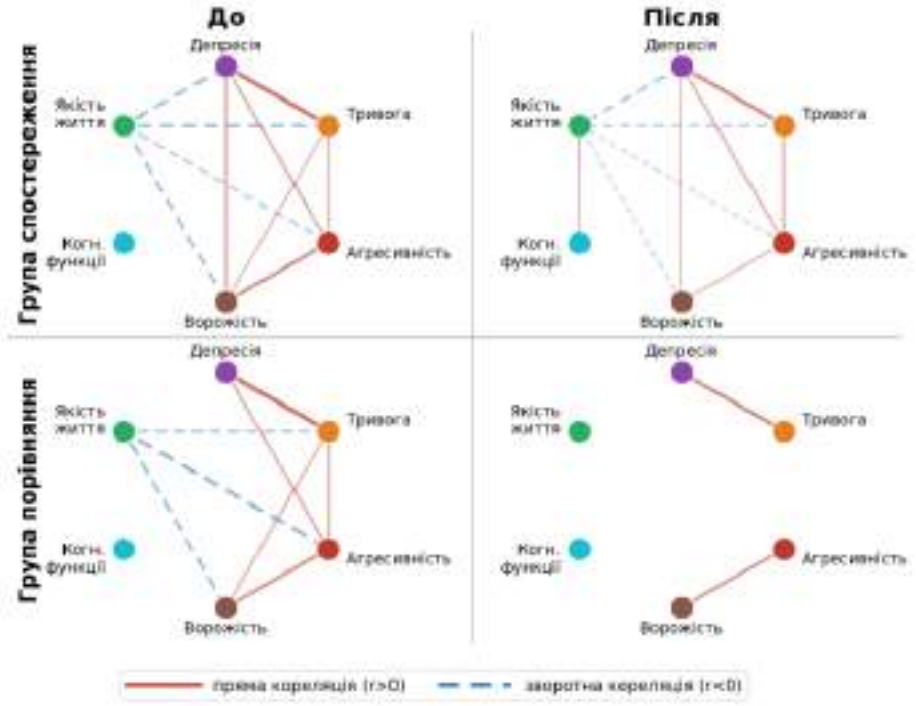


Рис. 5.10. Еволюція міжкомпонентних зв'язків клініко-психологічних показників у групах дослідження на його різних етапах

Показовою виявилася й динаміка інтегрального показника якості життя. Незважаючи на певне послаблення його асоціацій із психоемоційними характеристиками, він зберіг статистично значущі зв'язки з основними компонентами системи. Так, кореляція з депресією змінилася з r=-0,49 до r=-0,40 (Δr=+0,09; p=0,445), із тривогою – з -0,47 до -0,33 (Δr=+0,14; p=0,238), з агресивністю – з -0,34 до -0,22 (Δr=+0,12; p=0,310), а з ворожістю – з -0,45 до -0,22 (Δr=+0,23;

p=0,064), причому остання зміна відповідала рівню статистичної тенденції. Водночас когнітивний компонент, який на вихідному етапі був практично ізольованим від інших складових системи, після втручання продемонстрував тенденцію до інтеграції через показник якості життя: відповідний коефіцієнт зріс з r=0,10 до r=0,32 (Δr=+0,22; p=0,062). Хоча зазначені зміни не досягли формального рівня статистичної значущості, їх узгоджений напрямок узгоджується з формуванням нового функціонального контуру клініко-психологічної системи, в якому когнітивні функції починають відігравати помітнішу роль.

Принципово інший характер мала динаміка в контрольній групі. Незважаючи на те, що більшість змін окремих коефіцієнтів кореляції не досягла статистичної значущості за тестом Steiger, загальна архітектура взаємозв'язків зазнала вираженого спрощення. Найбільш суттєві зміни стосувалися інтегрального показника якості життя. Зв'язок між агресивністю та якістю життя практично повністю зник, змінившись з r=-0,56 до r=0,06 (Δr=+0,63; p=0,001). Аналогічна перебудова відбулася і для взаємозв'язку між ворожістю та якістю життя, який змінився з r=-0,47 до r=0,01 (Δr=+0,48; p=0,027). Водночас кореляції між тривогою та ворожістю (Δr=-0,31; p=0,164), депресією та агресивністю (Δr=-0,26; p=0,203), а також тривогою та агресивністю (Δr=-0,25; p=0,227), хоча й демонстрували аналогічну тенденцію до послаблення, статистичного підтвердження не отримали. Сукупно ці зміни свідчать про втрату показником якості життя ролі ключової ланки, яка до лікування поєднувала афективний і поведінковий домени. Натомість в основній групі якість життя продовжувала залишатися одним із центральних вузлів системи, підтримуючи взаємозв'язки одночасно з кількома психоемоційними показниками та набуваючи додаткового зв'язку з когнітивним компонентом.

Для інтегральної оцінки щільності кореляційної мережі та коректного порівняння її перебудови між групами було використано середній модуль коефіцієнтів кореляції (середній |r|), обчислений для всіх 15 пар клініко-

психологічних показників. Такий підхід дає змогу охарактеризувати загальний рівень взаємозв'язків у системі незалежно від напряму окремих кореляцій.

В основній групі середнє абсолютне значення коефіцієнтів кореляції зменшилося з 0,32 до 0,266 ($\Delta|r|$=-0,054; 95% ДІ від -0,156 до +0,033; p=0,208), що свідчить лише про незначне послаблення загальної сили міжкомпонентних зв'язків без статистично підтвердженого зниження щільності кореляційної мережі.

Натомість у контрольній групі відзначалося більш виражене зменшення інтегрального показника – із 0,329 до 0,177 ($\Delta|r|$=-0,151; 95% ДІ від -0,255 до +0,027; p=0,110). Хоча ця зміна також не досягла рівня статистичної значущості, абсолютна величина ефекту була майже утричі більшою, ніж в основній групі, що узгоджується з виявленою тенденцією до спрощення кореляційної структури після лікування.

Безпосереднє порівняння величини змін між групами продемонструвало різницю $\Delta\Delta|r|$=0,097, яка не була статистично значущою (p=0,273), тому формально не можна стверджувати, що загальна щільність кореляційної мережі змінювалася по-різному в основній та контрольній групах.

Водночас отримані результати набувають більшої інтерпретаційної цінності у поєднанні з аналізом окремих кореляційних зв'язків і архітектури мережі. За відсутності статистично значущих міжгрупових відмінностей інтегрального показника середньої сили кореляцій, характер структурних змін виявився принципово різним: в основній групі зберігалася висока взаємопов'язаність ключових компонентів із формуванням нових функціональних зв'язків, тоді як у контрольній групі переважало вибіркове нівелювання раніше існуючих асоціацій, насамперед за участю показника якості життя. Це дає підстави припустити, що терапевтичний ефект визначався не стільки зміною загальної інтенсивності кореляцій, скільки реорганізацією їх конфігурації, тобто якісною перебудовою клініко-психологічної системи.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

Отже, результати порівняльного аналізу демонструють два різні сценарії еволюції клініко-психологічної системи після лікування. Для контрольної групи була характерна часткова дезінтеграція кореляційної мережі, що насамперед проявилася в руйнуванні зв'язків між якістю життя та поведінковими характеристиками. Натомість в основній групі відбулося не спрощення, а структурне переупорядкування системи: попри помірне послаблення окремих асоціацій, її базові функціональні контури збереглися, а інтегральний показник якості життя продовжував виконувати роль одного з центральних вузлів кореляційної мережі. Поява тенденції до взаємозв'язку між когнітивними функціями та якістю життя додатково вказує на формування нових міжкомпонентних взаємодій, що узгоджується з концепцією адаптивної реорганізації клініко-психологічної системи під впливом комплексного терапевтичного втручання.

РОЗДІЛ 6
АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Одним із провідних і науково обґрунтованих напрямів сучасної терапії розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів, є ЗПТ, яка в міжнародній літературі також визначається як МАТ або лікування опіоїдними агоністами. Цей підхід розглядається як «золотий стандарт» лікування опіоїдної залежності та рекомендований провідними міжнародними організаціями (ВООЗ, UNODC, SAMHSA) як базова складова довготривалої терапевтичної стратегії.

Мета замісної підтримувальної терапії виходить за межі суто фармакологічної компенсації дефіциту опіоїдних рецепторів і полягає у комплексній стабілізації функціонування пацієнта. Йдеться не лише про усунення абстинентного синдрому та зменшення патологічного потягу до наркотичних речовин, але й про поступове відновлення порушених поведінкових, емоційно-вольових і когнітивних процесів. Саме ці компоненти є критично важливими для формування здатності до саморегуляції, прийняття рішень, дотримання соціальних норм і повернення до конструктивного соціального функціонування [20, 50, 52, 53].

Найбільш широко застосовуваним препаратом у межах програм замісної підтримувальної терапії є метадон – синтетичний повний агоніст μ-опіоїдних рецепторів пролонгованої дії. Його фармакокінетичні та фармакодинамічні властивості забезпечують стабільну концентрацію активної речовини в плазмі крові, що мінімізує різкі коливання між станами наркотичної інтоксикації та абстиненції, характерні для вживання короткодіючих нелегальних опіоїдів. Завдяки цьому метадон створює передумови для біологічної стабілізації, зниження соматичного дистресу та редукції компульсивної наркотичної поведінки [6, 16, 31, 126].

Поведінкові прояви опіоїдної залежності формують складний і стійкий патерн дезадаптивної поведінки, який охоплює прогресивну ескалацію дози, розвиток толерантності, формування абстинентного синдрому та перехід до компульсивного малоконтрольованого вживання. Ці процеси супроводжуються

глибокими порушеннями функціонування особистості в соціальній, професійній та міжособистісній сферах, зумовлюючи втрату соціальних ролей, зниження працездатності, дезінтеграцію сімейних зв'язків і зростання маргіналізації [2, 5, 50, 57, 59, 109].

Для осіб із опіоїдною залежністю типовими стають такі особистісні риси, як емоційна нестійкість, легковажність, схильність до потурання негайним бажанням, безвідповідальність і недостатня сформованість самоконтролю [3, 12, 48, 49, 61, 62]. При тривалому вживанні ПАР зазначені особистісно-поведінкові особливості мають тенденцію до закріплення та поглиблення, поступово трансформуючись за типом психопатизації особистості [60].

Застосування метадону в контексті ЗПТ асоціюється зі значущим зменшенням інтенсивності патологічного потягу, покращенням загального соматичного стану, зниженням частоти ін'єкційного вживання наркотиків і пов'язаних із цим ризиків. У ширшій соціально-медичній перспективі це сприяє зменшенню криміногенного навантаження, зниженню поширеності ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та інших інфекційних захворювань, а також підвищенню прихильності пацієнтів до медичного та психосоціального супроводу [14–16, 28, 31, 126, 153], з урахуванням чого ЗПТ метадоном виступає не лише інструментом лікування залежності, але й важливим елементом системи громадського здоров'я та соціальної реінтеграції осіб із опіоїдною залежністю.

6.1. Психопатологічна трансформація та адаптаційний потенціал у пацієнтів з опіоїдною залежністю за умов замісної підтримувальної монотерапії метадоном

Аналіз психоневрологічного статусу пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії метадоном, засвідчив складну, багатовимірну та клінічно значущу трансформацію психопатологічного профілю. Отримані нами результати переконливо підтверджують гіпотезу про те, що фармакологічна стабілізація в

межах ЗПТ не призводить до автоматичної нормалізації психічного стану. Напроти, на тлі припинення хаотичного вживання нелегальних опіоїдів та стабілізації соматичного функціонування відбувається актуалізація раніше латентних або частково компенсованих психопатологічних проявів.

Психометричний аналіз динаміки психічного стану пацієнтів на ЗПТ за допомогою опитувальника SCL-90-R виявив зростання GSI з 0,78 до 0,97. З клініко-психопатологічної точки зору цей феномен доцільно інтерпретувати не як істинне погіршення стану, а як процес демаскування психічних розладів, які в період активного вживання нелегальних опіоїдів були нівельовані або масковані станом наркотичної інтоксикації. Таким чином, зростання GSI відображає підвищення усвідомлення психічного дистресу та збільшення доступності симптомів для суб'єктивної оцінки пацієнтом.

Аналіз інтегральних індексів дистресу додатково підтверджує зазначену тенденцію. Зростання показника PST з 46,0 до 57,0 за відносної стабільності PSDI (1,4 → 1,5) свідчить про те, що посилення дистресу має переважно кількісний, а не якісний характер. Це означає, що пацієнти відзначають більшу кількість симптомів, проте інтенсивність кожного з них суттєво не зростає. Така конфігурація показників може розглядатися як прояв адаптаційного процесу до тверезого способу життя, що супроводжується поступовим відновленням афективної та когнітивної чутливості.

Доменний аналіз шкал SCL-90-R продемонстрував виражену нерівномірність змін психопатологічної симптоматики. Найбільш значуща негативна динаміка зафіксована за шкалами тривоги (зростання на 57% відносно значень ANX до лікування) та міжособистісної сенситивності (зростання на 64% відносно показника INT до початку ЗПТ). Отримані результати узгоджуються з даними попередніх досліджень [26, 191], у яких наголошується, що на етапі стабілізації ЗПТ домінуючими є симптоми генералізованої тривоги, внутрішнього напруження та соціальної настороженості. Зазначені прояви можуть бути наслідком втрати

звичного механізму хімічної регуляції емоційного стану та необхідності формування нових, психологічно опосередкованих стратегій подолання стресу.

Окремої уваги заслуговує динаміка депресивної симптоматики, яка зростає на 243% відносно нормативних середньостатистичних параметрів дорослої не клінічної популяції. Цей показник корелює з даними літератури [192], де депресивні переживання інтерпретуються як реакція на усвідомлення хронічного характеру залежності, втрату попередніх соціальних ролей, а також обмеження життєвих перспектив. У цьому контексті депресивна симптоматика набуває не лише клінічного, а й екзистенційного виміру.

Особливий інтерес становить зіставлення загального рівня дистресу з показниками агресивності за методикою Басса-Дарки. Попри загальне посилення психопатологічної симптоматики, виявлено позитивну динаміку у вигляді зниження рівнів фізичної агресії (7,0 → 6,0) та підозрілості (6,0 → 5,5). Це дозволяє зробити висновок, що метадон ефективно знижує імпульсивні та поведінково деструктивні реакції, зокрема ті, що асоційовані з абстинентним синдромом і пошуковою наркотичною поведінкою. Водночас збереження високих показників вербальної агресії (8,0) та роздратування (6,0) свідчить про трансформацію агресії з поведінкового у афективно-комунікативний рівень. Ймовірно, стійкість цих показників пов’язана з наростанням соціальної фобізації та міжособистісної тривожності, що ускладнює конструктивну комунікацію.

Важливе місце у структурі психічного дистресу займає соматизація, на що неодноразово вказували інші дослідники [94]. Отримані нами результати повністю узгоджуються з цими даними: зростання показників соматизації на 333% відносно норми відображає підвищену чутливість до тілесних відчуттів після виходу з тривалого стану опіоїдної «анестезії». Пацієнти починають інтерпретувати звичайні соматичні сигнали як патологічні, що може сприяти формуванню іпохондричних установок та посиленню тривоги.

Зростання O-C: 0,7 → 1,0) також має концептуально важливе значення. Як свідчать дані літератури [8, 197, 199], у пацієнтів на ЗПТ відбувається трансформація нав'язливостей: замість домінування ідей пошуку наркотика формується гіперфокус на контролі дози, режиму прийому препарату та страху абстиненції. Таким чином, обсесивно-компульсивні механізми зберігаються, змінюючи лише свій зміст.

Інтерпретація динаміки показників якості життя у пацієнтів на замісній підтримувальній терапії метадоном набуває завершеності лише за умови їх зіставлення з психопатологічними характеристиками, отриманими за допомогою опитувальника SCL-90-R та шкал Гамільтона для оцінки депресії й тривоги. Саме таке поєднання дозволяє розглядати виявлений нами феномен «дисоціації якості життя» (що корелює з дослідженнями A. Scheibe та співавт. [28] і J.J. Kim та співавт. [193]) як закономірний наслідок трансформації психічного функціонування, а не як автономний або парадоксальний ефект лікування.

Зокрема, відсутність позитивної динаміки показників домену фізичного здоров'я WHOQOL-BREF (21,0 → 20,0) корелює з виявленим у дослідженні зростанням соматизації за шкалою SCL-90-R (SOM: 1,00 → 1,30). Після переходу на замісну терапію відбувається відновлення тілесної чутливості, що супроводжується підвищенням усвідомлення больових і дискомфортних відчуттів, які в період активного вживання опіоїдів були масковані аналгезуючим ефектом наркотичних речовин. Таким чином, зниження суб'єктивної оцінки фізичного благополуччя не відображає реального погіршення соматичного стану, а є наслідком демаскування соматичних скарг і зростання соматичної рефлексії.

Показники домену психічного здоров'я WHOQOL-BREF характеризуються відносною стабільністю медіанних значень (17,0 → 17,0) у динаміці лікування. Водночас результати психометричного оцінювання за шкалами Гамільтона та SCL-90-R вказують на достовірне зростання тривожно-депресивної симптоматики та загального рівня психічного дистресу (HDRS: 13,0 → 15,5; HARS: 15,0 → 18,0 та DEP: 0,85 → 1,20; ANX: 0,70 → 1,10). Це свідчить про наявність дисоціації між

суб’єктивною оцінкою психічного благополуччя та об’єктивно фіксованими психопатологічними проявами. З клінічної точки зору така дисоціація відображає процес адаптації до стану тверезості, у межах якого пацієнти поступово починають усвідомлювати та вербалізувати афективні порушення, раніше частково компенсовані наркотичною інтоксикацією.

Аналіз домену соціальних відносин WHOQOL-BREF у поєднанні з даними SCL-90-R засвідчив взаємозв’язок між зниженням задоволеності соціальними контактами (WHOQOL-BREF: 9,0 → 8,5) та зростанням INT: 0,67 → 1,10 і HOS: 0,50 → 0,83. Виявлена динаміка відображає етап порушення звичних соціальних зв’язків, пов’язаних із наркотичним середовищем, та відсутність на початкових етапах ЗПТ сформованих альтернативних соціальних ролей. Отже, зниження показників соціального домену слід розглядати як закономірний, тимчасовий компонент процесу ресоціалізації, а не як негативний наслідок терапії.

Негативна динаміка домену оточуючого середовища WHOQOL-BREF (23,0 → 22,0) узгоджується зі зростанням GSI: 0,78 → 0,97 та O-C: 0,70 → 1,00 за SCL-90-R. Після стабілізації стану на замісній терапії пацієнти демонструють підвищену критичність щодо фінансових умов, житлової ситуації та доступу до соціальних і медичних ресурсів. У період активної залежності зазначені аспекти мали вторинне значення порівняно з домінуючою потребою у вживанні ПАР, тоді як у фазі стабілізації вони набувають провідного психологічного значення.

З позицій порівняльного статистичного аналізу відсутність статистично значущих змін за критерієм Вілкоксона ($p > 0,05$) за окремими доменами WHOQOL-BREF доцільно інтерпретувати як фазу стабілізації показників. У контексті опіоїдної залежності така стабілізація має позитивне клінічне значення, оскільки за відсутності замісної терапії зазвичай спостерігається прогресуюче погіршення як психічного стану, так і якості життя в цілому.

В цілому, інтегральний аналіз результатів SCL-90-R, шкал Гамільтона та WHOQOL-BREF свідчить, що ЗПТ метадоном забезпечує стабілізацію соматичного

та поведінкового рівнів функціонування, водночас ініціюючи етап вираженої психологічної перебудови. Зростання тривожно-депресивної та соматизованої симптоматики виступає ключовим медіатором між фармакологічною стабілізацією та тимчасовим зниженням суб'єктивної якості життя.

Статистично значуща різниця між показниками переважної більшості шкал SCL-90-R до та після лікування ($p < 0,01$ за критерієм Вілкоксона) підтверджує закономірний, а не випадковий характер виявлених змін. У межах біопсихосоціальної моделі залежності цей феномен може бути пояснений взаємодією трьох ключових компонентів:

– фармакологічного, що передбачає демаскування тривоги через відсутність ейфорійного ефекту метадону;

– психологічного, пов'язаного зі зміною фокусу нав'язливостей у бік самоконтролю та страху рецидиву;

– соціального, що проявляється у зростанні міжособистісної сенситивності (на 267% відносно нормативних середньостатистичних параметрів дорослої не клінічної популяції) внаслідок очікування стигматизації та труднощів інтеграції у просоціальні структури [23, 24, 116, 117].

Узагальнюючи викладене, слід підкреслити, що виявлене нами «критичне вікно терапевтичної вразливості» протягом перших 1–3 місяців ЗПТ має важливе прогностичне значення. Підвищені рівні дистресу в цей період суттєво збільшують ризик так званого «самолікування» іншими ПАР. Отже, отримані дані свідчать про те, що пацієнти у процесі ЗПТ переходять від фази «фізіологічного виживання» до фази «психологічного усвідомлення дефіциту». Це, у свою чергу, обґрунтовує необхідність інтеграції інтенсивної психотерапевтичної підтримки, психоосвіти та когнітивної корекції як обов'язкових і структурованих компонентів програм замісної підтримувальної терапії.

6.2. Психометричне обґрунтування переваг поєднання фармакотерапії метадоном із реабілітаційними стратегіями порівняно з виключно медикаментозною схемою лікування

Оцінка динаміки психопатологічних проявів у процесі лікування дозволяє стверджувати, що отримані результати переконливо підтверджують гіпотезу про недостатність виключно фармакологічного підходу для повноцінної реабілітації пацієнтів із залежністю. Системні міжгрупові відмінності за показниками методики SCL-90-R вказують на те, що інтеграція психокорекційних втручань є ключовим чинником терапевтичного успіху, оскільки саме вона сприяє комплексній регуляції емоційної, когнітивної та міжособистісної сфер.

Аналіз глобального індексу тяжкості засвідчив, що рівень загального психопатологічного дистресу (0,44) в групі, де поєднували замісну підтримувальну терапію з психокорекційними заходами, суттєво нижчий, ніж у групі порівняння (0,97), що свідчить про ефективність комплексного втручання у зниженні загальної симптоматики. Результати повністю узгоджуються з класичними дослідженнями L.R. Derogatis [177], який підкреслював важливість суб'єктивного сприйняття дистресу як ключового індикатора терапевтичного ефекту. Аналогічно, показник загальної кількості патологічних симптомів у основній групі знизився до 33,0 проти 57,0 у референтній, що корелює з даними K. Dugosh та співавт. [200] про ефективність комбінованих реабілітаційних програм у зменшенні «симптомного навантаження» у пацієнтів з адикцією.

Аналіз афективної сфери продемонстрував, що монотерапія метадоном практично не впливає на стійкі прояви тривожності (1,10) та депресії (1,20), що свідчить про збереження так званого «ядра залежності». Це узгоджується з висновками T.J. Walker та співавт. [201], які відзначають резистентність афективної симптоматики до фармакотерапії в умовах ЗПТ. Водночас у пацієнтів основної групи психокорекційні заходи забезпечили суттєве зниження афективної напруги до

0,40, що демонструє здатність психотерапевтичних втручань нівелювати хронічну тривогу, ангедонію та емоційну дезадаптацію.

Щодо соматизації, високий рівень SOM у групі порівняння (1,30) підтверджує тенденцію до «втечі в хворобу» при відсутності психологічної підтримки, що раніше висвітлював D. Potik та співавт. [191]. Натомість пацієнти групи, де поєднували замісну підтримувальну терапію з психокорекційними заходами, показали значне зниження соматичних проявів, що підкреслює роль психокорекції у формуванні адаптивних стратегій реагування на стрес.

Статистично значущі міжгрупові відмінності за шкалами ворожості (0,33 в основній проти 0,83 в референтній групі) та паранояльності (0,50 проти 0,83 відповідно) свідчать про якісну трансформацію особистісного реагування та зменшення когнітивних спотворень у пацієнтів основної групи. Водночас метадон-асоційована монотерапія практично не впливала на ці параметри, що узгоджується з висновками R. Garg та співавт. про те, що психосоціальні втручання є єдиним ефективним засобом корекції міжособистісної дистанції та підозрілості у пацієнтів на ЗПТ [202].

Динаміка показника обсесивно-компульсивної симптоматики (0,60 проти 1,00) свідчить про посилення когнітивного контролю та підвищення комплаєнсу пацієнтів, що корелює з даними протоколів NIDA (National Institute on Drug Abuse) щодо ефективності комплексних програм у підвищенні самоконтролю та відповідальності за процес лікування [51, 52].

Отримані нами результати ($p < 0,05$) із клінічно релевантними розмірами ефекту демонструють, що фармакологічна стабілізація пацієнта є лише початковим етапом реабілітації. Перехід до системної ресоціалізації та формування стійкої ремісії можливий лише за умови включення психокорекційного компонента, що забезпечує інтеграцію когнітивної, афективної та міжособистісної регуляції, зменшення дистресу та підвищення адаптивного потенціалу особистості.

Інтерпретація динаміки показників якості життя пацієнтів, які проходять замісну підтримувальну терапію у поєднанні з психокорекційними втручаннями, набуває повноти лише при одночасному аналізі їх психопатологічного профілю, отриманого за допомогою опитувальника SCL-90-R, та поведінковими характеристиками, зокрема, показниками агресивності за шкалами Басса-Дарки.

Порівняльний аналіз показників WHOQOL-BREF на етапі завершення лікування переконливо підтвердив перевагу комплексного підходу над монотерапією метадоном. Найбільш чутливим до терапевтичного впливу виявився домен «психічне здоров'я»: у референтній групі медіана становила 17,0 [14,0; 18,8], а в основній – 19,0 [17,0; 21,0]. Нижня межа квартиля групи порівняння (14,0) свідчить про збереження субклінічної психологічної вразливості, тоді як навіть його мінімальні значення в основній групі відповідали середньому рівню контролю. Ці спостереження узгоджуються з результатами шкал Басса-Дарки: рівень фізичної агресії в основній групі був достовірно нижчим (Me 5,0 [4,0; 6,0]) порівняно з референтною групою (Me 6,0 [4,0; 7,0]; $p < 0,05$), а показники вербальної агресії зменшилися з 8,0 [6,0; 9,0] до 7,0 [5,0; 8,0]. Зниження цих показників демонструє більш ефективне формування навичок контролю імпульсивної поведінки та регуляції емоцій у пацієнтів основної групи, що прямо корелює з підвищенням суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя ($r \approx 0,3–0,35$).

Домен «оточуюче середовище» також виявився чутливим до комплексного втручання: медіана контрольної групи становила 22,0 [17,0; 24,0], тоді як в основній групі – 25,0 [22,5; 28,0]. Підвищення нижньої межі квартиля на 5,5 бала вказує на суттєве зменшення частки пацієнтів із низьким рівнем суб'єктивної безпеки та соціальної стабільності. Ці зміни узгоджуються з динамікою афективних показників за шкалами Басса-Дарки: роздратування у пацієнтів основної групи характеризувалося вужчим міжквартильним розмахом ([4,0; 7,0] проти [4,2; 7,8] у контролі), а показники образи та почуття провини знизилися до 4,0 [3,0; 5,5] і 6,0 [5,0; 8,0] відповідно ($p < 0,05$). Це свідчить про зменшення емоційної напруженості,

внутрішньо спрямованої агресії та аутоагресії, що формує базові ресурси для адаптації до повсякденного життя та підвищує суб'єктивну соціальну безпеку ($r \approx 0,25–0,3$).

У домені «фізичне здоров'я» медіана основної групи становила 22,0 бала, у контрольній – 20,0. Враховуючи однакові дози метадону, застосовувані в групах спостереження, це свідчить про вплив психосоматичних механізмів: зниження тривоги та психопатологічного дистресу (за даними SCL-90-R) сприяє більш позитивному сприйняттю фізичного стану та зменшенню соматичних скарг. Узгодженість цих результатів із зниженням інтегрального індексу агресивності (20,0 → 18,0) та верхньої межі міжквартильного розмаху (23,8 → 20,0) за шкалами Басса-Дарки демонструє комплексну стабілізацію психофізіологічного стану пацієнтів.

Найменш чутливим до впливу терапії залишався домен «соціальні відносини». Медіанні значення обох груп залишалися низькими, проте у основній групі верхня межа інтерквартильного діапазону зросла до 12,0 бала (контрольна група – 10,0), що свідчить про початкові позитивні зміни у сфері міжособистісних взаємин та відновлення соціальних контактів. Відсутність статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$, $r < 0,2$) підкреслює інерційний характер соціальної адаптації та потребу в тривалому психосоціальному супроводі.

Узагальнений аналіз свідчить, що монотерапія метадоном забезпечує переважно базову стабілізацію фізичного та психологічного стану, водночас залишаючи значну варіабельність індивідуальних показників та групу пацієнтів із низьким рівнем суб'єктивної якості життя. Натомість комплексний підхід, що інтегрує ЗПТ із психокорекційними заходами, сприяє вирівнюванню групових показників, підвищенню нижніх квартилів та формуванню стабільного відчуття психологічного благополуччя й соціальної безпеки. Таким чином, психокорекційний компонент слід розглядати не як додатковий, а як ключовий елемент комплексної програми реабілітації, здатний забезпечити стійке та клінічно значуще підвищення якості життя пацієнтів із опіоїдною залежністю.

Результати проведеного дослідження також підтвердили відправне припущення щодо наявності несприятливої природної динаміки когнітивних функцій у пацієнтів із опіоїдною залежністю за відсутності спеціалізованих корекційних втручань. Така динаміка узгоджується з даними сучасних нейропсихіатричних досліджень, у яких хронічне вживання опіоїдів розглядається як фактор прогресуючої нейрокогнітивної деградації, зумовленої порушеннями нейропластичності, дисфункцією префронтальних структур та дисрегуляцією дофамінергічних і глутаматергічних систем [9, 10, 13, 190]. Виявлений у нашому дослідженні стандартизований розмір ефекту (Cohen’s d ≈ 0,5) свідчить про помірний, однак статистично достовірний і клінічно значущий вплив психокорекційної програми на когнітивні показники, що дозволяє розглядати отримані зміни не лише як формальні статистичні зрушення, але й як функціонально релевантні для повсякденного функціонування пацієнтів.

Отримані результати узгоджуються з даними проспективного багатоцентрового дослідження S. Chamakalayil та співавт. (2024), у якому здійснювалася оцінка нейрокогнітивного функціонування пацієнтів, що отримували терапію агоністами опіоїдів (внутрішньовенно або перорально). Автори не виявили суттєвих змін у загальному когнітивному статусі протягом тримісячного періоду спостереження, водночас відзначаючи тенденцію до незначного покращення окремих показників пам’яті [190]. Порівняння цих даних із результатами нашого дослідження демонструє подібність динаміки у групі порівняння, де когнітивне функціонування залишалося відносно стабільним. Це підтверджує висновок про нейтральний вплив агоністів опіоїдів на когнітивні процеси у короткостроковій перспективі та підкреслює, що фармакотерапія сама по собі не є достатньою умовою для відновлення порушених нейрокогнітивних функцій.

Натомість у пацієнтів основної групи, яким поряд із замісною підтримувальною терапією було призначено структуровані психокорекційні та реабілітаційні заходи, зафіксовано статистично значуще покращення низки

ключових нейрокогнітивних доменів, зокрема, виконавчих функцій, стійкості та концентрації уваги, а також оперативної пам'яті. Зазначені зміни мають принципове значення, оскільки саме ці когнітивні процеси є критичними для саморегуляції поведінки, прийняття рішень і формування навичок утримання від вживання ПАР. Отримані дані підтверджують доцільність комплексного підходу до лікування опіоїдної залежності, у якому фармакологічна терапія виконує стабілізуючу функцію, тоді як психотерапевтичні та когнітивно-орієнтовані втручання сприяють активації механізмів нейропластичності та відновленню порушених когнітивних контурів [33, 34, 44, 45].

Додаткове підтвердження отриманих результатів міститься у систематичному огляді M. Shahzadi та співавт. (2024), присвяченому оцінці ефективності КПТ як доказового психотерапевтичного інструмента у лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів. Автори дійшли висновку, що у довгостроковій перспективі КПТ сприяє корекції стійких когнітивних дисфункцій, які нерідко зберігаються навіть на тлі стабільної замісної терапії [35]. Така закономірність повністю узгоджується з результатами нашого дослідження, де включення психотерапевтичних і психокорекційних інтервенцій у лікувальний план основної групи асоціювалося з достовірним покращенням когнітивного функціонування, що підсилює аргументацію на користь інтегрованих моделей медико-психологічної допомоги.

Крім того, отримані нами дані корелюють із результатами дослідження O. Elkana та співавт. (2019), у якому було показано, що когнітивні функції загалом залишаються збереженими у пацієнтів, які отримують замісну підтримувальну терапію, незалежно від її тривалості, попереднього досвіду вживання ПАР та наявності психіатричної коморбідності [203]. Таким чином, результати нашого дослідження спростовують поширене, однак недостатньо обґрунтоване припущення щодо потенційно негативного впливу замісної терапії на когнітивний статус. Навпаки, відсутність погіршення когнітивних показників у групі порівняння

протягом періоду спостереження підтверджує нейтральний вплив метадону на когнітивне функціонування та підкреслює його безпеку у цьому аспекті.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6

Отже, результати проведеного дослідження переконливо свідчать про ефективність комплексного підходу до лікування опіоїдної залежності. Поєднання замісної підтримувальної терапії з цілеспрямованими психокорекційними інтервенціями дозволяє не лише стабілізувати соматичний і психоемоційний стан пацієнтів, але й забезпечити клінічно значуще покращення когнітивного функціонування, що має безпосередні наслідки для успішності реабілітації, соціальної інтеграції та профілактики рецидивів. Водночас підтверджена нейтральність метадону щодо когнітивного статусу обґрунтовує його застосування як базового, безпечного та ефективного компонента сучасних стратегій лікування опіоїдної залежності.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дисертаційного дослідження теоретично узагальнено та практично вирішено актуальне наукове завдання психіатрії і наркології – підвищення ефективності лікування та реабілітації осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, шляхом поєднання фармакологічної стабілізації з диференційованими психокорекційними, психотерапевтичними та психосоціальними втручаннями.

1. У дисертаційній роботі на підставі комплексного обстеження 150 осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із синдромом залежності визначено клініко-психопатологічні особливості їхнього стану в умовах замісної підтримувальної терапії метадоном. Клінічний профіль характеризувався поєднанням тривожно-депресивних, соматизованих, обсесивно-компульсивних і міжособистісно-сенситивних проявів. У групі порівняння, учасники якої отримували лише метадон, протягом дев'ятимісячного спостереження встановлено статистично значуще зростання медіани показника депресії за HAM-D-17 із 13,0 [7,0; 19,0] до 15,5 [10,0; 21,5] бала ($p < 0,05$) та тривоги за HAM-A – із 15,0 [7,0; 21,0] до 18,0 [12,0; 27,0] бала ($p < 0,01$). Отже, фармакологічна стабілізація на тлі замісної підтримувальної терапії не забезпечувала самостійної редукції коморбідної афективної симптоматики; це обґрунтовує необхідність регулярного клініко-психопатологічного оцінювання, своєчасного виявлення психічної дезадаптації та диференційованого психотерапевтичного і, за показаннями, психофармакологічного супроводу.

2. Патопсихологічний профіль осіб, які перебували на замісній підтримувальній терапії без систематичних психокорекційних втручань, характеризувався розширенням спектра усвідомлюваної психопатологічної симптоматики та посиленням загального психічного дистресу. За SCL-90-R у групі порівняння медіана загального індексу тяжкості симптомів (GSI) зросла з 0,78 [0,44;

1,10] до 0,97 [0,74; 1,36] ($p < 0,05$), загальна кількість позитивних симптомів (PST) – із 46,0 [27,0; 64,0] до 57,0 [50,2; 69,8] ($p < 0,01$), а індекс інтенсивності позитивних симптомів (PSDI) – із 1,4 [1,1; 1,7] до 1,5 [1,3; 1,9] ($p < 0,05$). Найбільші відносні зміни встановлено за шкалами тривожної симптоматики (ANX: 0,70 → 1,10; +57,1 %) і міжособистісної сенситивності (INT: 0,67 → 1,10; +64,2 %). Статистично значуще зросли також показники соматизації (SOM: 1,00 → 1,30), обсесивно-компульсивної симптоматики (O-C: 0,70 → 1,00), депресивної симптоматики (DEP: 0,85 → 1,20), ворожості (HOS: 0,50 → 0,83) та фобічної тривоги (PHOB: 0,14 → 0,29) (усі $p < 0,05$). Виявлену динаміку доцільно трактувати не як прямий негативний ефект метадону, а як можливу актуалізацію раніше маскованого психічного дистресу та недостатність виключно фармакологічної моделі для корекції стійких патопсихологічних порушень.

3. У структурі агресивності осіб, які отримували ізольовану замісну підтримувальну терапію метадоном, переважали стійкі афективно-комунікативні й інтрапунітивні компоненти: медіани вербальної агресії, роздратування та почуття провини після дев’яти місяців лікування залишилися відповідно на рівні 8,0, 6,0 і 7,0 бала. Фізична агресія знизилася з 7,0 [6,0; 8,0] до 6,0 [4,0; 7,0] бала, підозрілість – із 6,0 [5,0; 7,0] до 5,5 [3,0; 7,0] бала, індекс ворожості – з 11,0 [9,0; 13,0] до 9,0 [7,0; 13,0] бала; водночас інтегральний індекс агресивності змінився з 19,0 [17,0; 23,0] до 20,0 [15,2; 23,8] бала. Оскільки зміни за всіма шкалами опитувальника Басса–Дарки у групі порівняння не досягли статистичної значущості ($p > 0,05$), їх слід визначати як тенденцію, а не як доведений антиагресивний ефект метадону. Отриманий профіль свідчить про можливе зменшення відкритих фізично-деструктивних і ворожих реакцій за умови збереження вербальної агресії, емоційної реактивності та самозвинувачення, що потребують цілеспрямованої психокорекції.

4. Когнітивне функціонування обстежених осіб характеризувалося переважанням легкого когнітивного дефіциту: до початку втручань його виявлено у 82 (54,7 %) із 150 пацієнтів, тоді як у 68 (45,3 %) когнітивні порушення були відсутні.

У групі порівняння (n = 49) легкий дефіцит встановлено у 34 (69,4 %), а відсутність дефіциту – у 15 (30,6 %) осіб; в основній групі (n = 101) – відповідно у 48 (47,5 %) та 53 (52,5 %) осіб. Вихідні медіани MoCA відрізнялися: 24,0 [23,0; 27,0] бала у групі порівняння та 26,0 [24,0; 27,0] бала в основній групі (p = 0,038), що необхідно враховувати під час оцінювання ефекту втручання. Після лікування частка осіб без когнітивного дефіциту становила 59,3 % в основній групі проти 15,8 % у групі порівняння, а легкий дефіцит виявлено відповідно у 40,7 % і 81,6 %; міжгрупова відмінність була статистично значущою (χ^2 = 28,4; df = 2; p < 0,001; V Крамера = 0,47). За результатами оцінки якості життя (за опитувальником WHOQOL-BREF) у групі порівняння статистично значущої динаміки жодного з чотирьох доменів не встановлено (усі p > 0,05): фізичне здоров'я – 21,0 → 20,0, психічне здоров'я – 17,0 → 17,0, соціальні відносини – 9,0 → 8,5, навколишнє середовище – 23,0 → 22,0 бала. В основній групі покращилися фізичне здоров'я (21,0 → 22,0), психічне здоров'я (18,0 → 19,0) та навколишнє середовище (24,0 → 25,0) (усі p < 0,05), тоді як соціальний домен залишився на рівні 9,0 бала (p > 0,05), що вказує на більшу інерційність соціальної реінтеграції.

5. Кореляційний аналіз встановив системні взаємозв'язки між афективними, поведінковими, когнітивними та функціональними характеристиками пацієнтів. До лікування в обох групах виявлено сильний прямий зв'язок між депресією і тривогою (r_s = 0,80 в основній групі та r_s = 0,82 у групі порівняння; p < 0,001), а також між агресивністю і ворожістю (відповідно r_s = 0,60 та r_s = 0,58; p < 0,001); якість життя мала зворотні зв'язки з афективними й поведінковими порушеннями, тоді як когнітивні функції не були статистично значуще пов'язані з іншими показниками. Після ізольованої метадонової терапії збереглися зв'язки депресії з тривогою (r_s = 0,65; p < 0,001) та агресивності з ворожістю (r_s = 0,54; p < 0,001), але якість життя втратила значущі асоціації з агресивністю (r_s: −0,56 → 0,06; p = 0,001 за критерієм Стайгера) і ворожістю (r_s: −0,47 → 0,01; p = 0,027). Після комплексного лікування в основній групі якість життя зберігала зворотні зв'язки з

депресією ($r_s = -0,40$; $p < 0,001$), тривогою ($r_s = -0,33$; $p = 0,001$), агресивністю ($r_s = -0,22$; $p = 0,037$) і ворожістю ($r_s = -0,22$; $p = 0,039$); додатково сформувався прямий зв'язок між МоСА та якістю життя ($r_s = 0,32$; $p = 0,002$), а зв'язок агресивності з ворожістю послабився з $r_s = 0,60$ до $r_s = 0,31$ ($p = 0,007$). Водночас міжгрупова різниця у зміні загальної щільності кореляційної мережі не досягла статистичної значущості ($p = 0,273$), тому результати підтверджують якісну реорганізацію конфігурації зв'язків, але не доводять відмінності їх сумарної інтенсивності.

6. Розроблено, науково обґрунтовано, апробовано та впроваджено комплексну, поетапну, диференційовану лікувально-реабілітаційну програму для осіб з опіоїдною залежністю на ЗПТ. Програма включала три послідовні етапи: перший – психоосвіту, мотиваційне інтерв'ювання, соціальне інструктування і консультування та арттерапію; другий – індивідуальну психокорекцію і когнітивно-поведінкову терапію; третій – групову корекційну роботу, тренінги формування адаптивних копінг-стратегій, аутогенне тренування, сімейну терапію та наративну експозиційну терапію. Після проходження програми в основній групі GSI знизився з 0,77 [0,43; 1,13] до 0,44 [0,24; 0,85] ($p < 0,05$; $r \approx 0,55$), PST – із 46,0 [30,0; 61,0] до 33,0 [20,0; 52,5] ($p < 0,01$; $r \approx 0,48$), PSDI – із 1,4 [1,2; 1,8] до 1,3 [1,1; 1,5] ($p < 0,05$); статистично значуще зменшилися показники всіх дев'яти субшкал SCL-90-R. Одночасно знизилися фізична агресія (6,0 → 5,0), почуття провини (7,0 → 6,0) та індекс агресивності (19,0 → 18,0) (усі $p < 0,05$), покращилися три з чотирьох доменів якості життя, а розподіл рівнів когнітивного функціонування був сприятливішим в основній групі. Отже, комплексна програма була ефективнішою за ізольовану ЗПТ; ефект окремих компонентів не визначався.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою раннього виявлення ознак психічної дезадаптації у наркозалежних осіб, що приймають препарати замісної підтримувальної терапії рекомендується впровадження регулярного психодіагностичного моніторингу їхнього психічного стану, для чого доцільно застосовувати стандартизовані методики визначення тривожності, депресії, соматизації та загального психопатологічного дистресу.

2. Дослідження агресивності у пацієнтів на метадоновій терапії є важливим кроком для покращення якості лікування та соціальної інтеграції цих осіб. Препарати замісної підтримувальної терапії допомагають усунути зайві бажання та знизити абстинентний синдром, що може зменшити стрес та дратівливість, пов'язані з наркозалежністю. Проте, зменшення агресії може бути пов'язане із загальним поліпшенням якості життя та відносин пацієнта з оточуючими, що може досягатися шляхом психокорекції та психотерапевтичних втручань.

3. Монотерапія агоністами опіоїдів призводить до поглиблення депресії, тривоги, погіршення якості життя; посилення ворожості та підозрілості (можливо, через стабілізацію ЗПТАО). Лікування тривожних розладів у пацієнтів з опіоїдною залежністю вимагає індивідуального підходу та мультидисциплінарної команди спеціалістів.

4. Комплексний підхід до лікування пацієнтів з опіоїдною залежністю, що поєднує ЗПТАО із психокорекційними та психотерапевтичними втручаннями, є статистично значуще ефективнішим за монотерапію ЗПТАО щодо зниження психопатологічної симптоматики.

5. Психокорекційні та реабілітаційні заходи є обґрунтованими для наркозалежних зі зниженими когнітивними функціями, оскільки вони сприяють відновленню когнітивних здібностей, зниженню ризику рецидивів і ресоціалізації.

Найвищу ефективність демонструють психокорекційні заходи, КПТ, нейропсихологічна реабілітація, особливо при комбінованому застосуванні та тривалій абстиненції.

6. Запропоновану диференційовану систему корекції та профілактики психічної дезадаптації рекомендовано впроваджувати у клінічну практику психіатричних, наркологічних і сімейних служб охорони здоров'я. Отримані результати підтверджують доцільність застосування біопсихосоціальної моделі лікування опіоїдної залежності та обґрунтовують необхідність включення структурованих психотерапевтичних втручань як обов'язкового компонента програм замісної підтримувальної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Agarwal U, Singhal K, Tonk RK. Opioid Use Disorders: Prevention, Diagnosis, and Treatment Strategies to Mitigate Addiction Risks. Curr Drug Saf. 2025;20(4):450-62. doi:10.2174/0115748863357891250213094516
2. Taylor JL, Samet JH. Opioid Use Disorder. Ann Intern Med. 2022;175(1):ITC1-ITC16. doi:10.7326/aitc202201180
3. Cook JL. The opioid epidemic. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;85(Pt B):53-8. doi:10.1016/j.bpobgyn.2022.07.003
4. Ghanem N, Dromgoole D, Hussein A, Jermyn RT. Review of medication-assisted treatment for opioid use disorder. J Osteopath Med. 2022;122(7):367-74. doi:10.1515/jom-2021-0163
5. Yakovenko I, Mukaneza Y, Germé K, Belliveau J, Fraleigh R, Bach P, et al. Management of opioid use disorder: 2024 update to the national clinical practice guideline. CMAJ. 2024;196(38):E1280-E1290. doi:10.1503/cmaj.241173
6. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):3. doi:10.1038/s41572-019-0137-5
7. Brown KG, Capili B. CE: Opioid Use Disorder: Pathophysiology, Assessment, and Effective Interventions. Am J Nurs. 2020;120(6):38-46. doi:10.1097/01.naj.0000668736.80609.4e
8. Koob GF. Neurobiology of Opioid Addiction: Opponent Process, Hyperkatifeia, and Negative Reinforcement. Biol Psychiatry. 2020;87(1):44-53. doi:10.1016/j.biopsych.2019.05.023
9. Breder K, Yu V. Opioid use disorder, pain, and cognitive impairment in older adults who have experienced homelessness. Innov Aging. 2025;9(7):igaf075. doi:10.1093/geroni/igaf075

10. Winstanley EL, Mahoney JJ 3rd, Castillo F, Comer SD. Neurocognitive impairments and brain abnormalities resulting from opioid-related overdoses: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021;226:108838. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.108838.
11. Li JN, Liu XL, Li L. Prefrontal GABA and glutamate levels correlate with impulsivity and cognitive function of prescription opioid addicts: A 1 H-magnetic resonance spectroscopy study. Psychiatry Clin Neurosci. 2020;74(1):77-83. doi:10.1111/pcn.12940.
12. Akkuş M, Avşar PA. 2D:4D ratio, alexithymia, impulsivity, aggression, and ADHD in men with opioid and methamphetamine use disorders: A comparative analysis with healthy controls. Early Hum Dev. 2024;189:105946. doi:10.1016/j.earlhumdev.2024.105946.
13. Bhatia G, Ganesh R, Kulkarni A. Cognitive impairment in opioid use disorders: Is there a case for use of nootropics? Psychiatry Res. 2023;326:115335. doi:10.1016/j.psychres.2023.115335.
14. Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E, et al. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. Lancet Psychiatry. 2023;10(6):386-402. doi:10.1016/s2215-0366(23)00095-0.
15. Naji L, Rosic T, Dennis B, Worster A, Paul J, Thabane L, et al. Effectiveness of methadone versus buprenorphine in the treatment of opioid use disorder: secondary analyses of prospective cohort study data. BMJ Open. 2025;15(6):e095645. doi:10.1136/bmjopen-2024-095645.
16. Fipps DC, Oesterle TS, Kolla BP. Opioid Maintenance Therapy: A Review of Methadone, Buprenorphine, and Naltrexone Treatments for Opioid Use Disorder. Semin Neurol. 2024;44(4):441-51. doi:10.1055/s-0044-1787571.

17. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2017;357:j1550. doi:10.1136/bmj.j1550.
18. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020.
19. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(2):CD002207. doi:10.1002/14651858.cd002207.pub4.
20. Patton T, Boehnke JR, Goyal R, Manca A, Marienfeld C, Martin NK, et al. Analyzing quality of life among people with opioid use disorder from the National Institute on Drug Abuse Data Share initiative: implications for decision making. Qual Life Res. 2024;33(10):2783-96. doi:10.1007/s11136-024-03729-6.
21. Costa Macedo de Arruda T, Sinko L, Regier P, Tufanoglu A, Curtin A, Teitelman AM, et al. Exploring social impairment in those with opioid use disorder: linking impulsivity, childhood trauma, and the prefrontal cortex. BMC Psychiatry. 2025;25(1):197. doi:10.1186/s12888-025-06503-1.
22. Yazgeç E, Bora E, İngeç S, Çıray RO, Bağcı B, Alkın T. Social Cognition in Opioid Use Disorder. Subst Use Misuse. 2023;58(8):996-1003. doi:10.1080/10826084.2023.2201845.
23. Christie NC. The role of social isolation in opioid addiction. Soc Cogn Affect Neurosci. 2021;16(7):645-56. doi:10.1093/scan/nsab029.
24. Yang TC, Shoff C, Kim S, Shaw BA. County social isolation and opioid use disorder among older adults: A longitudinal analysis of Medicare data, 2013-2018. Soc Sci Med. 2022;301:114971. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114971.
25. Beitel M, Savant JD, Cutter CJ, Peters S, Belisle N, Barry DT. Psychopathology and pain correlates of dispositional optimism in methadone-maintained patients. Am J Addict. 2012;21 Suppl 1(0 1):S56-62. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.00293.x.

26. Schweitzer EM, Urmanche A, Kong J, Hafezi S, Zhao J, Cooperman NA, et al. The role of social connection in opioid use disorder treatment engagement. Psychol Addict Behav. 2024;38(2):222-30. doi:10.1037/adb0000934.
27. Steiro A, Hestevik CH, Muller AE. Patient's and healthcare provider's experiences with Opioid Maintenance Treatment (OMT): a qualitative evidence synthesis. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):333. doi:10.1186/s12913-024-10778-7.
28. Scheibe A, Shelly S, Gerardy T, von Homeyer Z, Schneider A, Padayachee K, et al. Six-month retention and changes in quality of life and substance use from a low-threshold methadone maintenance therapy programme in Durban, South Africa. Addict Sci Clin Pract. 2020;15(1):13. doi:10.1186/s13722-020-00186-7.
29. Skočibušić S, Zivlak-Radulović N, Hasanović M, Awad H, Karan-Križanac D, Mehić-Basara N, et al. Personality dysfunction in opiate addicts on opioid substitution treatment and the risk of HCV infection. Front Public Health. 2022;10:1009413. doi:10.3389/fpubh.2022.1009413.
30. Chiappini S, Mosca A, Semeraro F, Amerio A, Berardelli I, Cremaschi L, et al. Navigating the challenges of substance use and psychopathology in depression, bipolar disorder, and schizophrenia. Compr Psychiatry. 2025;142:152616. doi:10.1016/j.comppsych.2025.152616.
31. Liu C, Li Y. Psychosocial combined with methadone maintenance treatments versus methadone maintenance treatments alone for treatment of opioid use disorder: A meta-analysis. J Addict Dis. 2024;42(2):126-35. doi:10.1080/10550887.2022.2158664.
32. Rice D, Corace K, Wolfe D, Esmaeilisaraji L, Michaud A, Grima A, et al. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. PLoS One. 2020;15(12):e0244401. doi:10.1371/journal.pone.0244401.
33. Boness CL, Votaw VR, Schwebel FJ, Moniz-Lewis DIK, McHugh RK, Witkiewitz K. An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorder: A

Systematic Review and Application of the Society of Clinical Psychology Criteria for Empirically Supported Treatments. Clin Psychol (New York). 2023;30(2):129-42. doi:10.1037/cps0000131.

34. McHugh RK, Fitzmaurice GM, Votaw VR, Geyer RB, Ragnini K, Greenfield SF, et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and opioid use disorder: Development and pilot testing. J Subst Use Addict Treat. 2024;160:209296. doi:10.1016/j.josat.2024.209296.
35. Shahzadi M, Mahmood K. Cognitive behaviour therapy as an evidence-based intervention for opioid use disorder: A systematic review. J Pak Med Assoc. 2024;74(5):946-52. doi:10.47391/jpma.9940.
36. Tse N, Tse S, Wong PWC. Collective Motivational Interviewing for Individuals with Drug Use Problems: A Pre-Post-Follow-Up, Uncontrolled Pilot Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):16344. doi:10.3390/ijerph192316344.
37. Peacock BB, Shull CN, Hildebrandt CA, Bodner GB, Lindaman KJ, Gillette C. Opioid use disorder and motivational interviewing: Training physician assistants for the epidemic. J Opioid Manag. 2023;19(6):507-13. doi:10.5055/jom.0835.
38. Жданова ІВ, Бондаренко ЛО. Проблема мотиваційного консультування залежних осіб. Габітус. 2023;49:105-9. doi:10.32782/2663-5208.2023.49.18.
39. Zuccon M, Topino E, Musetti A, Gori A. Psychodynamic Therapies for the Treatment of Substance Addictions: A PRISMA Meta-Analysis. J Pers Med. 2023;13(10):1469. doi:10.3390/jpm13101469.
40. Gonon F, Keller PH. L’efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse: une revue systématique de la littérature scientifique récente [Efficacy of psychodynamic therapies: A systematic review of the recent literature]. Encephale. 2021;47(1):49-57. French. doi:10.1016/j.encep.2020.04.020.
41. Gottdiener WH. Supportive-Expressive Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Opioid Use Disorder. Psychodyn Psychiatry. 2021;49(3):388-403. doi:10.1521/pdps.2021.49.3.388.

42. Komal S, Nandha KP. Application of Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Opioid Dependence: Case Study. Int J Cur Res Rev. 2021;13(13):91-6. doi:10.31782/ijcrr.2021.131321.
43. Haktanır A, Callender KA. Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. Research on Education and Psychology (REP). 2020;4(Special Issue):74-87.
44. Gregory VL Jr, Ellis RJB. Cognitive-behavioral therapy and buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Drug Alcohol Abuse. 2020;46(5):520-30. doi:10.1080/00952990.2020.1780602.
45. LeBlanc T, Cromer P, Gilliam S, Johnson A, Garvin J. Outcomes of adding cognitive behavioral therapy to medication-assisted treatment for opioid use disorder. J Am Assoc Nurse Pract. 2024;36(1):57-64. doi:10.1097/jxx.0000000000000944.
46. Durpoix A, Rolling J, Coutelle R, Lalanne L. Psychotherapies in opioid use disorder: toward a step-care model. J Neural Transm (Vienna). 2024;131(5):437-52. doi:10.1007/s00702-023-02720-8.
47. Wild TC, Hammal F, Hancock M, Bartlett NT, Gladwin KK, Adams D, et al. Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. Drug Alcohol Depend. 2021;218:108434. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108434.
48. Чемерис НМ. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням ПАР в Україні. Львів. мед. часопис. 2018;25(3):58-64.
49. Яковець Н. Наркоманія – проблема сучасного суспільства. Безпека життєдіяльності. 2015;2:8-11.
50. Robert M, Jouanjus E, Khouri C, Fouilhé Sam-Laï N, Revol B. The opioid epidemic: A worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database. Addiction. 2023;118(4):771-5. doi:10.1111/add.16081.

51. Cowan E, Perrone J, Bernstein SL, Coupet E Jr, Fiellin DA, Hawk K, et al. National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network Meeting Report: Advancing Emergency Department Initiation of Buprenorphine for Opioid Use Disorder. Ann Emerg Med. 2023;82(3):326-35. doi:10.1016/j.annemergmed.2023.03.025.
52. Gust SW, McCormally J. National Institute on Drug Abuse International Program: improving opioid use disorder treatment through international research training. Curr Opin Psychiatry. 2018;31(4):287-93. doi:10.1097/YCO.0000000000000426.
53. Davoli M, Amato L, Clark N, Farrell M, Hickman M, Hill S, et al. The role of Cochrane reviews in informing international guidelines: a case study of using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system to develop World Health Organization guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Addiction. 2015;110(6):891-8. doi:10.1111/add.12788.
54. Aşut G, Alıcı YH, Ceran S, Danışman M, Şahiner ŞY. Affective neuroscience personality traits in opioid use disorder patients: The relationship with earlier onset of substance use, the severity of addiction, and motivational factors to quit opiate use. Brain Behav. 2024;14(9):e70050. doi:10.1002/brb3.70050.
55. Delić M, Kajdiž K, Pregelj P. Association of the Five-Factor Model personality traits and opioid addiction treatment outcome. Psychiatr Danub. 2017;29(Suppl 3):289-91.
56. Gizdic A, Antičević V, Brajević-Gizdić I. The role of attachment and personality traits in choosing opiate addiction replacement therapy. Sci Rep. 2024;14:14623. doi:10.1038/s41598-024-65695-w.
57. Juchem CM, Bendau A, Bandurski LC, Reich NJ, Baumgardt S, Asselmann E. Personality changes related to presence and treatment of substance use (disorders): a systematic review. Psychol Med. 2024;54(9):1905-29. doi:10.1017/S003329172400093X.

58. Rana DK, Malhotra A, Kumar K, Verma A, Basu D, Mattoo SK, et al. Personality in alcohol and opioid use disorder: a multiphasic personality questionnaire study. Ann Neurosci. 2024:09727531241274098. doi:10.1177/09727531241274098.
59. Сафонов ДМ. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР: для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія». – Запоріжжя, 2019. – 94 с.
60. Nevid JS, Gordon AJ, Miele AS, Keating LH. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions. J Ment Health Clin Psychol. 2020;4(2): 38-44. doi:10.29245/2578-2959/2020/2.1198.
61. Zhylin M, Mendelo V, Karpenko Y, Samara O, Kampi Yu. Mental and Behavioural Disorders as a Result of Using Alcohol and Psychoactive Substances. Revista de Cercetare si Interventie Sociala. 2023;81:117-28. doi:10.33788/rcis.81.7.
62. Мудрик АБ. Психологія залежної поведінки: навчальний посібник. – Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. – 236 с.
63. Вовк ОІ. З історії розвитку світової психіатрії. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016; 2(6):138-45.
64. Kuhn R. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. Hist Psychiatry. 2004;15(59 Pt 3):361-6. doi:10.1177/0957154x04044603.
65. Литвинчук Л.М. Основні підходи до вивчення проблеми наркотичної залежності / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К.: ДП Інформаційно-аналітичне агентство, 2016. – Т. V, вип. 16. – С. 109-117.
66. Литвинчук Л.М. Проблема анозогнозії наркологічних хворих як фактор виявлення закономірностей процесів їх реабілітації та ресоціалізації / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. – Т. XI, вип. 14. – С. 38-50.

67. Acharya AB, Sánchez-Manso JC. Anosognosia. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 30020733.
68. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J Am Psychoanal Assoc. 1974;22(4):820-43. doi:10.1177/000306517402200407.
69. Бойко ДІ. Залежність рівня алекситемії від компонентів психосоціальної адаптації у чоловіків, які зловживають психоактивними речовинами. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2021;3(75):47-52. doi:10.31718/2077-1096.21.3.47.
70. Parolin M, Miscioscia M, De Carli P, Cristofalo P, Gatta M, Simonelli A. Alexithymia in Young Adults With Substance Use Disorders: Critical Issues About Specificity and Treatment Predictivity. Front Psychol. 2018;9:645. doi:10.3389/fpsyg.2018.00645.
71. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. /А.О. Макаренко, Н.Л. Калайтан, Т.П. Старовойт. – Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2020. – 127 с.
72. Адиктологія: навч. посіб. для лікарів наркологів, психіатрів, заг. практики та лікарів-інтернів. – Вид. друге, переробл. і доп. / за ред. проф. Л.М. Юр'євої. – Дніпро, 2018. – 185 с.
73. Nestler EJ. The biology of addiction. Sci Signal. 2025;18(872):eadq0031. doi:10.1126/scisignal.adq0031.
74. Vidal C, Meshi D. Behavioral Addictive Disorders in Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(5):512-4. doi:10.1016/j.jaac.2022.07.819.
75. Аймедов КВ. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2004;2(6):65-73.
76. Друзь ОВ. Вплив демографічних, анамнестичних та антропометричних характеристик на афективний статус осіб, залежних від опіоїдів. Світ медицини та біології. 2012;4:14-8.

77. Watts BV, Gottlieb DJ, Riblet NB, Gui J, Shiner B. Association of Medication Treatment for Opioid Use Disorder With Suicide Mortality. Am J Psychiatry. 2022;179(4):298-304. doi:10.1176/appi.ajp.2021.21070700.
78. Berrettini W. A brief review of the genetics and pharmacogenetics of opioid use disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(3):229-36. doi:10.31887/dcns.2017.19.3/wberrettini.
79. Jensen KP. A Review of Genome-Wide Association Studies of Stimulant and Opioid Use Disorders. Mol Neuropsychiatry. 2016;2(1):37-45. doi:10.1159/000444755.
80. Ranadeva ND, Wijekumar PJ, Fernando CA, Jayamaha AR, Noordeen N, Chackrewarthy S, et al. Genetic and Epigenetic Approaches to Opioid Use Disorder. Expert Rev Mol Med. 2025;27:e35. doi:10.1017/erm.2025.10024.
81. Hillmer A, Chawar C, Lamri A, Hudson J, Kapczinski F, Minuzzi L, et al. Genetics of cannabis use in opioid use disorder: A genome-wide association and polygenic risk score study. PLoS One. 2023;18(7):e0289059. doi:10.1371/journal.pone.0289059.
82. Chawar C, Hillmer A, Sanger S, D'Elia A, Panesar B, Guan L, et al. A systematic review of GWAS identified SNPs associated with outcomes of medications for opioid use disorder. Addict Sci Clin Pract. 2021;16(1):70. doi:10.1186/s13722-021-00278-y.
83. Tesone-Coelho C, Morel LJ, Bhatt J, Estevez L, Naudon L, Giros B, et al. Vulnerability to opiate intake in maternally deprived rats: implication of MeCP2 and of histone acetylation. Addict Biol. 2015;20(1):120-31. doi:10.1111/adb.12084.
84. Bland ST, Hutchinson MR, Maier SF, Watkins LR, Johnson KW. The glial activation inhibitor AV411 reduces morphine-induced nucleus accumbens dopamine release. Brain Behav Immun. 2009;23(4):492-7. doi:10.1016/j.bbi.2009.01.014.
85. Schwarz JM, Hutchinson MR. Early-life experience decreases drug-induced reinstatement of morphine cpp in adulthood via microglial-specific epigenetic

programming of anti-inflammatory IL-10 expression. J Neurosci. 2011; 31(49):17835-47. doi:10.1523/jneurosci.3297-11.2011.

86. Cassiani-Miranda CA, Blanco-Palomino A, Arismendy-López YA. Etiopathogenesis of drug dependence: an explanatory synthesis from an epigenetic perspective. Medicina UPB. 2022;41(2):133-44. doi:10.18566/medupb.v41n2.a06.
87. Piazza PV, Deroche-Gamonet V. A multistep general theory of transition to addiction. Psychopharmacology (Berl). 2013;229(3):387-413. doi:10.1007/s00213-013-3224-4.
88. Anitescu M. The patient with substance use disorder. Curr Opin Anaesthesiol. 2019;32(3):427-37. doi:10.1097/aco.0000000000000738.
89. Villain J, Le Moal M, Koob GF. Neurobiology of addiction: focus on motivational systems and relapse prevention. Psychopharmacology (Berl). 2019;236(11):3301-18.
90. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1010-24. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007.
91. Al-Hasani R, Bruchas M. Molecular mechanisms of opioid receptor-dependent signaling and behavior. Anesthesiology. 2011;115(6):1363-81. doi:10.1097/aln.0b013e318238bba6.
92. Banks ML, Sprague JE. The dopamine 3 receptor as a candidate biomarker and therapeutic for opioid use disorder. Addict Biol. 2024;29(2):e13369. doi:10.1111/adb.13369.
93. Nandre RM, Newman AH, Terse PS. In vitro safety evaluation of dopamine D3R antagonist, R-VK4-116, as a potential medication for the treatment of opioid use disorder. PLoS One. 2024;19(12):e0315569. doi:10.1371/journal.pone.0315569.
94. Wilson-Poe AR, Morón JA. The dynamic interaction between pain and opioid misuse. Br J Pharmacol. 2018;175(14):2770-7. doi:10.1111/bph.13873.

95. Koob GF. Negative reinforcement in drug addiction: the darkness within. Curr Opin Neurobiol. 2013;23(4):559-63. doi:10.1016/j.conb.2013.03.011.
96. Kosten TR, George TP. The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. Sci Pract Perspect. 2002;1(1):13-20. doi:10.1151/spp021113.
97. Milivojevic V, Sinha R. Central and peripheral biomarkers of stress response for addiction risk and relapse vulnerability. Trends Mol Med 2018;24(2):173-86. doi:10.1016/j.molmed.2017.12.010.
98. Chrousos GP. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. N Engl J Med. 1995;332(20):1351-62. doi:10.1056/nejm199505183322008.
99. Kreek MJ, Koob GF. Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. Drug Alcohol Depend. 1998;51(1-2):23-47. doi:10.1016/s0376-8716(98)00064-7.
100. Saha S, Chattopadhyay S, Datta S, Singh NH. A comparative study of personality profile among patients with alcohol use disorder and opioid use disorder. Indian J Public Health Res Dev. 2022;13(3):107-13. doi:10.37506/ijphrd.v13i3.18179.
101. Turiano NA. Personality and the opioid epidemic. J Psychosom Res. 2019;123:109732. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109732.
102. Goetz TG, Becker JB, Mazure CM. Women, opioid use and addiction. FASEB J. 2021;35(2):e21303. doi:10.1096/fj.202002125r.
103. Duerksen J, Ramjiawan M, Witt J, Fitzpatrick-Wong S, Tappia P, Ramjiawan B, et al. The addictive process of opioids: current and novel interventions in opioid use disorder. Can J Physiol Pharmacol. 2025;103(4):111-22. doi:10.1139/cjpp-2024-0281.
104. Baker TB, Morse E, Sherman JE. The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. Nebr Symp Motiv. 1986;34:257-323.
105. Carroll Turpin MA, Starks SM, Grissom MO, Reed BC. Addiction Medicine: Opioid Use Disorder. FP Essent. 2024;546:29-36.

106. van Amsterdam J, Pierce M, van den Brink W. Predictors and motives of polydrug use in opioid users. A narrative review. Curr Opin Psychiatry. 2023;36(4):301-7. doi:10.1097/yco.0000000000000875.
107. De Weert GH, Markus W, Kissane DW, De Jong CAJ. Demoralization in Patients With Substance Use and Co-Occurring Psychiatric Disorders. J Dual Diagn. 2017;13(2):136-43. doi:10.1080/15504263.2017.1287457.
108. Rabinowitz JA, Ellis JD, Strickland JC, Hochheimer M, Zhou Y, Young AS, et al. Patterns of demoralization and anhedonia during early substance use disorder treatment and associations with treatment attrition. J Affect Disord. 2023;335:248-55. doi:10.1016/j.jad.2023.05.029.
109. Biancuzzi H, Dal Mas F, Brescia V, Campostrini S, Cascella M, Cuomo A, et al. Opioid Misuse: A Review of the Main Issues, Challenges, and Strategies. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11754. doi:10.3390/ijerph191811754.
110. Гуменюк ОЄ. Психологія «Я-концепції»: навчальний посібник. Тернопіль: Економічна думка, 2004. 310 с.
111. Лисенкова ІП, Кузнєцова ВВ. Психологічні особливості впливу самооцінки на наркотичну залежність. Габітус. 2023;54:131-5. doi:10.32782/2663-5208.2023.54.25.
112. Потоцька ІС, Лєсніченко НП. Особистісні зміни наркозалежної особистості / І.С. Потоцька, Н.П. Лєсніченко // Філософія в сучасному науковому та соціально-політичному дискурсах: матеріали доповідей та виступів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 16-17 листопада 2023 року. – Вінниця: ТВОРИ, 2024. – С. 140-143.
113. Гунько БА, Цирульник ДО. Сучасний погляд на психопатологію наркологічних захворювань. Biomedical and Biosocial Anthropology. 2015;25:209-17.
114. Кузнєцова ВВ. Самооцінка наркотично - залежних особистостей/ В.В. Кузнєцова // Могилянські читання – 2023: досвід та тенденції розвитку

суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти: матеріали XXVI Всеукраїнської науково-практичної конференції 6 – 10 листопада 2023 року. – Миколаїв. – С. 172-173.

115. Сінельніченко НС, Проскурня АС. Психологічні особливості співзалежної поведінки близьких осіб, які залежні від психоактивних речовин. Габітус. 2022;42:211-7. doi:10.32782/2663-5208.2022.42.36.
116. Brown RL, Batty E, Lofwall M, Kiviniemi M, Kizewski A. Opioid use-related stigma and health care decision-making. Psychol Addict Behav. 2023;37(2):222-7. doi:10.1037/adb0000830.
117. Garett R, Young SD. The Role of Misinformation and Stigma in Opioid Use Disorder Treatment Uptake. Subst Use Misuse. 2022;57(8):1332-6. doi:10.1080/10826084.2022.2079133.
118. Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. JAMA. 1965;193(8):646-50. doi:10.1001/jama.1965.03090080008002.
119. Dole VP, Nyswander M, Kreek MJ. Narcotic blockade. Arch Intern Med. 1966;118(4):304-9. doi:10.1001/archinte.1966.00290160004002.
120. Kreek MJ. Medical safety and side effects of methadone in tolerant individuals. JAMA. 1973;223(6):665-8. doi:10.1001/jama.1973.03220060039009.
121. Kreek MJ, Dodes L, Kane S, Knobler J, Martin R. Long-term methadone maintenance therapy: effects on liver function. Ann Intern Med. 1972;77(4):598-602. doi:10.7326/0003-4819-77-4-598.
122. Novick DM, Richman BL, Friedman JM, Friedman JE, Fried C, Wilson JP, et al. The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11-18 years. Drug Alcohol Depend. 1993;33(3):235-45. doi:10.1016/0376-8716(93)90110-C.
123. Kreek MJ, Vocci FJ. History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. J Subst Abuse Treat. 2002;23(2):93-105. doi:10.1016/s0740-5472(02)00259-3.

124. Institute of Medicine (US) Committee on Federal Regulation of Methadone Treatment. Federal Regulation of Methadone Treatment. Rettig RA, Yarmolinsky A, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1995. doi:10.17226/4899.
125. Koehl JL, Zimmerman DE, Bridgeman PJ. Medications for management of opioid use disorder. Am J Health Syst Pharm. 2019;76(15):1097-103. doi:10.1093/ajhp/zxz105.
126. Kreek MJ. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: history, recent molecular and neurochemical research and the future in mainstream medicine. Ann N Y Acad Sci. 2000;909:186-216. doi:10.1111/j.1749-6632.2000.tb06683.x.
127. Pearson FS, Prendergast ML, Podus D, Vazan P, Greenwell L, Hamilton Z. Meta-analyses of seven of the National Institute on Drug Abuse's principles of drug addiction treatment. J Subst Abuse Treat. 2012;43(1):1-11. doi:10.1016/j.jsat.2011.10.005.
128. Bjørnestad ED, Vederhus JK, Clausen T. Change in substance use among patients in opioid maintenance treatment: baseline to 1-year follow-up. Harm Reduct J. 2024;21(1):101. doi:10.1186/s12954-024-01005-x.
129. Nesvåg S, Bergqvist P, Dahlberg IE, McKay JR. Leaving the Norwegian opioid maintenance treatment program - patient experiences. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1464. doi:10.1186/s12913-024-11859-3.
130. Інтегроване лікування хворих на опіоїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги: навчально-методичний посібник / Дворяк С. В., Карагодіна О. Г., Морозова О. С., Пикало І. І., Думчев К. В. – К.: Друкарський двір Олега Федорова, 2016. – 76 с.
131. Hill K, Kuo I, Shenoi SV, Desruisseaux MS, Springer SA. Integrated care models: HIV and substance use. Curr HIV/AIDS Rep. 2023;20(5):286-95. doi:10.1007/s11904-023-00667-9.

132. Поліщук НЄ. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2013;6(2):36-9.
133. Salihu HM, Salinas A, Medina I, Krishnaswami J, Aliyu MH. Biopsychosocial determinants of opioid use disorder and implications for maternal and child health research: a scoping review. J Opioid Manag. 2019;15(1):77-91. doi:10.5055/jom.2019.0488.
134. Alvarez AS, Pagani M, Meucci P. The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. Am J Phys Med Rehabil. 2012;91(13 Suppl 1):S173-80. doi:10.1097/PHM.0b013e31823d54be.
135. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. Clin Rehabil. 2017; 31(8): 995-1004. doi:10.1177/0269215517709890.
136. Taylor JL, Johnson S, Cruz R, Gray JR, Schiff D, Bagley SM. Integrating Harm Reduction into Outpatient Opioid Use Disorder Treatment Settings: Harm Reduction in Outpatient Addiction Treatment. J Gen Intern Med. 2021;36(12):3810-9. doi:10.1007/s11606-021-06904-4.
137. Ashford RD, Brown AM, McDaniel J, Neasbitt J, Sobora C, Riley R, et al. Responding to the opioid and overdose crisis with innovative services: The recovery community center office-based opioid treatment (RCC-OBOT) model. Addict Behav. 2019;98:106031. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106031.
138. Hardesty PH, Wooldridge M, Thompson KJ. Utilizing Case Management to Address the Opioid Crisis in Central Kentucky. Prof Case Manag. 2022;27(5):256-9. doi:10.1097/ncm.0000000000000597.
139. Souza KS, Coutinho e Silva IF, Batista SHR, Almeida RJ. Social reintegration of drug-addicted individuals living in therapeutic communities. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2016;12(3):171-7. doi:10.11606/issn.1806-6976.v12i3p171-177.

140. Schäfer I, Chuey-Ferrer L, Hofmann A, Lieberman P, Mainusch G, Lotzin A. Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017;17(1):95. doi:10.1186/s12888-017-1255-9.
141. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD010204. doi:10.1002/14651858.cd010204.pub2.
142. Roberts NP, Lotzin A, Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. Eur J Psychotraumatol. 2022;13(1):2041831. doi:10.1080/20008198.2022.2041831.
143. López G, Orchowski LM, Reddy MK, Nargiso J, Johnson JE. A review of research-supported group treatments for drug use disorders. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2021;16(1):51. doi:10.1186/s13011-021-00371-0.
144. Welsh JW, Mataczynski MJ, Nguyen MD, McHugh RK. A Review of Behavioral Therapies in Adolescents with Opioid Use Disorder. Harv Rev Psychiatry. 2020;28(5):305-15. doi:10.1097/hrp.0000000000000272.
145. Wen H, Druss BG, Saloner B. Self-Help Groups And Medication Use In Opioid Addiction Treatment: A National Analysis. Health Aff (Millwood). 2020;39(5):740-6. doi:10.1377/hlthaff.2019.01021.
146. Shikalgar S, Weiner SG, Young GJ, Noor-E-Alam M. Self-help groups and opioid use disorder treatment: An investigation using a machine learning-assisted robust causal inference framework. Int J Med Inform. 2024;190:105530. doi:10.1016/j.ijmedinf.2024.105530.
147. Archer M, Harwood H, Stevelink S, Rafferty L, Greenberg N. Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. Addiction. 2020;115(6):1024-37. doi:10.1111/add.14901.

148. Dopp AR, Manuel JK, Breslau J, Lodge B, Hurley B, Kase C, et al. Value of family involvement in substance use disorder treatment: Aligning clinical and financing priorities. J Subst Abuse Treat. 2022;132:108652. doi:10.1016/j.jsat.2021.108652.
149. Hogue A, Becker SJ, Wenzel K, Henderson CE, Bobek M, Levy S, et al. Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: Research bedrocks and opportunities. J Subst Abuse Treat. 2021;129:108402. doi:10.1016/j.jsat.2021.108402.
150. Hochheimer M, Unick GJ. Systematic review and meta-analysis of retention in treatment using medications for opioid use disorder by medication, race/ethnicity, and gender in the United States. Addict Behav. 2022;124:107113. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107113.
151. Khatri UG, Lopez C, Yen YT, Ling EJ, Richardson LD, Ngai KM. Receipt of Buprenorphine and Naltrexone for Opioid Use Disorder by Race and Ethnicity and Insurance Type. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2518493. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.18493.
152. Opheim A, Gaulen Z, Solli KK, Latif ZE, Fadnes LT, Benth JŠ, et al. Risk of Relapse Among Opioid-Dependent Patients Treated With Extended-Release Naltrexone or Buprenorphine-Naloxone: A Randomized Clinical Trial. Am J Addict. 2021;30(5):453-60. doi:10.1111/ajad.13151.
153. Rudolph KE, Williams NT, Goodwin ATS, Shulman M, Fishman M, Díaz I, et al. Buprenorphine & methadone dosing strategies to reduce risk of relapse in the treatment of opioid use disorder. Drug Alcohol Depend. 2022;239:109609. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109609.
154. Sinclair DL, Chantry M, De Ruysscher C, Magerman J, Nicaise P, Vanderplasschen W. Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. Front Psychiatry. 2024;15:1352818. doi:10.3389/fpsyt.2024.1352818.

155. Галич ЯВ. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. Юридична психологія. 2022;1(30):64-73. doi:10.33270/03223001.64.
156. Hoeppner BB, Williamson AC, Nicoll C, Finley-Abboud D, Futter A, Joseph J, et al. The linkage between opioid treatment programs and recovery community centers: results of a survey of OTP directors. Front Public Health. 2025;13:1532374. doi:10.3389/fpubh.2025.1532374.
157. Center for Substance Abuse Treatment. Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2000. Report No.: (SMA) 12-4216. PMID: 22514844.
158. Свідовська ВА. Провідні моделі реабілітації наркозалежних осіб: зарубіжний досвід. Габітус. 2020;20:155-60. doi:10.32843/2663-5208.2020.20.28.
159. Magura S, Marshall T. The effectiveness of interventions intended to improve employment outcomes for persons with substance use disorder: an updated systematic review. Subst Use Misuse. 2020;55(13):2230-6. doi:10.1080/10826084.2020.1797810.
160. Lusk SL, Veale FR. Increasing successful vocational rehabilitation outcomes for individuals with substance use disorders. J Appl Rehabil Couns. 2018;49(1):4-10. doi:10.1891/0047-2220.49.1.4.
161. Saldanha S, Tavitian N, Lehman E, Carey L, Higgs P. Effectiveness of the Housing First model among substance users: a scoping review. Housing Care Support. 2024;27(2):90-105. doi:10.1108/hcs-09-2022-0024.
162. Cherner RA, Aubry T, Sylvestre J, Boyd R, Pettey D. Housing First for adults with problematic substance use. J Dual Diagn. 2017;13(3):219-29. doi:10.1080/15504263.2017.1319586.
163. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, Abry A, Bergman B, Hoeppner B, et al. Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder: A Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching. Front Psychol. 2019;10:1052. doi:10.3389/fpsyg.2019.01052.

164. Horn K, Flinn RE, Hagaman AM, Zajac K, Hoffman LA, Poulsen MN, et al. Systematizing peer recovery support services for substance use disorder: a taxonomy for measuring recovery milestones. Front Public Health. 2025;13:1529078. doi:10.3389/fpubh.2025.1529078.
165. Day E, Pechey LC, Roscoe S, Kelly JF. Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. Addiction. 2025;120(8):1497-520. doi:10.1111/add.16751.
166. Hoeppner BB, Simpson HV, Weerts C, Riggs MJ, Williamson AC, Finley-Abboud D, et al. A Nationwide Survey Study of Recovery Community Centers Supporting People in Recovery From Substance Use Disorder. J Addict Med. 2024;18(3):274-81. doi:10.1097/adm.0000000000001285.
167. Caballeria E, López-Pelayo H, Matrai S, Gual A. Telemedicine in the treatment of addictions. Curr Opin Psychiatry. 2022;35(4):227-36. doi:10.1097/yco.0000000000000795.
168. Szpak V, Velez A, Prostko S, Rosenblum N, Maurer R, Aguiar LJ, et al. Pilot testing a novel remotely delivered intensive outpatient program for hospitalized patients with opioid use disorder. Addict Sci Clin Pract. 2025;20(1):61. doi:10.1186/s13722-025-00589-4.
169. Lira MC, Jimes C, Coffey MJ. Retention in telehealth treatment for opioid use disorder among rural populations: a retrospective cohort study. Telemed J E Health. 2023;29(12):1890-6. doi:10.1089/tmj.2023.0044.
170. Rao IJ, Brandeau ML. Modeling health and economic outcomes of providing stable housing to homeless adults with OUD. JAMA Netw Open. 2025;8(6):e2517103. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.17103.
171. Ruth J, Wagner S, Aalsma MC, Adams ZW, Bell LA. Clinician Perspectives on Barriers and Facilitators to Providing Medications for Opioid Use Disorder for Adolescents. J Addict Med. 2025;19(6):693-700. doi:10.1097/adm.0000000000001486.

172. Harris RA, Campbell K, Calderbank T, Dooley P, Aspero H, Maginnis J, et al. Integrating peer support services into primary care-based OUD treatment: Lessons from the Penn integrated model. Healthc (Amst). 2022;10(3):100641. doi:10.1016/j.hjdsi.2022.100641.
173. Drazdowski TK, Coetzer-Liversage AP, Stein LAR, Tilson M, Watson DP, Hoffman LA, et al. Supporting linkage facilitators working with persons with opioid use disorder: challenges, advances, and future directions. Front Public Health. 2025;13:1587101. doi:10.3389/fpubh.2025.1587101.
174. Graves BD, Fendrich M. Community-based substance use treatment programs for reentering justice-involved adults: A scoping review. Drug Alcohol Depend Rep. 2024;10:100221. doi:10.1016/j.dadr.2024.100221.
175. Huang-Ku E, Muenkaew P, Chavarina KK, Tun YM, Win ZN, Isaranuwatchai W, et al. Telemedicine public reimbursement models for national and subnational jurisdictions: scoping review. J Med Internet Res. 2025;27:e75478. doi:10.2196/75478.
176. Mutschler C, Junaid S, Tellez C, Franco G, Gryspeerdt C, Bushe J. Community-based residential treatment for alcohol and substance use problems: A realist review. Health Soc Care Community. 2022;30(2):e287-e304. doi:10.1111/hsc.13511.
177. Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research; 1977.
178. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32(1):50-5. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
179. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56.
180. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):695-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

181. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. J Consult Psychol. 1957;21(4):343-9. doi:10.1037/h0046900.
182. Bowers D. Medical statistics from scratch: an introduction for health professionals. 4th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2020.
183. Ernst MD. Permutation methods: a basis for exact inference. Stat Sci. 2004;19(4):676-85. doi:10.1214/088342304000000396.
184. Efron B, Hastie T. Computer age statistical inference: algorithms, evidence, and data science. New York: Cambridge University Press; 2016. doi:10.1017/CBO9781316576533.
185. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. Am Stat. 2016;70(2):129-33. doi:10.1080/00031305.2016.1154108.
186. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a world beyond 'p < 0.05'. Am Stat. 2019;73(Suppl 1):1-19. doi:10.1080/00031305.2019.1583913.
187. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. Biochem Med (Zagreb). 2021;31(1):010502. doi:10.11613/BM.2021.010502.
188. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
189. Державна служба статистики України. Чисельність та склад населення [Інтернет]. Київ: Державна служба статистики України; [цитовано 2026 Вер 3]. Доступно: https://stat.gov.ua/uk/datasets/chyselnist-ta-sklad-naselennya.
190. Chamakalayil S, Stohler R, Moldovanyi A, Gerber M, Brand S, Dürsteler KM. Neurocognitive performance of patients undergoing intravenous versus oral opioid agonist treatment: a prospective multicenter study on three-month treatment effects. Front Psychiatry. 2024;15:1375895. doi:10.3389/fpsyt.2024.1375895.
191. Potik D, Peles E, Abramsohn Y, Adelson M, Schreiber S. The relationship between vulnerable attachment style, psychopathology, drug abuse, and retention in

treatment among methadone maintenance treatment patients. J Psychoactive Drugs. 2014;46(4):325-33. doi:10.1080/02791072.2014.944290.

192. Santo T Jr, Campbell G, Gisev N, Martino-Burke D, Wilson J, Colledge-Frisby S, et al. Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2022;238:109551. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109551.
193. Kim JJ, Nikoo M, Nikoo N, Javidanbardan S, Kazemi A, Choi F, et al. Quality of life of patients treated with opium tincture or methadone: a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend. 2023;249:110874. doi:10.1016/j.drugalcdep.2023.110874.
194. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2024 [Internet]. Vienna: United Nations; 2024 [cited 2026 Sep 3]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html.
195. Дембіцький С, Середа Ю. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дероґатиса (SCL-90-R): валідизація в Україні. Соціологія: теорія, методи, маркетинг [Інтернет]. 2015 [цитовано 2026 Вер 3];(4):40-71. Доступно: http://jnas.nbuv.gov.ua/article/UJRN-0000703559.
196. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Ukrainian version [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/ukrainian-whoqol-bref.
197. Maremmani AGI, Pacini M, Maremmani I. What we have learned from the methadone maintenance treatment of dual disorder heroin use disorder patients. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(3):447. doi:10.3390/ijerph16030447.
198. Santo T Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021;78(9):979-93. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0976.

199. Gong H, Zhang Y, Ren Q, Zhou Z, Zhou H, Sun X, et al. The Chinese version of obsessive compulsive drug use scale: validation in outpatient methadone maintenance treatment program. BMC Psychiatry. 2020;20(1):465. doi:10.1186/s12888-020-02843-2.
200. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. J Addict Med. 2016;10(2):93-103. doi:10.1097/ADM.0000000000000193.
201. Walker TJ, Mohankumar R, Kraus SW, Cotton BP, Renn BN. Mental and physical health characteristics of older and younger adults receiving medication for opioid use disorder. Front Public Health. 2024;12:1418690. doi:10.3389/fpubh.2024.1418690.
202. Kundal D, Raj R, Garg R, Koola MM, Zachariah AR, Paul SD, et al. Therapeutic efficacy of Rhemercise: a novel mindfulness technique in patients with opioid use disorder. Prim Care Companion CNS Disord. 2022;24(1):21m03064. doi:10.4088/PCC.21m03064.
203. Elkana O, Adelson M, Doniger GM, Sason A, Peles E. Cognitive function is largely intact in methadone maintenance treatment patients. World J Biol Psychiatry. 2019;20(3):219-29. doi:10.1080/15622975.2017.1342047.

ДОДАТКИ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Дніпровського державного
медичного університету
д.мед.н., професор
Олександр ГУДАР'ЯН
«___» _____ 2026 р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перебувають на замісній підтримуючій терапії агоністами опіоїдів».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9): В.В. Огоренко, Н.Р. Галицька-Пасічник.
3. Джерело інформації: Н. Р. Галицька-Пасічник, Порівняння ефективності комплексного підходу до терапії опіоїдної залежності з використанням психологічної корекції психотерапевтичних втручань та монотерапії агоністами опіоїдів. Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33. № 4. С. 40-44 https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-5
4. Де впроваджено: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ
5. Термін впровадження: 01.01.26-31.05.26
6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» спеціальності «Медицина», лікарів-інтернів спеціальності «Психіатрія» та циклу спеціалізації «Наркологія», щодо покращення розуміння ротуміння психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перебувають на замісній підтримуючій терапії агоністами опіоїдів.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:
Зав. кафедри психіатрії,
наркології і медичної психології,
д.мед.н., професор Вікторія ОГОРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Комунального некомерційного підприємства «Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 9» Дніпровської міської ради
Галина Одинцова

«02» квітня 2026р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Н.Р. Галицька-Пасічник.
3. Джерело інформації: Н. Р. Галицька-Пасічник. Порівняння ефективності комплексного підходу до терапії опіоїдної залежності з використанням психологічної корекції та психотерапевтичних втручань та монотерапії агоністами опіоїдів. Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, № 4. С. 40-44 https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-5
4. Де впроваджено: сайт ЗПТ Комунального некомерційного підприємства «Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 9» Дніпровської міської ради
5. Термін впровадження: 01.04.25 –01.04.26
6. Загальна кількість спостережень: 37
7. Ефективність впровадження: Впроваджена комплексна поетапна диференційована програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів сприяла покращенню психоемоційного стану пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів, покращенню якості життя пацієнтів та підвищенню якості надання медичної допомоги.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Лікар ЗП-СЛ,
відповідальний за роботу сайту ЗПТ Ніна Бородіна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
КНТ «ДБКЛПНД ДОР»
Світлана МОРОЗ



«02» квітня 2026р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Н.Р. Галицька-Пасічник.
3. Джерело інформації: Н. Р. Галицька-Пасічник. Порівняння ефективності комплексного підходу до терапії опіоїдної залежності з використанням психологічної корекції та психотерапевтичних втручань та монотерапії агоністами опіоїдів. Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, № 4. С. 40-44 https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-5
4. Де впроваджено: сайти ЗПТ КНТ «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР»
5. Термін впровадження: 01.04.25 –01.04.26
6. Загальна кількість спостережень: 315
7. Ефективність впровадження: Впроваджена комплексна поетапна диференційована програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів сприяла покращенню психоемоційного стану пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів, покращенню якості життя пацієнтів та підвищенню якості надання медичної допомоги.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор

з психіатрії залежностей,

лікар-нарколог Наталія ГАЛИЦЬКА-ПАСІЧНИК

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Заступник медичного директора з психоневрологічної та реабілітаційної допомоги ППО ВСП "Університетська лікарня" ДДМУ
Юлія НІКАНОРОВА
«06» 04 2026р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Н.Р. Галицька-Пасічник.
3. Джерело інформації: Н. Р. Галицька-Пасічник. Порівняння ефективності комплексного підходу до терапії опіоїдної залежності з використанням психологічної корекції та психотерапевтичних втручань та монотерапії агоністами опіоїдів. Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, № 4. С. 40-44 https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-5
4. Де впроваджено: ППО ВСП "Університетська лікарня" ДДМУ
5. Термін впровадження: 01.04.25 –01.04.26
6. Загальна кількість спостережень: 109
7. Ефективність впровадження: Впроваджена комплексна поетапна диференційована програма психокорекційних та лікувально-реабілітаційних заходів сприяла покращенню психоемоційного стану пацієнтів, які перебувають на замісній підтримувальній терапії агоністами опіоїдів, покращенню якості життя пацієнтів та підвищенню якості надання медичної допомоги.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Лікар психіатр-нарколог Юрій Солонський