

ЗВІТ

за результатами
соціологічного
дослідження

ШЛЯХИ виявлення,
скерування на
лікування та
реабілітацію
військовослужбовців із
досвідом вживання або
залежністю від пар:
від підрозділу до
громади

м. Київ
2025

ЗВІТ за результатами соціологічного дослідження:

шляхи виявлення, скерування на лікування та реабілітацію
військовослужбовців із досвідом вживання або залежністю
від пар: від підрозділу до громади

Дослідження проведене агенцією «Yasno Research & Consulting Group» на замовлення БФ "Здорові рішення для відкритого суспільства" за підтримки БО «Благодійний фонд «Харків з тобою»

Матеріал підготовлено за підтримки Міжнародного Фонду «Відродження». Матеріал представляє позицію авторів і не обов'язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження».

Зміст

РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	4
1.1. Мета та завдання дослідження.....	4
1.2. Дизайн дослідження.....	5
1.3. Етичні засади проведення дослідження та мовні зауваги.....	5
1.4. Глосарій.....	6
1.5. Список абревіатур.....	7
РОЗДІЛ 2. КЛЮЧОВІ РЕЗУЛЬТАТИ	8
2.1. Актуальний стан вживання ПАР серед військових та ветеранів/ветеранок.....	8
2.2. Виявлення фактів вживання та залежності від ПАР у військових: алгоритм дій та реальна практика.....	14
2.3. Надання медичної та психологічної/психіатричної допомоги військовим та ветеранам, які вживають ПАР: принципи та проблематика.....	16
2.4. Демобілізація та повернення у громаду ветеранів з досвідом вживання/залежністю від ПАР.....	27
РОЗДІЛ 3. ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	31
3.1. Ключові висновки.....	31
3.2. Рекомендації щодо побудови ефективної системи реагування та надання підтримки військовим та ветеранам/ветеранкам з досвідом вживання/залежністю від ПАР.....	32

Розділ 1.

Методологія

та дизайн дослідження

1.1. Мета дослідження

Картування наявних практик виявлення, медичної, психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) на різних етапах — від служби в підрозділі до демобілізації й повернення до громади. Виявлення прогалин, бар'єрів, неформальних рішень і потенціалу для інтеграції допомоги у військову та цивільну медичну системи.

Завдання дослідження:

- Картувати існуючі механізми виявлення вживання ПАР у військових підрозділах та медичних підрозділах, включно з інструментами спостереження, скринінгу, лабораторного тестування та дисциплінарних процедур.
- Описати типові дії щодо військових із залежністю від ПАР — на рівні командування, медичних рішень, адміністративних заходів, медичних маршрутів.
- Вивчити маршрути надання медичної та психіатричної допомоги в разі травми або шпиталізації військовослужбовців з наявною залежністю.
- Проаналізувати шляхи переходу військових із залежністю до цивільної системи охорони здоров'я після демобілізації, включно з можливістю отримання лікування за місцем проживання, доступом до МАТ, психосоціальною підтримкою, включення в програми ветеранів.
- Ідентифікувати прогалини та бар'єри, що унеможливають раннє виявлення, безпечне лікування або стали реабілітацію (відсутність маршрутів, стигма, ризик адміністративного тиску, криміналізація, недовіра до системи тощо).
- Сформулювати практичні рекомендації для МОУ, МОЗ, НСЗУ, громад і міжнародних партнерів щодо побудови інтегрованих маршрутів допомоги, розширення доступу до лікування, раннього втручання та реабілітації.

1.2. Дизайн дослідження

Цільова аудиторія:

- Медики ЗСУ (служать у військових медичних підрозділах, працюють у військових шпиталях/ ЦПМСД; у т.ч. військові лікарі медичної роти, лікар-хірург, лікар-анестезіолог, у т.ч. керівники, завідувачі відділеннями).
- Психіатри, наркологи, медики спеціалізованої медичної практики, державних та приватних медичних закладів (у т.ч. керівники, головні лікарі та завідувачі відділеннями).
- Представники громадських організацій та ветеранських спільнот. Частина експертів мають досвід командування військовими підрозділами тощо.
- Психологи, у т. ч. військові психологи
- Військовослужбовці з досвідом вживання ПАР (активні/ демобілізовані)

Методи дослідження:

Якісне дослідження — індивідуальні глибинні та експертні інтерв'ю

- Загальна кількість: 22 інтерв'ю (з них 20 інтерв'ю тривалістю 80-120 хвилин, 2 інтерв'ю тривалістю до 30 хвилин)

Термін реалізації дослідження

- Жовтень-листопад 2025 р.

Географія дослідження

- Харків, Київ, Дніпро
- Інші громади – за доступом до ветеранів/демобілізованих

1.3 Етичні засади проведення дослідження

Конфіденційність. Збір та аналіз емпіричних даних соціологічного дослідження базується на дотриманні етичних стандартів і захисті прав усіх учасниць та учасників дослідження на добровільність та конфіденційність. З цією метою всі залучені до дослідження інтерв'юери були поінформовані щодо вимог дотримання гарантій конфіденційності, згідно з якими вони зобов'язуються не розголошувати та не передавати іншим чином стороннім особам будь-які відомості про учасників та учасниць.

Добровільна участь. На початку інтерв'ю всіх учасників було поінформовано про мету та завдання дослідження, особливості перебігу, а також про гарантії конфіденційності для учасників та учасниць, принцип добровільності участі в дослідженні та право на відмову відповідати на питання та припинення інтерв'ю у будь-який момент. Усі експерти надали усну інформовану згоду на участь у дослідженні та на аудіозапис розмови.

Захист інформації. Уся інформація, отримана в ході дослідження, зберігалася на захищеному паролем сервісі, який був доступний тільки дослідницькій групі. Жодна інформація, що містила персональні дані про учасників та учасниць дослідження, не була використана у звітах.

Мовні зауваги. У звіті місцями використано терміни, які можуть бути сприйняті як стигматизуючі у сучасних підходах до охорони психічного здоров'я та залежностей. Їх засто-

сування обумовлене тим, що дослідження спирається на пряму мову інформантів — військовослужбовців, медичних працівників та експертів — і відтворює їхні висловлювання без зміни змісту. Це дає змогу зберегти контекст, точність передачі досвіду та відображення реального стану дискурсу в системі.

У випадках, коли назви організацій або груп містять самостигматизуючі терміни (наприклад, «Анонімні наркомани»), вони подаються в тому вигляді, в якому вживаються офіційно.

1.4 Глосарій

Психоактивні речовини (ПАР)

Речовини, які впливають на функціонування центральної нервової системи, змінюючи настрій, сприйняття, поведінку чи свідомість.

Розлад вживання психоактивних речовин (залежність)

Хронічний стан, що характеризується порушенням контролю над вживанням ПАР, фізіологічною та/або психологічною залежністю, а також негативними наслідками для здоров'я, соціальних функцій та безпеки.

Ремісія

Період утримання від вживання ПАР або значне зниження їх споживання з відсутністю симптомів залежності.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ / МАТ)

Метод лікування розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів, що включає використання препаратів контрольованої дії (наприклад, метадон, бупренорфін) під наглядом медичних працівників у поєднанні з психосоціальною підтримкою.

Детоксикація (детокс)

Медичний процес виведення психоактивних речовин з організму та стабілізації фізичного стану пацієнта під контролем медичних фахівців.

Реабілітація

Комплекс заходів (медичних, психологічних, соціальних), спрямованих на відновлення фізичного й психічного здоров'я, формування навичок утримання від ПАР та соціальну інтеграцію.

Скринінг

Коротка стандартизована оцінка стану (анкетування, швидкі тести), яка дозволяє виявити ймовірне вживання ПАР або ризику залежності.

Лабораторне тестування / тест-смужки

Метод виявлення наявності психоактивних речовин у біологічних зразках (сеча, кров).

Стабілізаційний пункт (стабпункт)

Підрозділ або відділення, де надається медична допомога військовим у гострих станах включно з отруєннями чи станами, пов'язаними з вживанням ПАР.

Маршрут пацієнта (медичний маршрут)

Послідовність кроків, закладів і рішень, через які проходить військовий або ветеран з моменту виявлення проблеми до отримання лікування та реабілітації.

Травма несправедливості

Психологічний стан, що виникає внаслідок переживання ситуацій, які суперечать базовим уявленням людини про справедливість, чесність і належне ставлення. Вона може

формуватися у відповідь на досвід несправедливого покарання, дискримінації, зловживання владою, зради довіри або випадків, коли порушники уникають відповідальності.

Поняття ґрунтується на теорії "віри в справедливий світ" (М. Лернер), яка описує природну потребу людини сприймати світ як передбачуваний і справедливий. Коли ця віра руйнується, у людини може виникати інтенсивний дистрес, почуття вразливості, гіркоти чи втрати контролю.

Психосоціальна підтримка

Сукупність психологічних, соціальних та консультаційних послуг, спрямованих на підтримання функціонування людини, що переживає кризу чи стрес.

«Бусифікація»

Неформальний термін, неологізм, що виник в українському інфопросторі під час загальної мобілізації у зв'язку з російським вторгненням та використовується на позначення ситуацій, коли представники ТЦК та правоохоронних органів насильно завантажують чоловіків призовного віку на вулиці в автобус та відвозять до центру комплектування.

1.5 Список абревіатур

ПАР — Психоактивні речовини

ЗПТ — Замісна підтримувальна терапія

МАТ — Медикаментозна асистована терапія (синонім до ЗПТ)

ЦПМСД — Центр первинної медико-санітарної допомоги

НДО/ГО — Недержавна/громадська організація

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я України

МОУ — Міністерство оборони України

НСЗУ — Національна служба здоров'я України

ГІ — Глибинне інтерв'ю (позначення респондентів у звіті)

ВЛК — Військово-лікарська комісія

ПТСР — Посттравматичний стресовий розлад

Розділ 2.

Ключові результати

2.1 Актуальний стан вживання ПАР серед військових та ветеранів/ветеранок

Переважає більшість експертів, незалежно від групи ЦА, зазначає доволі високе розповсюдження залежності від ПАР серед військовослужбовців та ветеранів/ветеранок. Кількісна оцінка актуального стану є неможливою з об'єктивних причин: командування ЗСУ або не визнає наявності проблеми як такої, або толерує політику нерозголошення інформації через неприйнятність/несумісність залежності з військовою службою та через стан війни, коли розповсюдження такої інформації сприймається як ще більш недоречне.

За оцінками експертів-психологів, досвід цієї війни в Україні не може бути «прирівняно» до досвіду жодної війни, яку до того переживав світ. Відповідно, й рівень залежності від ПАР серед військовослужбовців та ветеранів/ветеранок може суттєво відрізнятися від світової практики (наприклад, за результатами досліджень серед американських військовослужбовців, які мали досвід участі у бойових діях, залежність від ПАР мають близько 25%).

Значна частина учасників дослідження (особливо серед психологів/психіатрів, представників НДО) наголошує, **що отримання досвіду вживання ПАР військовими є практично «неминучим».** Факту залучення до вживання або повернення до вживання зі стану ремісії сприяє низка факторів, зокрема:

- **Травматичність досвіду, з яким стикаються військові в широкому сенсі** (зокрема, стрес, травма несправедливості, ізоляція від родини, стійкий біль при пораненнях, нефізіологічний режим сну/порушення сну) та **відсутність альтернатив його проживання/можливостей впоратися з ним самостійно.**
- **Бойові умови та потреба високої концентрації,** від якої залежить життя, **при відсутності альтернатив збереження високої концентрації.**

Якщо від здатності не спати та бути зібраним залежить життя — хто вибере не вживати стимулюючі речовини? Якщо загальновізнано, що депривація сну — це одні з найсильніших тортур, хто вибере не вживати речовини, які розслаблюють і сприяють сну? (Психолог, ПІ 20)

- **Актуальні практики лікування/відновлення після поранень** — призначення знеболюючих, опіатів, що викликають швидке звикання.

- Налагоджена «система забезпечення»: доступність ПАР у війську, медичних закладах, цивільному житті; неконтрольоване забезпечення знеболюючими засобами через волонтерів зі співчуття та «добрих намірів».
 - На рівні гіпотези, відсутність єдиних професійних підходів до психологічної допомоги військовим, зокрема, з важкими травмами, ампутаціями, може призводити до невтручання у випадку зловживання речовинами у медичних закладах (як цивільних, так і військових). Висновок ґрунтується на досвіді фахівців та інтерв'ю з медичним персоналом, які відзначають пасивне ставлення до таких ситуацій, якщо пацієнт не створює незручностей.

...хлопець, сидів на лавці, без рук. Одної руки нема по плече, іншу руку відірвало там по лікоть. І без ока одного. І поруч з ним на кріслі колісному сидів хлопець без ніг. І той, що без ніг, навалював водний тому, хто без рук. І, відповідно, коли я проходив там первинну військово-лікарську комісію, я сам психіатра запитав, кажу: «Така ситуація там, дивіться». І він каже: «Та ми знаємо, воно так є, і ми з цим нічого не зробимо, тому що, уяви: сидять хлопці, яким там місяць тому чи кілька місяців тому повідривало руки-ноги, повибивало очі, потрощило кістки, і ми їм зараз ще будемо забороняти? Ну вони ж зовсім каюкнуться. (Ветеран, ПІ 13)

- **Неконтрольована практика вирощування канабісу** у сільській місцевості (що забезпечує високу доступність, зокрема, для ветеранів).
- **Широко розповсюджені контузії**, які, незалежно від важкості, негативно впливають на патерни залежності через природу ураження механізмів винагороди, структур контролю імпульсів.

Додатковими факторами, що поглиблюють проблему, є:

- **Невизнання проблеми залежності від ПАР** як такої та **розповсюджені** з боку військового командування **хибний стереотип про залежність** як особисту слабкість, а не захворювання. Відповідне ставлення стимулює дискримінацію військових — зокрема, спектр дисциплінарних покарань аж до відправки на штурмові дії “в один кінець” — та зменшує вірогідність самостійного звернення військовослужбовців по допомогу.

...ще десь рік тому я почула на одному з таких експертних засідань таке, що у війську нема проблем з залежностями. У командування, чесно кажучи, інші завдання на сьогоднішній момент. ... На сьогодні - це просто геморої. Але розробляти якусь стратегію у війську, я думаю, що сьогодні просто не будуть цим займатися. (НДО, ПІ 12)

...если говорить об этом, как считают у нас, например, в части, как к этому относятся, то это слабость. А если ты слабый, то ты позоришь нацию, поэтому навряд ли тебя захотят, как бы так сказать, вылечить, разобраться в этом. Просто могут куда-то засунуть, наоборот, сделать тебе что-то, усложнить. Справишься — справишься, нет — нет так нет. Я не слышал, честно говоря, ни единого случая, чтобы направлялся человек к военному медику. Вот правда. (Військовослужбовець, ПІ 17)

- **Специфіка психологічної атмосфери, взаємовідносин у підрозділі**, що може як блокувати вживання, так й поглиблювати проблему.
 - Фактор командування: піклування /байдужість до підлеглих, рівень поінформованості про проблему вживання ПАР та ставлення до неї – все це визначає алгоритм дій командира при виявленні фактів вживання.

Частина командирів не просто «обирають» не бачити проблеми, але й певним чином стимулюють/підтримують вживання.

Ми тоді їздили підняти ХХХ бригаду на одну з їхніх позицій під ХХХХ. ...стоїть підполковник, і він нам показує, розказує... нас інструктує. І у нього прямо при вході в дзот стоїть теж оцей бульбулятор, він підходить, заварює і каже: «Якщо хтось хоче, підійдіть до мене, просто спитайте, я дам. Тому що я знаю, як воно, тут не заснеш, я минулі дві ночі не спав, я піду відпочивати. (Ветеран, ГІ 13)

- Специфіка стосунків у підрозділі. За оцінками експертів-психологів, представників НДО, емоційний зв'язок з побратимами в частині випадків міцніший за зв'язок з членами родини; колективне сприйняття, досвід або залучає до вживання (практика колективного вживання є доволі розповсюдженою), або навпаки стримує (наприклад, у високо мотивованих підрозділах, зокрема, в «Азові» або в тих, що мають досвід служби в АТО).
- Загальний емоційний фон побратимів. Очікувано, більш позитивний, «бойовий дух» оточення сприяє тому, що військовий легше сприйматиме та переживатиме певні події, тоді як пригнічений стан побратимів стимулює замикання в собі та пошук виходу, зокрема, через вживання ПАР.

Якщо в тебе компанія якихось угрюмих.... Воно на тебе давить, тисне, і навіть якщо у вас на позиції все добре, типу, нема ніякого обстрілу, тобі все одно гірше, ніж з файними хлопаками під обстрілом. І коли я залишався на самоті або просто не мав з ким провести час...то я з головою поринув і в споживання алкоголю, і в споживання канабісу таким чином, щоб просто взагалі не мислити тверезо в цей час. Бо це навіювало всякі негативні думки. (Військовослужбовець, ГІ4)

- **Наявність/відсутність якісного дозвілля**, що змістовно наповнює час між перебуваннями на позиціях.
- **Фактор інтернаціональних бригад**. За оцінками деяких військових та ветеранів, присутність у підрозділах військових з інших країн, культур потенційно здатна розширювати досвід вживання, пробу нових ПАР, споживання яких характерно для інших країн.
- **Актуальна політика мобілізації**.
 - **Обумовлює низьку мотивацію/зниження мотивації** навіть наймотивованіших бійців (через відсутність ротаций, абсолютну невизначеність щодо кінцевого строку служби, практику «бусифікації») та **призводить до пошуку засобів психологічно впоратися з цією ситуацією**.

...люди не знають кінцевого строку. У мене навіть мої побратими, які пішли добровольцями, кажуть: «В мене ж дружина звикла жити без мене. Відпустіть хоч на півроку, щоб я в хаті все полагодив». Люди відчують, що велика несправедливість. В Києві ресторани забиті, а хлопці не можуть додому потрапити. Немає кінцевого строку, немає демобілізації, немає розуміння, скільки це буде тривати. (НДО, ГІ 14)

- Формує залучення до збройних сил тих, хто від початку мав досвід вживання/ залежність від ПАР (зокрема, через практику підписання контрактів в обмін на амністію у місцях позбавлення волі).

Серед ПАР, вживання яких найбільш поширене серед військовослужбовців, зазначено:

- Опіоїди (наприклад, метадон, налбуфін);
- Антikonвульсанти (габапентин, прегабалін);
- Стимулятори (наприклад, «солі», амфетамін, альфа-PVP);
- Канабіноїди (канабіс);
- Седативні (наприклад, гідазепам).

...в мене дуже багато хлопців, яким призначають налбуфін лікарі-д***и, вибачте за висловлення. А потім ми привозимо хлопця цьому лікарю, який вже на бупренорфіні, наприклад, а лікар каже, що не буде допомагати, бо він наркоман. Хоча він сам йому виписав. Кількість хлопців, які приходять з проблемою налбуфіну, колосальна. (НДО, ГІ 14)

За оцінками учасників дослідження, практично незалежно від ЦА, **найбільш небезпечними є опіоїди** (зокрема, через швидке звикання, формування стійкої залежності та, поміж іншим, зниження ефективності різного роду лікарських засобів, потребу у підборі специфічних схем лікування) та **«солі»**, що стимулюють швидке руйнування особистості, самознищення (зокрема, через підвищення схильності до суїцидальної поведінки).

Відповідно до факторів, що стимулюють залучення до /підтримання вживання ПАР, **найбільш вразливими групами** визначено наступні:

- Люди, що **мали залежність до військової служби**, зокрема, спецконтингент батальйонів «Шквал» (підписали контракт з місць позбавлення волі); зазвичай мають тривалу залежність.
- Військовослужбовці, що **тривалий час перебувають у ситуації підвищеного стресу**, постійної загрози життю (не представники штабів).
 - Тривалий час знаходяться без ротації.

...умовно кажучи, якийсь майор чи полковник, який сидить у штабі, він навряд чи буде в групі ризику. А ось штурмовик або медик, якому доводилося займатися такими штуками, він намагається забути. Тому і починає більш активно, або в принципі починає вживати.
(Ветеран, ПІ 13)

- **Представники певних родів військ** через різні фактори, наприклад:
 - **Штурмовики, медики** – через постійний, тривалий стрес.
 - **Піхота** – як через стрес, так і через відсутність додаткових задач, роботи у проміжках між знаходженням на позиціях. Для порівняння, у фахівців, які працюють з дронами, між бойовими чергуваннями є робота за межами позицій (зокрема, перевірка, ремонт тощо).
- **Військовослужбовці після важких поранень, травм** (що отримували опіоїди, сильнодіючі знеболювальні під час лікування).
 - **Ті, які мають обмежену поінформованість/обізнаність про лікарські засоби**, що не дозволяє критично сприймати формування залежності від препаратів, які призначаються, та приймати їх неналежним чином за обсягом, терміном, комбінувати прийом несумісних тощо.
- **Військовослужбовці з коморбідними станами** (ПТСР, тривожні розлади тощо). Ці стани, зазвичай, ускладнюють перебіг наркозалежності. Наприклад, при ПТСР може виникати ілюзія полегшення стану при прийомі канабісу, але в реальності спричиняє отруєння нервової тканини, клітин головного мозку.
- **Примусово мобілізовані**. За оцінками ветеранів, представників НДО, у добровольчих підрозділах вживання ПАР скоріше не розповсюджено, засуджується, швидко присікається.
- **Військовослужбовці, ветерани, що мають обмежений соціальний ресурс** (близькі, друзі, хобі), який для них виконує функцію переключення, підтримки, надання сенсу життю тощо.
- **Ті, хто переживають складні особисті життєві ситуації** (складнощі у родині з неможливістю допомогти, розлучення, втрати близьких та друзів тощо).
- **Військовослужбовці, які пережили полон**, зокрема, через практику спільного знаходження колишніх полонених протягом 1 місяця під контролем фахівців (психологів, психіатрів) у закритому просторі після полону.

Три роки були в полоні, а потім повертаєтесь додому, і вас закривають в якесь приміщення на місяць і нікуди не випускають. Ви там під наглядом психологів, психіатрів, поки що до вас особливо не пускають. Ви там, умовно, з одного полону потрапляєте в інший. Алкоголізація, наркотизація відбувається саме за цим ... бо їх може одразу приїхати багато, проконтролювати неможливо, а потім ми маємо ще цю проблему. ...людина могла і не вживати, тому що вона в полоні була, але за місяць перебування в таких закладах вона може залізти в певні проблематичні ситуації. Не тому, що вона погана, не тому, що погані умови створені, а тому, що люди пережили певний досвід, з яким їм складно бути на самоті, і вони починають шукати засоби для того, щоб дати собі ради, полегшити якое свої страждання. (Психолог, ПІ 15)

Залучення до вживання

Відповідно до досвіду військових, ветеранів-учасників дослідження, залучення до вживання ПАР відбувається як у цивільному житті (до служби), так і безпосередньо під час служби.

Пробу/вживання у цивільному житті стимулюють:

- Цікавість, бажання нового/незвичного досвіду, змінення/покращення самоприйняття, наслідування прикладу оточення (зокрема студентського) та певних представників масової культури, що викликають захоплення (наприклад, представників реперської культури).

...це були клубні наркотики, екстазі, МДМА. Для того, щоб, як я сказав, це робить тебе на деякий час самим класним, самим красивим, самим сексуальним. І краски навколо також стають більш яскравішими. (Військовослужбовець, ПІ 17)

- Проблеми особистого життя, що переживаються трагічно.

Період служби може як посилювати/підтримувати вживання, так і, для частини військових, блокувати його (через відсутність доступності). Суттєвий вплив при цьому має обстановка у підрозділі (доступність, наявність побратимів, що також мають досвід вживання, тощо).

Пробу/вживання під час служби стимулює, переважно, травмуючий досвід, стрес від зіткнення з шокуючими обставинами), бажання забути та розділяти досвід з побратимами, не виглядати «білою вороною», до якої можуть ставитися з обережністю.

...по слухам, привіз з дому хтось із офіцерів. Це був у хлопців гашиш... Для того, щоб покурити гашиш, потрібна просто пляшка і цигарка. Нічого більше. І, відповідно, це був такий дуже дешевий, реально – це дешево і сердито, дуже простий спосіб убитися і полежати без зайвих думок, без якихось самокопань зайвих і просто адекватно виспатися. І, відповідно, оцей от гашиш, я не знаю, хто конкретно де дістав, але пару разів я його курих і напевно, що це мені допомогло взагалі там дахом не поїхати на війні. (Ветеран, ПІ 13)

2.2 Виявлення фактів вживання та залежності від ПАР у військових: алгоритм дій та реальна практика

Факт залежності у підрозділах **від початку є відомим/стає помітним для побратимів та/або командування**. Гіпотетично, наявність проблеми можуть звернути увагу військові медики або психологи (у випадках будь-якої взаємодії з військовим із залежністю).

Як правило, **очевидними стають суттєві зміни поведінки** (зокрема, підвищена збудженість, емоційні гойдалки, агресивність, підвищена критичність до всього) та, відповідно до речовини, певні зовнішні прояви (наприклад, характерний рух зіниць, стан шкіри).

Абсолютно до всього. До всіх проявів спілкування, приймання рішення. Тобто це від такого гострого критичного мислення до явної агресивної поведінки. Це саме такий яскравий момент, коли також погляд, зрачки, біготня зрачків. Тобто людина агресивна без всякої на те причини. Ну і сама поведінка. Тобто людина не знає, що їй робити, він агресує, не знає, що він хоче. Ну, якось так. (Військовий лікар, ПІ 1)

Лікарі (зокрема, військові медики) та психологи **скоріше передбачають**, ніж однозначно стверджують, **наявність певного алгоритму дій при виявленні факту вживання ПАР**. Він складається з наступних кроків:

- **Звернення побратимів до відповідального за роботу з особовим складом та/або медичної частини для перевірки («задувка», тест-смужки).**
 - При виявленні – **написання начмедом, відповідальним за роботу з особовим складом, рапорту командуванню** щодо потреби вирішення наступних дій:
- При важкому/непритомному стані залежного (через вживання). **Транспортування** у найближчий медичний заклад, стабпункт **для надання першої допомоги** – детоксикації, проведення скринінгових тестів (на підставі аналізу крові).
 - Підготовка виписного епікризу з діагнозом про отруєння певною речовиною (при виявленні конкретної; якщо скринінгові тести не визначили конкретну речовину – направлення крові до спеціалізованої лабораторії). Документ передається як у військову частину, так і до спеціалізованого медичного закладу (при прийнятті рішення про лікування).
- **Проведення службового розслідування.**

- **Прийняття рішення керівництвом** (колективне рішення: командир, начальник по роботі з особовим складом, психолог, начальник медичної частини, юрист) **щодо подальших дій:** наприклад, залишення у підрозділі/переведення в інший, дисциплінарне покарання, направлення на лікування до спеціалізованого лікувального закладу – наркологічної клініки (за згодою військового) тощо. На прийняття рішення можуть впливати лікарі медичного закладу, в якому надано першу допомогу (через роз'яснюючу бесіду).
 - При прийнятті рішення направлення на лікування – підготовка відповідних внутрішніх розпоряджень, наказів.
 - Направлення може здійснюватися до Центрів психічного здоров'я або шпиталів, через які може бути отримано направлення до Центру психічного здоров'я.

Деякі лікарі спеціалізованих закладів зазначають, що мають приклади комунікації з медчастинами напряду, коли начмеди з'ясовують/домовляються про можливість привезти військового до медичного закладу на лікування.

Лікарі, представники НГО, психологи **ставлять під сумнів наявність протоколів дій на етапі прийняття рішень командуванням та спрямовування до спеціалізованого закладу**, проте зауважують, що певні рекомендації розроблялись.

Проте **більшість експертів** (незалежно від ЦА) **наголошують на непрацюючому/хибно працюючому алгоритмі**, починаючи з етапу визнання факту вживання ПАР. **Ключовими проблемами/бар'єрами є дефіцит кадрів в армії та політика невизнання/замовчування вживання ПАР.**

Реальні дії при виявленні факту вживання ПАР **суттєво відрізняються від алгоритму, вартують залежно від підрозділу** (відповідно до загальної психологічної обстановки, рівня інформованості, ставлення до залежності, залучення у споживання побратимів та самих командирів) та фактичного стану військового.

На рівні тенденцій, **найбільш розповсюдженими типами реакції на виявлення факту споживання є:**

- При ефективності військового, виконанні ним функціональних обов'язків, відсутності руйнівної поведінки (що може загрожувати бійцю та побратимам) – **«заплющення очей»**. Тактика може мати різні прояви: відсутність уваги в цілому, розпорядження про термінове повернення у підрозділ одразу після детоксикації без отримання лікування.

У військовій частині є людина, яка ефективно виконує завдання, заходить, наприклад, у Макеєвку під виглядом шахтаря, і всі знають, що він вживає. Який командир його звільнить? Це як собі ногу відстрелити. (НДО, ПІ 14)

- Дисциплінарні покарання. Залежно від підрозділу, командира – від грошових штрафів, позбавлення премії, «ями» до відправки «на штурми», на позиції (зокрема, на тривалий час 30-45 днів – задля порушення «ланцюжку доступності» ПАР). Загалом, ефективність відповідних покарань оцінюється неоднозначно. Приклади:
 - Попри законність грошових штрафів, частина ветеранів, представників НДО зазначають, що справедливість їх вживання залежить від командирів. Частина останніх зловживає повноваженнями в застосуванні цього виду дисциплінарних порушень.

- Відправка на позиції на тривалий час має приклади негативних наслідків як для підрозділів, побратимів (загибель) через неадекватну поведінку «того, хто покараний», так і для самого військового (не виживають).

...все буде залежати виключно від командира тієї чи іншої частини. Наскільки це совісна особа, наскільки освічена, наскільки принципова. І як ставиться до виконання своїх умов. Кожен буде діяти по-різному. Інколи закривають на це очі, інколи застосовують просто заходи дисциплінарного характеру, від якихось покарань, які я, скажімо, міг би схвалювати навіть як лікар-нарколог, до, скажімо відверто, такої антилюдської поведінки, ... коли там, скажімо, відправляють...виконувати відповідні обов'язки, де знають, що особа має мало шансів повернутися живою. (Лікар, ГІ 3)

- Рідше, при обмеженій кількості випадків вживання, несформованій залежності: виховні бесіди з психологом, побратимами (якщо вони не байдужі та не залучені у споживання самі).

...у командування, типу, є інші заботи, ніж там побісити одного якогось наріка. Це, скоріш за все, зроблять якісь не дуже черстві побратими, людяні якісь і терплячі. (Військовий, ГІ 4)

2.3 Надання медичної та психологічної, психіатричної допомоги військовим та ветеранам/ветеранкам, які вживають ПАР: принципи та проблематика

2.3.1 Надання медичної допомоги у випадках, що пов'язані з залежністю від ПАР

Лікарі наркологічних центрів, відділень **стверджують наявність напрацьованих алгоритмів роботи з залежністю від ПАР** у спеціалізованих закладах (наркологічні центри, відділення, Центри психічного здоров'я). Етапами алгоритму є:

- **Діагностика:** проведення лабораторних досліджень (на наявність певних речовин у крові), діагностика стану внутрішніх органів (можуть мати місце характерні зміни, порушення роботи);
- **Збір анамнезу;**
- **Проведення психологічних тестів** (емоційно-вольова сфера, порушення мислення, пам'яті) задля уточнення діагнозу та виявлення етапу залежності;
- **Відстеження абстинентного стану** на 2,3,5 добу по спеціальних критеріях, фіксація синдрому відміни;
- **Проведення додаткових консультацій з психіатрами для проведення диференційованої діагностики** та розмежування супутніх психіатричних розладів (зокрема через поширену наявність коморбідних патологій, наприклад, ПТСР).

Загалом допомога залежним від ПАР включає детоксикацію, купірування абстинентних станів з подальшою психологічною реабілітацією в умовах стаціонару та, пізніше, амбулаторно.

Проте представники НДО, психологи **наголошують на низці проблем надання допомоги військовим та ветеранам/ветеранкам із залежністю від ПАР** як на системному, організаційному рівні, так і на рівні учасників процесу (лікарів, військових, ветеранів).

Загальний організаційний рівень

- **Відсутність працюючих маршрутів допомоги** військовим із залежністю від ПАР, **починаючи з відсутності пакетів послуг з проведення детоксикації** у державних медичних закладах.

За оцінками окремих представників НДО, отримати детоксикацію в державному закладі неможливо через відсутність відповідного пакету послуг НСЗУ. Інформація про порядок дій, коректне спрямування військового/ветерана в цьому випадку відсутня навіть на гарячих лініях Міноборони, МОЗ. Наразі отримання послуги буде утворюватися на особистих контактах.

...на сьогоднішній день в державі нема жодного маршруту пацієнта, нема закладів надання детоксикації. В Києві, щоб ви розуміли, якщо у вас там залежність від метадону, я все про військових і ветеранів кажу, щоб ви зрозуміли. Немає можливості пройти в державному закладі детоксикацію. От в мене буває там по 40 дзвінків на день ... Починаючи від налбуфіну, солей, метадону. Найважче якраз з наркотиками опійного ряду в форматі детоксикації, бо пакету послуг нема... І люди, щоб ви розуміли, хто би там не розказував, ЦГЗ, МОЗ, Міноборони, що в нас все є, нема в нас нічого. (НДО, ПІ 14)

- Деякі представники НДО свідчать про **обмежену ефективність актуальної системи лікування** наркозалежних для допомоги військовим/ветеранам, яка не враховує всього комплексу станів (важкі психологічні травми, коморбідні стани, важкі травми та ампутації).

...ці наші традиційні лікування наркозалежних, вони, мабуть, неефективні до сьогоднішніх реалій війни. Тобто те, що відбувається з людьми, мені здається, що вони не допоможуть в тому вигляді, як це є зараз. (НДО, ПІ 6)

- **Обмежена кількість/відсутність профільних закладів, які працюють з проблемою залежності комплексно**, особливо для пацієнтів, що мають коморбідні стани (ПТСР, нервові розлади тощо), важкі поранення та ампутації.
- **Обмежена кількість профільних фахівців** (мають відповідну спеціалізацію по роботі з залежностями): психологів, психіатрів.
 - Обмежена кількість фахівців, що працюють з коморбідними станами.
- Для військовослужбовців. **Недотримання належного терміну лікування**. В ідеалі, лікування для досягнення стійкої ремісії має тривати 4-6 місяців. Швидке повернення до підрозділів через актуальні умови дефіциту військових кадрів негативно впливає на результати лікування, не дозволяє досягти ремісії.

- **Відсутність державних програм реабілітації**, фактично, відсутність амбулаторного лікування, що є вкрай необхідним для досягнення ремісії/стійкої ремісії. Велика кількість приватних реабілітаційних центрів не вирішує проблему через високу вартість послуг та відсутність стандартизації, контролю їх практики.

Після стаціонарного лікування держава пропонує лише програму замісної терапії, що не є виходом, особливо коли залежний хоче позбутися залежності зовсім.

От людина приходить, і в мене такі випадки так само бувають, коли я направляю на замісну підтримувальну терапію.. Залежна особа каже, ну це все добре, а я хотів би взагалі відмовитись від вживання. Лікарю, як це можливо організувати? Ну а що, я руками розводжу. Кажу, що є приватні ребцентри, вони беруть тисяч по 10, по 15, спробуйте розшукати кошти і до них звернутися. (Лікар, ПІ 3)

РІВЕНЬ ЛІКАРІВ, МЕДПЕРСОНАЛУ

- На етапі стабілізації стану. **Складність взаємодії та надання допомоги** (неадекватність поведінки, прояви агресії).
- Для окремих представників персоналу стабпунктів:
 - **Потреба займатися залежними** («приводити до тями») замість порятунку бійців;
 - При агресивній, неадекватній поведінці залежного, що **наражає на небезпеку персонал стабпункту** через можливість мимоволі викрити локацію (наприклад, коли залежний збігає, виникає потреба його ловити для надання допомоги).

...они ж неадекватные. Пока мы их приведем до тямы, тогда непонятно что. Ну а так они, ну как, их пока успокоишь. Одного мы там ловили всем колхозом, пока его поймали. (Військовий лікар, ПІ 8)

- **Відсутність критичного сприйняття свого стану** військовослужбовцями та ветеранами/ветеранками: нерозуміння вживання як проблеми, небажання припиняти цей досвід. Враховуючи відсутність критичного ставлення до вживання, це потребує додаткової роз'яснювальної роботи лікарів, психологів, психіатрів тощо. З іншого боку, військовослужбовець, ветеран (-ка), особливо при систематичному вживанні, наражають на небезпеку себе та оточуючих, тож залишити їх без допомоги неможливо. При цьому лікування може проводитися тільки зі згоди пацієнта.
- Для військових лікарів медчастин. **Складність прийняття рішення** щодо потреби направлення на лікування або повернення у підрозділ після стабілізації стану. Спроби переконання командування в доцільності лікування не завжди виявляються ефективними.

РІВЕНЬ ВІЙСЬКОВИХ, ВЕТЕРАНІВ/ВЕТЕРАНОК З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР

- **Сила залежності як такої**

Если военнослужащий понимает свою проблему, и это не так редко бывает, слава Богу, пациент понимает свою проблему. И, конечно же, он, во-первых, тоже, ну, немало людей, они хотят получить помощь. Они понимают, что эта проблема есть, но зависимость — это, ну, опять-таки, великая вещь. Против нее, скажем так, я знаю, что такое зависимость. И никакая сила воли не заставит тебя отказаться, какой бы ты сильный бы ни был. Потому что здесь немножко другие, я как медик понимаю и знаю, что немножко другие процессы в организме отвечают за это все. И чем, скажем так, современной наркотик и все остальное, тем тяжелее от этого всего отказаться. (Військовий лікар, ПІ 1)

- За оцінками представників НДО. **Низька культура спілкування медперсоналу з військовими** (попри наявність обов'язкових програм), що демотивує отримувати допомогу.

Мені всі розказували, що всі медичні працівники в нас прийшли по ... якійсь програмі, як спілкуватися з військовими, з ветеранами. А реально хочеться лікаря викинути з вікна. Ви не розумієте, що буде. Ви просто навіть не можете уявити, коли хлопці, які вміють вбивати, приходять, неважливо, що він вживав, а лікар йому: «Ти взагалі не людина». (НДО, ПІ 14)

- **Психологічна складність повернення до бойових дій** після проходження більш-менш тривалого лікування (від 4-х місяців), що може знов стимулювати повернення до вживання.

...оскільки у нас після чотирьох місяців вони хочуть залишитися в більшості. От для них краще залишитись тут, ніж повертатись назад. Але ми повертаємо назад. Ми під час роботи пояснюємо їм, що ми тут не для того, щоб вони тут сховались від війни, а мали можливість відновитися і повернутися в тому стані, де вони зможуть про себе піклуватися, не наражати себе на ризики. (Психолог, ПІ 15)

2.3.2 Надання медичної допомоги у випадках, що НЕ пов'язані з залежністю від ПАР

При отриманні медичної допомоги, що не пов'язана з залежністю від ПАР, зокрема, у випадку травми, поранення тощо, допомога надається відповідно до основної проблеми, з якою військовий поступає у медичний заклад.

...поранення ноги, то йому будуть лікувати ногу. Ніхто на його посттравматичний синдром в лікувальному закладі дивитися не буде. Він там буде казати: «Я не сплю, я не їм, я ще щось». Це інша історія. Ми лікуємо тобі ногу. Якщо тобі треба лікувати голову, їдь в частину, бери направлення і приїжджай лікуйся там в психіатричній лікарні. Ми травматологи. Ну, тобто так от відбувається. (НДО, ПІ 6)

Если человек приезжает конкретно с проблемой употребления, он отправляется в центр специализированный. Если у человека есть, что эта проблема у него просто рядом, сопутствующая, мы лечим основную проблему медицинскую и даем рекомендации. С чем человека отправлять по факту лечиться? Да, он был. Гадость с него вышла, он адекватный, нормальный, все понимает. Ну, допустим, он не хочет сейчас ничего предпринимать. Ну, не хочет. Все. Как же мы можем? (Військо-вий лікар, ГІ 1)

За твердженнями значної частини лікарів, шпиталі не призначені для надання допомоги при залежностях (окрім першої медичної допомоги, яка доступна практично в будь-якому цивільному медичному закладі).

Спеціалізована допомога (стосовно залежності від ПАР) **може бути надана після завершення основного лікування** на підставі бажання самого військового, рекомендацій медзакладу та рішення ВЛК, медчастини та командування підрозділу. За оцінкою переважної частини лікарів, психологів, представників НГО, отримання комплексної допомоги (наркологів, психологів, психотерапевтів) можливе у Центрах психічного здоров'я.

Проте окремі лікарі свідчать про наявність відділень токсикології, психіатричних, неврологічних відділень у шпиталях; штатних психологів, психіатрів у цивільних та військових медичних закладах, які теж можуть надавати допомогу зі станами залежності.

Виявлення залежності від ПАР при зверненні у медзаклад з іншим запитом (травма, поранення, захворювання), за оцінками учасників дослідження, **не є задачею медперсоналу**. Проте **виявлення залежності** у відповідних випадках **можуть відбуватися відповідно до:**

- **Зміни поведінки** (неадекватна, агресивна, загублена, емоційні гойдалки, спроби самогубства тощо).

Ти приїжджаєш до нього в лікарню... І лікарі кажуть, що от, ваш хлопчик ось так себе поведив, бігав із тапочками по коридору, в трусах и кричав: «Я вас зараз гарматою всіх підірву», і таке інше. Постійно наголошую на тому, що «хлопці, не потрібно цього робити, що ви будете виписані за порушення режиму, що після цього ваше лікування закінчиться. Вас буде оштрафовано на додаткову грошову винагороду. Буде відкрита адміністративна відповідальність». Тобто наголошуєш на тому, які наслідки їх чекають після цього. Ну, але це не стримує нікого. (НДО, ГІ 6)

- Результатів огляду (візуальних ознак вживання: випадіння зубів, пошкодження шкіри, характерних змін внутрішніх органів), збору анамнезу (якщо можливо), результатів аналізів (кров), які проводяться з метою постановки діагнозу, заключення по стану проблеми, з якої поступив військовий (але не мають на меті скринінгу щодо залежності). Виявлення на цьому етапі може й не відбутися (якщо останній досвід споживання мав місце деякий час тому, присутність речовин не фіксується у крові).

Попри твердження окремих лікарів про неможливість продовження споживання ПАР у медичних закладах (як військових, так й цивільних) через відсутність доступу, представники НДО, самі військові, ветерани свідчать про протилежне.

...у мене є знайомий кримінальний елемент, скажімо так, в простонародді барига, який регулярно туди возить. І він каже, що я просто приїжджаю на КПП, передаю комусь з охоронців, охоронці передають далі, по пацієнтам. Тому ситуація така. (Ветеран, ПІ 13)

За оцінками військових та ветеранів, представників НДО, медперсонал, переважно, толерує вживання, якщо він не заважає лікуванню/не загрожує персоналу та іншим пацієнтам. Таке ставлення може пояснюватися як загальним завантаженням медперсоналу, так і недоречністю скарг на військового, донесення до командування на тлі загального стану військового.

...в людей, ще з тобою панькатися або комусь доносити, займатися зайвою роботою, яка абсолютно не потрібна, щоб тобі зробили «ай-яй-яй» або ще гірше – догану вписали. Ну, а ти все-таки в розумінні людина, до тебе приїхав якийсь трьохсотий чувак, військовий. Ти в нього шишку знайшов в крові. І ти йому ще... Він 300, він і так сумний. Ти йому ще і сувору догану оформиш. Ну, таке собі. Погодьтеся, негарно вийде. (Військовий, ПІ 4)

Однак **при поведінці, що несумісна з находженням у закладі**, неможливості впоратися медперсоналу власними силами (зокрема через заспокоєння медикаментами) **можливі виклики ВСП** (з подальшою суворою доганою, грошовим та дисциплінарним покараннями, адміністративною відповідальністю).

При виявленні залежності від ПАР під час лікування медичний заклад має зазначити цей факт у виписці.

Як правило, **при наданні медичної допомоги** (що не пов'язана з залежністю) військовим/ветеранам з залежністю від ПАР лікарі стикаються з наступними проблемами:

- **Потреба у більшій увазі** до стану, поведінки через можливість дій, що зашкодять самому військовому або персоналу.
- **Негативний вплив вживання на лікування** (складність підбору препаратів, схем лікування через вплив ПАР на ефективність лікарських засобів – наприклад, формування резистентності до певних знеболюючих або наркозних препаратів, що потребує іншої схеми для запровадження анестезії або більшої дози під контролем життєвих показників).
- Для частини (зокрема, лікарів шпиталів). **Відсутність розуміння та загального алгоритму дій** поводження з військовими, ветеранами при виявленні залежності від ПАР як супутньої проблеми.

Ми нещодавно проводили навчання, теж по одному проєкту, до нас приїздили фахівці з одного з військових шпиталів... Але вони приїхали саме з цим запитом до нас... вони кажуть, що потрапляють до них ветерани ампутовані... І з групи, наприклад, 15-20 людей, які знаходяться на фізичній реабілітації, 5 чи 6 можуть мати проблеми з вживанням. І їм не вистачає певних знань, розуміння, того, як вести себе з ними. Бо виписати такого ветерана зі шпиталю вони не мають права за порушення режиму. А коли він перебуває в тому шпиталі, то він впливає на весь той процес. (Психолог, ПІ 15)

Беручи до уваги переважне толерування медперсоналом вживання ПАР військовими та ветеранами, на рівні отримання медичних послуг, що не пов'язані з залежністю, додаткових специфічних проблем для військових, ветеранів/ветеранок не виявлено. Проте, вони можуть виникати на рівні політики медичного закладу – наприклад, стати бар'єром для отримання певних медичних послуг (до прикладу, відповідно до досвіду одного з представників НДО неможливо отримати протезування через залежність у деяких центрах).

...пропіарений, чудовий центр ХХХ, який займається протезуванням ...Яким шляхом вони пішли? ...на етапі діагностики, якщо пацієнт хоче потрапити на безкоштовну програму з протезування, він проходить оцінку. Його дивляться профільні лікарі, пов'язані з реабілітацією, а також обов'язково тестування на виявлення психоактивних речовин в сечі. ...ти записуєшся в чергу, ніякого блату, ти строго по номерам йдеш, приїжджаєш в лікарню, тебе тестують, знаходять в сечі наркотики, що далі робить ХХХ? Він каже: "Друже, там за тобою така черга, до побачення». Тобто вони на старті для себе зробили такий фільтр. (Психолог, ПІ 15)

2.3.3 Надання психологічної, психіатричної підтримки військовослужбовцям та ветеранам з залежністю від ПАР

У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Доступність психологічної/психіатричної підтримки суттєво **різниться** залежно від медичного закладу та тривалості знаходження в них військових, наприклад:

- **У стабпунктах**, медичних закладах, де військові/ветерани отримують першу допомогу (детоксикація), відповідна допомога відсутня через її недоцільність на такому етапі.
- **У наркологічних лікарнях** допомога надається залежно від тривалості знаходження там. Відповідно до найбільш розповсюдженої практики, при знаходженні в медзакладі протягом 10-14 днів вона надається лише частково: в стані абстиненції відповідна допомога недоцільна, а після – вказаного терміну недостатньо для надання психологічної, психіатричної допомоги.
- **У шпиталях, цивільних медичних закладах** наявні штатні психологи, які можуть проводити роботу з пацієнтами, але за оцінками експертів (практично, незалежно від ЦА) їх кількість та відповідність підготовки до завдань, з якими вони працюють, обмежені.

Частина роботи по наданню психологічної підтримки військовим та ветеранам у шпиталях, військових та цивільних медичних закладах реалізується в якості психологічного супроводу від благодійних фондів відповідно до Постанови Кабінету Міністрів №1050 (зокрема, у Харкові – благодійним фондом «Харків з тобою», волонтерською групою Help Army).

У ПІДРОЗДІЛАХ

У підрозділах психологічна допомога потенційно доступна через медичну частину або офіцера-психолога. Проте якість підготовки цих фахівців, за оцінками військових та ветеранів, доволі низька, а частина офіцерів-психологів взагалі не має психологічної освіти. Окрім цього, за оцінками деяких представників НДО, військові психологи мають інші завдання – мотивування до виконання бойових завдань. До функції надання психологічної допомоги можуть бути дотичні капелани, але таких дуже небагато.

Возможность обратиться к военным психологам есть. Да, в каждой части есть люди, которые отвечают за моральное состояние, но это лишь для галочки, потому что такой человек в каждой части, в каждом подразделении должен быть. Маловероятно, что проводится какая-то работа и что, обратясь к нему, в основном это просто какой-то командир, один из командиров, на которого возложено, потому что это на кого-то должно быть возложено, такая вот функция. Никакого отношения эти люди, на мой взгляд, не имеют именно к помощи, именно к поддержке, тем более психологической. (Військовий, ГІ 17)

ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

За оцінками експертів – учасників інтерв'ю, спектр можливостей для психологічної, психіатричної підтримки **ветеранів** значно ширший. **Наданням допомоги ветеранам** займається велика кількість громадських організацій, благодійних фондів, ветеранських організацій. Психологічна, психіатрична допомога доступна в рамках проходження реабілітації у відповідних центрах, шпиталях, державних та приватних медзакладах; групах взаємодопомоги («Анонімні наркомани», «Військові анонімні наркомани»); певна відповідна підтримка доступна й у «будинках милосердя» при церквах різних конфесій.

Міністерство ветеранів працює над розширенням цих можливостей (зокрема, наразі у роботі проєкт Постанови, яка надасть можливість змінити соцпакет для ветеранів, зокрема, щодо проходження реабілітації за рахунок бюджетних коштів.

2.3.4 Самостійне звернення по допомогу військовослужбовцями та ветеранами/ ветеранками при залежності від ПАР: стимули та бар'єри

Експерти, практично незалежно від ЦА, зазначають дуже низький рівень звернень за допомогою при залежності від ПАР як серед військових, так і серед ветеранів. Частина зазначає неможливість кількісних оцінок за відсутності будь-яких статистичних даних стосовно ситуації. Орієнтовні оцінки, що надані експертами – учасниками дослідження, дуже різняться залежно від індивідуального сприйняття (не належності до певної ЦА).

...мені ж треба було би знати кількість військовослужбовців, ця інформація у нас засекречена. Тому мені, повірте, дуже складно дати відповідь на це питання. Я сказав би так, що по допомогу, ну, мабуть, все ж таки звертається лише кожен со- тий, не більше. (Лікар, ПІ 3)

В цілому, за оцінками, **звернення по допомогу становить:**

- **Серед військових** – 1-30%.

Деякі психологи зауважують, що:

- серед тих, хто долучився до вживання в період служби, зокрема, серед більш дорослої аудиторії, відсоток звернень може бути більшим (до 50%) через критичне сприйняття проблеми;
- серед тих, хто мав досвід споживання до служби, продовжував вживати або «зірвав- ся», відсоток, навпаки, менший і не завжди пов'язаний з бажанням позбавлення за- лежності (можливо, є бажання просто вживати менше).

Окремі представники НДО стверджують, що ситуації самостійного звернення військових із залежністю по допомогу взагалі неможливі (принаймні, такі випадки їм невідомі).

- **Серед ветеранів** – 10-20%. За оцінками деяких лікарів, ветерани є більш схильними до вживання – зокрема, через більшу схильність до розвитку ПТСР при відсутності активного залучення до роботи, цікавого та корисного дозвілля, через зменшення/ послаблення соціальних зв'язків з оточенням, родиною тощо.

Ветерани, вони є якби більша група ризику, з якими треба проводити такі профі- лактичні заходи...сама система, більше народу слідкує за особовим складом, який допоможе, який вислухає. Бо коли боєць у підрозділі, то за нього хтось несе відпо- відальність. А коли людина вже не в підрозділі, коли вона вже просто, як то кажуть, цивільна, то вже за неї немає відповідальності, тільки родина. Тому підвищений ризик. (Військовий лікар, ПІ 11)

І для військових, і для ветеранів **характерна наявність бар'єрів для самостійного звер- нення** по допомогу при залежності від ПАР.

ДЛЯ ВСІХ

- Обмежена критичність сприйняття власного стану, нерозуміння потреби у допомозі.

Ви знаєте, сама велика проблема – це небажання усвідомити, що саме він є за- лежним. І це небажання, воно, на жаль, витікає з самого діагнозу залежності. Тобто людина, яка, як, знаєте, кажуть самі залежні, що кажуть: «Те, що я залежний, я ос- танній про це дізнався». (НДО, ПІ 12)

- Для окремих залежних. Впевненість у можливості самостійно впоратися з проблемою завдяки силі волі.

В принципі, я якось не вважав оцю психологічну допомогу типу І, в моєму розумінні, це було, типу, фігася, ти ж мужик, ти не маєш силу волі, щоб сам кинути це, ну ти лох, виходить. (Військовослужбовець, ПІ 4)

- Сприйняття недоцільності відмови від вживання ПАР через, з одного боку, стрес, травмуючий досвід, з яким важко впоратися, біль, тяжкі порушення сну тощо; з іншого – через відсутність альтернативи, яка б ефективно вирішувала ці проблеми, допомагала при зазначених станах.
- Особливості сприйняття залежності, що склалися ще у радянські часи:
 - Залежність як слабкість, яку важко визнати для себе, перед оточуючими.

Понимаете, это наш менталитет такой конченный, советский. Когда, блин, раньше, ну, если ты от чего-то зависишь, если ты бухаешь, скажем так, ну, мне кажется, в те времена больше было все-таки проблем с алкоголем. Да куда, нельзя же никому ни о чем говорить, куда. Лечиться куда-то идти, да кто ж тебя уважать будет потом. И все, и нас так и воспитывали, и мы то, что нужно, мы лечим пневмонию и гастрит в больнице, а башку свою мы стесняемся лечить. (Військовий лікар, ПІ 1)

- Стигматизація психологічних та психіатричних послуг. Відсутність культури звернення до психологів та недовіра до них.
- Недовіра до лікарів через власний негативний досвід або досвід близького оточення незалежно від спеціальності лікаря (сприйняття може бути перенесено на «лікарів в цілому»); побоювання недостатньої кваліфікації лікаря.
- Обмежена кількість фахівців (які здатні ефективно працювати з залежністю, враховуючи коморбідні стани, наслідки важких травм, ампутацій, що впливають на характер, силу, особливості залежності).
- Настороги щодо медикаментозного лікування (побоювання втрати/зміни особистості, втрати контролю, синдрому відміни).

Я дуже насторожено ставлюсь до медикаментозного вирішення цього питання. Я би в першу чергу звертався до психіатра як до людини з медичною освітою. Якби мені психіатр одразу прописав медикаментозне лікування, я б, напевно, його не практикував через те, що я вживаю одну фігню, яка мені змінює свідомість, і, щоб з неї злізти, я буду вживати іншу фігню, яка буде змінювати мені свідомість. Якось це недоцільно, я все-таки собою хочу бути. (Військовослужбовець, ПІ 4)

- Недостатня поінформованість про джерела допомоги: куди, до кого звертатися; про маршрути отримання допомоги.

ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ

- Очікування **грошових та дисциплінарних покарань**.
- **Побоювання психологічного тиску, зневаги, цькування** з боку командування та/або побратимів; в елітних підрозділах – страх втратити репутацію серед колег.
- **Розуміння неможливості** ситуації одночасного отримання психологічної, психіатричної допомоги та служби.
- **Страх втратити контроль, «розхитати емоційний стан», що є природним при психологічному пропрацюванні**.
- **Дефіцит кадрів в армії** – неможливість відпускати особистий склад на тривале лікування.
- **Особливості сприйняття залежності командуванням** – невизнання, сприйняття як особистої проблеми військового тощо.
- **Відсутність сприйняття залежності як стану, вартого лікування, ВЛК**.

Я думаю, що ВЛК, якщо ти там не почнеш, ВЛК не сприйме психологічну проблему серйозно. В нас тут люди з грижами бігають. (Військовослужбовець, ГІ 4)

ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

- **Сором через невідповідність соціальній ролі:** наявність бойового досвіду, проте «не герой, а залежний».
- **Фінансові обмеження:** відсутність державних програм якісної медичної, психологічної, фізичної реабілітації.

Стимулами самостійного звернення по допомогу при залежності від ПАР є:

ДЛЯ ВСІХ

- **Самостійне усвідомлення** досягнення «дна», потреба у допомозі, бажання повернутися до повноцінного життя.
- **Втома від вживання**.
- **Серйозні, декомпенсовані порушення фізичного стану** (наприклад, серцево-судинні захворювання, захворювання периферійної нервової системи, ШКТ тощо) та психологічного стану.
- **Соціальні конфлікти** (з оточенням, рідними, командуванням), зокрема, через неконтрольовану поведінку на тлі вживання ПАР.
- **Несумісність стану** з високою посадою, робочим функціоналом.
- **Вплив оточення** (небайдужі побратими, друзі, родина).

ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

- **Вплив /допомога ветеранських організацій, громадських організацій, фондів, що опікуються ветеранами.**

2.3.5 Канали інформації про джерела допомоги для військовослужбовців та ветеранів/ветеранок із залежністю від ПАР

Попри наявність спектру каналів інформації про допомогу, оцінка їх достатності, доступності, ефективності неоднозначна. Частина експертів, незалежно від ЦА, звертає увагу на недостатність поінформованості військовослужбовців та ветеранів про надавачів відповідних послуг (інформація не досягає адресата), а решта наголошує на доступності всієї необхідної інформації, питання – тільки в бажанні військових та ветеранів її отримувати.

На рівні тенденцій, спектр інформаційних каналів для ветеранів є дещо більшим, ніж для військових.

Актуальні канали інформування про отримання допомоги при залежності від ПАР:

- **Інтернет** (інформація про програми лікування/реабілітації у відкритому доступі; со-цмережі)
- **Офіційні сайти відповідних закладів**, які працюють за пакетами НСЗУ; містять інформацію про повний перелік послуг.

Для ветеранів та військових (у випадку проходження стаціонарного лікування, НЕ пов'язаного з залежністю від ПАР):

- **Інформаційні стенди в лікарнях** з контактною інформацією надавачів послуг.
- **Лікуючі лікарі** (в ситуації підозри/виявлення) можуть надавати інформацію про існуючі програми).
- **Громадські організації, благодійні фонди** зокрема ті, що здійснюють супровід.

ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ:

- **Ветеранські організації/простори/ветеранська спільнота в цілому.** В окремих випадках побратими не тільки надають інформацію, але й допомагають/сплачують послуги з лікування та реабілітації.
- **Сімейні лікарі.**
- **Спеціальні мобільні застосунки для ветеранської спільноти** (наприклад, мобільний застосунок «База»: там присутній реєстр надавачів різноманітних послуг для ветеранів).
- **Центр ментального здоров'я** (Київ).

2.4 Демобілізація та повернення у громаду ветеранів з досвідом вживання/залежністю від ПАР

Учасники дослідження, незалежно від ЦА, стверджують, **що залежність від ПАР не є приводом для демобілізації**: принаймні жоден з них не стикався з відповідним досвідом.

За оцінками військових, психологів, представників НДО, **ветерани з залежністю від ПАР стикаються як із загальними проблемами, притаманними всім ветеранам, так і зі специфічними, пов'язаними з проблемою залежності.** Серед них можна виділити наступні.

ЗАГАЛЬНІ

- **Важке повернення до цивільного життя**

- Через пережитий стрес, ПТСР, важкість спілкування, зокрема, з родиною, друзями, близькими (їх пам'ятають іншими). Залежність тільки поглиблює проблему.

...той стрес, який проживають люди, він також дає якісь незворотні зміни в організмі, в центральній нервовій системі, в психіці. Він дає вже це. Тобто людина, якщо людина ПТСР-на, їй і так важко влитися в цивільне життя, жити тим життям, яким він жив, поводити себе з дружиною таким, яким вона його пам'ятає, розумієте? А якщо ще з цією залежністю, то це взагалі адський коктейль. (НДО, ПІ 6)

- Зіткнення з іншої «картиною світу», цінностями, що притаманні цивільному життю.
- **Складність пошуку, отримання роботи, особливо у разі наявності важких травм, інвалідності.**
 - Специфіка громади (з точки зору ринку праці, можливостей кар'єрного росту тощо), яка може не влаштовувати при поверненні (ані професійно, ані матеріально) через певну зміну статусу на війні.

...якщо це територіальна громада, де є 5 сіл, де немає якихось надавачів соціальних послуг. Нема соціальних сервісів елементарних. Він той там мав якусь середню освіту, він займався якимись простими речами, але війна зробила з нього фахового, знаєте, фахівця. Він добре почав розбиратися в якійсь зброї, чи він якісь отримав навички. І він повертається в ту саму громаду, де нічого немає, по суті. А тут його рідні, а тут його будинок, а йому треба десь працевлаштуватися, а те, що йому пропонують, його не влаштовує апріорі, як зарплата, як можливість кар'єрного зросту, ну все інше. І отут виникають різні моменти, які, я думаю, на сьогодні ще не мають конкретних відповідей. (НДО, ПІ 12)

- **Сприйняття ветеранів суспільством:** відсторонення/страх, неповага, байдужість.
 - Відсутність інклюзивності, що додатково сприяє ізоляції ветеранів, зокрема, з інвалідністю.

Я приходжу в КМДА, приходжу в департамент архітектури з двома інвалідами, прошу рік побудувати нам пандус. Я хлопців заносу на руках. А ви мене питаєте, які проблеми в хлопців, яким нема їсти чого, розумієте? (НДО, ПІ 14)

- Відсутність достатньої кількості соціальних працівників.

- **Процедура списання** – спілкування з ВЛК, ТЦК, МСЕК. Цей досвід, який є занадто бюрократизованим, погіршує й без того негативний психологічний стан, особливо у разі наявності важких поранень, ампутації та, в свою чергу, стимулює подальше вживання. Ще більше страждають ветерани, які не мають підтримки родини, сироти.

...наші державні органи, це, власне, і є той елемент, який найбільше, на мою думку, окрім, звичайно, факту просто війни і участі у бойових діях, впливає на вживання психоактивних речовин. Тому що зі мною поруч завжди були так чи інакше близькі мені люди. І вони ніколи не дозволяли мені прям зовсім туди впасти, в пучину розбрату, і дозволяли мені все-таки «держати лице». А якщо говорити про людей, які є сироти, або в кого там є рідні, але вони на тимчасово окупованих територіях, або в кого там був знищений весь підрозділ, особливо ті, хто там без ніг, без рук або сліпі. І цих людей, ще потім ганяють по півроку по ВЛК... І, фактично кажучи, я думаю, що оця всяка кагала, вона людину теж затуляє. Ще й гірше. (Ветеран, ГІ 13)

Складність отримання ветераном допомоги (зокрема, медичної) у шпиталі через факт списання – формально він вже не є військовослужбовцем. Вірогідність отримання допомоги підвищує робота у шпиталі громадських організацій, патронатних служб, що здійснює супровід.

...як правило, в шпиталях тобі не будуть допомагати працівники шпиталів. Тому що на даному етапі війни з тим, з ким я спілкуюся, реально всі вже вигорівші і ніхто нічого не хоче. Всі хочуть здохнути або у відпустку. Тут два варіанти. Тобі можуть допомогти якісь там волонтери. Або це може бути цивільна медицина. (Ветеран, ГІ 13)

- **Обмежена інформованість ветеранів про власні права.** Наприклад, можливість отримання медичних послуг у шпиталі для ветеранів з інвалідністю.

СПЕЦИФІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПАР

- **Стигматизація ветеранів із залежністю від ПАР у суспільстві:** неможливість подолання й недоцільність зусиль в цьому напрямку; засудження, відсторонення; «не герой, а наркоман».
- **Втрата мотивації до праці** в широкому сенсі слова (професійної, особистісної) як один з ефектів від споживання ПАР.
- При фінансовій недоступності ПАР (через матеріальний стан, відсутність роботи тощо) – **швидка криміналізація.**
- **Відсутність державного фінансування програм детоксу та реабілітації.** Окремі представники НДО зауважують, що фінансування реабілітації як альтернативи програмі замісної терапії не вигідна нікому, а, зокрема, донорам (через її вартість).

От в мене був начмед ЦСО, його вивели позаштат. У нього 500 гривень зарплатня, у нього дозування 36 мг бупренорфіну. Він хоче зістрибнути. Ну, типу, от я задавав це питання, коли Квасьневський, чи хто там, ось ця комісія євразійська з наркополітики приїздила у Відродження. Я їм задавав питання: Що нам робити? От людина хоче зістрибнути з ЗПТ, але в неї нема коштів, детоксів нема, реабілітаційних центрів нема. Вони мені задають питання: «А чому він хоче зістрибнути?» Тобто донори також не зацікавлені в реабілітації і в детоксикації, бо це дорого. Це нецікаво нікому, крім хлопчини-добровольця, який хоче змінити своє життя. (НДО, ГІ 14)

- При бажанні відмовитися від залежності та відсутності коштів на реабілітацію – **насторожи вибору програми замісної терапії** (особливо у невеликих громадах) через відсутність конфіденційності.

Розділ 3.

Висновки та рекомендації

3.1 Ключові висновки

1. Залежність від прийому ПАР доволі високо розповсюджена серед військових та ветеранів. Кількісні оцінки реального стану справ неможливі через політику нерозголошення та невизнання проблеми командуванням ЗСУ.

Залучення до вживання ПАР або повернення до нього (за наявності попереднього досвіду) військовими та ветеранами обумовлено низкою причин, серед яких найбільш значущими є:

- Травматичність досвіду, з якими стикаються військові й відсутність альтернатив, щоб впоратися з ним самостійно.
- Актуальні практики лікування/відновлення після поранень – призначення знеболюючих, опіатів, що викликають швидке звикання.
- Доступність ПАР як у війську, так й у медичних закладах.
- Актуальна практика мобілізації (зокрема, мобілізація осіб, які вже залежні від ПАР).
- Невизнання проблеми залежності від ПАР як такої та розповсюджений із боку військового командування хибний стереотип про залежність як особисту слабкість, а не захворювання. Подібне ставлення стимулює дискримінацію військових та зменшує ймовірність самостійного звернення військовослужбовців за допомогою.

2. Експерти (зокрема, лікарі, військові медики, психологи) радше передбачають, ніж стверджують наявність певного алгоритму дій при виявленні факту вживання ПАР військовослужбовцями. Проте, навіть за його наявності, більшість експертів, незалежно від ЦА, наголошує, що відповідний алгоритм не працює, починаючи з етапу визнання факту вживання ПАР.

Ключовими проблемами/бар'єрами дій, відповідно до алгоритму, є дефіцит кадрів на військовій службі та політика невизнання/замовчування вживання ПАР. У результаті, найбільш розповсюдженими типами реакції на виявлення факту є, в залежності від командира: ігнорування проблеми (за умов ефективності військового, якісного виконанні функціональних обов'язків) та дисциплінарні покарання (від грошових до відправлення «на штурми в один кінець»).

3. Надання допомоги військовослужбовцям та ветеранам/-нкам із залежністю від ПАР найчастіше обмежено стаціонарним лікуванням із недостатнім терміном, через дефіцит кадрів та вимогу швидкого повернення військових на бойові позиції. Короткий термін передбачає більший фокус на медичну, ніж психологічну та психіатричну допомогу. Окремі експерти-представники НДО зауважують, що у країні відсутні пакети послуг із детокси-

кації, що фінансуються державою.

Державне фінансування реабілітації, що є вкрай необхідною для досягнення ремісії, не передбачено. Альтернативою виступають приватні реабілітаційні центри (проте їхня діяльність не стандартизована, якість послуг не контролюється, а вартість часто виступає бар'єром для звернення). Іншою альтернативою є програма замісної терапії, що фінансується державою, проте вона не є виходом у ситуаціях, коли військовий/ветеран/-ка хоче позбутися залежності взагалі.

3.2. Рекомендації щодо побудови ефективної системи реагування та надання підтримки військовим та ветеранам/ветеранкам із досвідом вживання/залежністю від ПАР

Побудова ефективної системи реагування та надання підтримки військовим та ветеранам/ветеранкам із досвідом вживання/залежністю від ПАР передбачає активну міжсекторальну співпрацю із залученням всіх суб'єктів наркополітики: МОУ, МОЗ, НСЗУ, громад, громадських організацій, тощо. Першочерговими кроками можуть бути наступні:

Розробка політик

- запровадження прозорої та зрозумілої системи збору даних щодо фактів вживання ПАР серед військовослужбовців.
- відображення зазначених даних у щорічному Звіті ЦГЗ про наркоситуацію в Україні. Вказана частина, з огляду на чутливість інформації, може бути закрита для загального ознайомлення, але використовуватися МОУ, МОЗ та іншими органами для прийняття відповідних рішень.
- розробка та впровадження програм раннього скринінгу та виявлення військовослужбовців, які мають проблемне вживання ПАР, розпочате під час військової служби.
- розробка та впровадження чіткого алгоритму дій щодо військовослужбовців, які вживають ПАР: направлення на консультацію з прийняттям подальшого рішення в залежності від результатів.
- аналіз спроможності системи охорони здоров'я (у рамках єдиного медичного простору) до надання послуг виявлення, лікування та супроводу пацієнтів-військовослужбовців, які мають розлади, пов'язані із залежністю від ПАР. Прийняття за результатами необхідних управлінських рішень.
- розробка і впровадження єдиної координаційної стратегії щодо вирішення проблеми залежності серед військових: заходи профілактики, діагностики, лікування, боротьби з незаконним обігом, а також збору необхідної інформації та моніторингу. Альтернативою може бути доповнення відповідними заходами Державної стратегії з наркополітики в Україні до 2030 року та Операційного плану до неї.
- розробка і прийняття єдиного стратегічного документу щодо первинної профілактики вживання ПАР для всіх груп військовослужбовців.
- дослідження ефективності існуючих форм реагування на правопорушення, пов'язані з незаконним обігом ПАР. За необхідності, зміна підходів до відповідальності військовослужбовців (дисциплінарної, адміністративної, кримінальної) з урахуванням гуманізації наркополітики.

Стандартизація медичної допомоги

- розробка структурованих програм стаціонарного лікування (включно з інтенсивним стаціонарним) й інтенсивного амбулаторного лікування розладів, пов'язаних із вживанням ПАР серед військових, а також програм профілактики рецидивів.
- затвердження професійних стандартів для лікаря-психотерапевта, психотерапевта, клінічного психолога, лікаря-нарколога та лікаря-психіатра, психолога, психотерапевта тощо.
- визначення порядку прийняття рішення щодо придатності до служби чи про скерування на стаціонарне/амбулаторне лікування у випадку наявності у військового супутньої коморбідності — залежності від ПАР/алкоголю та наявності кількох психічних розладів (включно з помірно вираженими).
- для військових, що пройшли курс лікування та повертаються до служби — забезпечення ефективної психологічної підтримки (включно з онлайн-підтримкою), можливість скерування/доєднання до груп взаємодопомоги «Анонімні наркомани», «Військові анонімні наркомани».
- подальша розробка та запровадження (за наявності підтверджених доказових підходів) психоделічно-асистованої терапії для лікування стійкої до традиційних форм лікування депресії, ПТСР, тощо.

Вдосконалення нормативно-правової бази

- розробка і прийняття спільного міжвідомчого наказу між Міністерством охорони здоров'я та Міністерством оборони щодо лікування на базі цивільних закладів охорони здоров'я військовослужбовців, що мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.
- врегулювання питань пов'язаних з алгоритмами скринінгу, діагностики та лікування ВІЛ та вірусних гепатитів серед військовослужбовців.
- внесення змін до Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затвердженого Наказом МОЗ від 27.03.2012 № 200, у частині безперервності лікування для військовослужбовців ЗСУ.
- доповнення Постанови КМУ від 12 січня 2024 року №32 «Про затвердження Порядку направлення військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів, а також військовослужбовців Збройних Сил для огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, та проведення такого огляду» алгоритмом подальших дій у випадку підтвердження стану сп'яніння військовослужбовця: направлення на консультацію або в заклад охорони здоров'я — для визначення необхідної допомоги.

Мережа надавачів послуг

- розбудова й забезпечення функціонування мережі Центрів ментального здоров'я, на базі яких відбуватиметься діагностика й лікування залежності серед військових.
- відкриття й забезпечення функціонування кабінетів або відділень для стаціонарного лікування військовослужбовців на базі діючих закладів охорони здоров'я в підпорядкуванні Командування медичних сил.

- спільні накази військових та цивільних закладів охорони здоров'я про маршрути та перенаправлення пацієнтів з числа військовослужбовців та ветеранів/ветеранок.

Кадрова спроможність

- повноцінне укомплектування психологічної служби Збройних Сил України кваліфікованими психологами у сфері профілактики й роботи з розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин. Ефективне вирішення цієї проблеми неможливе без залучення МОН (підготовка фахівців у ВНЗ, затвердження освітніх стандартів визначених спеціальностей, тощо), МОУ і МОЗ України.
- визначення чисельності психологів, які пройдуть додаткове навчання для роботи з особами, які вживають ПАР у військових підрозділах. Для цього треба враховувати оптимальне професійне навантаження на психологів та фактичні потреби в підтримці військовослужбовців.
- інституціоналізація прозорого механізму залучення цивільних фахівців адиктологічної психології до системи психологічного забезпечення Збройних Сил України. Для цього треба чітко визначити критерії відбору, формати співпраці, умови доступу до військових підрозділів, а також правові й етичні засади надання спеціалізованої допомоги військовослужбовцям, які мають питання, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин.
- розробка стандартизованого навчального плану для фахівців, які надаватимуть послуги, пов'язані з діагностикою та лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням ПАР (після узгодження моделі).
- адаптація та впровадження навчальної програми mhGAP, яку було запроваджено для сімейних лікарів, для військових медиків та психологів.
- навчання, із залученням військових, медичних працівників навичкам травмо-сфокусованого консультування.
- унормування мультидисциплінарних команд (психолог, психотерапевт, соціальний працівник), які виїжджатимуть до підрозділів для проведення індивідуальної/групової підтримки, зокрема, за підтримки громадських організацій.
- масштабне навчання цивільних медиків основам скринінгу щодо вживання ПАР та коротким втручанням у рамках концепції єдиного медичного простору.
- фінансове стимулювання закладів охорони здоров'я (комунальних та в підпорядкуванні Командування медичних сил) для залучення психотерапевтів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, клінічних психологів тощо.
- розширення функцій та повноважень середнього медичного персоналу щодо скринінгу та коротких втручань (порад, інформації), спрямованим на скорочення/відмову від вживання ПАР.
- впровадження телемедицини, електронних додатків, що частково компенсують брак кадрів у військових підрозділах.
- використання потенціалу спільнот для послуг «рівний-рівному».
- відповідне навчання командирів різних рівнів, слідчих, військових прокурорів і суддів.

Стратегічна інформація, моніторинг та оцінка. Дані для прийняття рішень

- розробка національної системи прихильності до лікування та призначень лікарських засобів, які містять в собі наркотичні та психотропні речовини (з акцентом на опіюїдні знеболювальні засоби, барбітурати), щоб попередити формування залежності. Проведення оцінки наявних практик призначення та використання військовослужбовцями знеболювальних лікарських засобів.
- створення електронної системи збору інформації про споживання та потребу в контрольованих лікарських засобах для подальшого розрахунку квот на основі цих даних.
- розробка базових засад моніторингу, діагностики й лікування розладів, пов'язаних із залежністю від ПАР серед військових. Визначення індикаторів ефективності цих систем.

Посилення інформаційної роботи

- інформування про програми лікування й можливості реабілітації через медіа, соцмережі, месенджери, лікувальні заклади, ветеранські організації, фонди, громадські організації. Забезпечення доступності цієї інформації для всіх військових і ветеранів/ветеранок.
- донесення інформації про залежність до командирів, фахівців по роботі з особовим складом, бойових медиків. Сприяння визнанню цієї проблеми та коректної інтерпретації — як захворювання, а не «слабкості», «відсутності сили волі» тощо.
- інформування військовослужбовців та ветеранів/ветеранок про проблему залежності, пояснення її актуальності, демонстрація потенційних наслідків.
- державна підтримка ветеранів/ветеранок, залежних від ПАР, підтримка ветеранських організацій, які допомагають військовим.

Фінансування

- проведення розрахунків та виокремлення окремого пакету «Амбулаторна психіатрична допомога».
- чітке розмежування послуг із психологічної реабілітації людей, які вживають ПАР (зокрема військових), що фінансуються МОЗ та Міністерством соціальної політики, визначення змісту послуги.
- розробка змін до пакетів Програми медичних гарантій, щоб почати їхню реалізацію у 2026 році, а саме:
 - умов закупівлі послуг за напрямом «Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та додаткових вимог щодо організації надання послуг, пов'язаних із залежністю від ПАР, включаючи алкоголь в межах пакету, шляхом створення окремої базової ставки за пролікований випадок або застосування коригувальних коефіцієнтів до базової ставки в залежності від складності випадку;
 - умов закупівлі послуг за напрямом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» шляхом застосування коригувальних коефіцієнтів до базової ставки з урахуванням виду медичної послуги та внесення змін до підстав надання послуг;
 - умов закупівлі послуг за напрямом «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» шляхом ви-

значення капітаційної ставки та внесення змін до підстав надання послуг або врегулювання виділення фінансування на послугу з лікування зокрема через виокремлення окремого пакета НСЗУ «Лікування та психологічна реабілітація осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин включаючи алкоголь» із варіативними умовами надання послуг та оплати в стаціонарних та амбулаторних умовах.

Робота у громадах

- активна просвітницька, виховна робота для зміни ставлення цивільних до ветеранів/ветеранок, зокрема засобами соціальної реклами.
- збільшення органами місцевого самоврядування штату фахівців супроводу ветеранів, їхньої мотивації (включно з фінансовою). Впровадження методики рівний-рівному для роботи у військових частинах та з ветеранами/ветеранками, які мають досвід вживання ПАР та/або психіатричні, поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР .
- допомога з працевлаштуванням: робота має давати перспективу, надихати, допомагати усвідомлювати важливість ветеранів/ветеранок для суспільства.
- створення програм психологічної підтримки та подальшої соціальної реінтеграції таких осіб в громади.
- вивчення кращих практик допомоги ветеранам/ветеранкам із залежністю від ПАР, що вже існують у різних громадах України, та їхнє масштабування з урахування специфіки конкретних громад.