

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1016288914

Дата перевірки:
28.05.2024 07:48:31 EEST

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
28.05.2024 21:36:06 EEST

ID користувача:
100011301

Назва документа: Лазоренко

Кількість сторінок: 23 Кількість слів: 5133 Кількість символів: 40753 Розмір файлу: 55.74 KB ID файлу: 1016082355

27.3% Схожість

Найбільша схожість: 11% з Інтернет-джерелом (<https://ronl.org/sochineniya/sociologiya/202808>)

27.3% Джерела з Інтернету 170 Сторінка 25

0.18% Джерела з Бібліотеки 1 Сторінка 25

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ ПІДЛІТКІВ

1.1. Визначення понять

Етимологічно термін «наркоманія» пов'язаний з поняттям «наркотик» (від грец. *narkotikos*- заколисливий). Однак термінологічна невизначеність виникає відразу ж, як тільки мова заходить про препарати, що не відносяться до групи опію, тому що серед засобів, віднесених до наркотиків, лише опіати й ноксирон мають снотворний вплив. Інші ж препарати по своїй фармакологічній активності є психостимуляторами. Нині термін "наркотична речовина" (наркотик) застосовується стосовно тих отрут або речовин, які здатні викликати при їхньому вживанні снотворну, беззаспокійливу або збудливу дію [12, с. 49].

Аналіз медичної літератури дозволяє дати визначення наркоманії, як групи захворювань, які викликані систематичним вживанням наркотиків і проявляються синдромом зміненої реактивності, психічною й фізичною залежністю, а також деякими іншими психосоматичними й соціальними особливостями.

У традиційній наркології наркоманія розглядається як невиліковна хвороба, з більш-менш тривалими ремісіями. У структурі наркоманії виділяють основні складові, які проявляються в ході розвитку хвороби.

1. Синдром психічної залежності. Наркотик стає найважливішою умовою комфортного контакту людини з життям, собою, іншими людьми.

2. Синдром фізичної залежності. Поступово наркотик вбудовується в різні ланцюги обмінних процесів в організмі. Якщо наркоман не приймає відповідну кількість наркотиків, то він випробовує різні ступені фізичного страждання: ломка, сухість шкіри (або, навпаки, пітливість). Це явище називається абстинентним синдромом

3. Синдром зміненої реакції організму до дії наркотику. Найважливішу роль у структурі даного синдрому грає толерантність (терпимість). Її зростання, стабілізація на високому рівні, зниження, відносять до стрижневих симптомів наркоманії [14].

У психології наркоманія розглядається як вид негативної психічної залежності. Якщо після вживання наркотику індивід переживав стан надмірності можливостей у подоланні внутрішніх і зовнішніх факторів, що перешкоджають задоволенню потреб, то в нього виникає схильність до формування залежності від психоактивних речовин [16, С. 28].

У суспільній свідомості існує неоднозначне відношення до наркоманії. Поряд з негативним відношенням до наркоманів як до злочинців, зберігається також позиція, що наркоманія - це хвороба, а наркомани мають потребу в співчутті й лікуванні. Наркоманія останнім часом стала настільки розповсюдженим явищем, що кожна людина, прямо або опосередковано, змушена зустрічатися з нею у своєму найближчому оточенні.

Крім поняття «наркоманія» у літературі часто зустрічаються такі поняття, як наркозалежність, наркотизм. У спеціальній літературі поняття «наркотизм» з'явилося у 70-і роки ХХ століття в нашій країні. Воно було сформульовано для позначення негативного соціального явища та використовувалося на протигагу поняттю «наркоманія», що служило для виключно медичного позначення захворювання. Тоді наркотизм визначали як негативне соціальне явище, обумовлене несприятливими умовами зовнішнього середовища й антигромадською орієнтацією особистості, що виражається в незаконному навмисному споживанні наркотичних речовин, що заподіює шкоду здоров'ю людини й представляє небезпеку для суспільства. Оскільки в той час у Радянському Союзі вживання наркотиків уже вважалося злочином, то в юридичній літературі наркотизм визначався як «передбачена законом сукупність діянь, вчинених з використанням наркотичних речовин, які зазіхають на здоров'я населення й суспільну безпеку» [28].

Наступна еволюція поняття «наркотизм» привела до того, що воно стало визначати явище, пов'язане зі споживанням наркотиків як суспільно небезпечне, що виражається в незаконному споживанні та інших незаконних діях з наркотичними речовинами, над якими встановлений спеціальний міжнародно-правовий і внутрішньодержавний контроль.

Ототожнення понять «наркотизм» й «наркоманія» не завжди виправдана, оскільки «наркотизм» не зводиться до осмислення його тільки як захворювання. Захворювання виражається у фізичній і психічній залежності від наркотичної або психотропної речовини, при якій життєдіяльність організму підтримується на певному рівні тільки за умови постійного прийому названих речовин, доза яких постійно зростає, що приводить до виснаження фізичних і психічних функцій.

«Наркотизм» - більше широке поняття, оскільки містить у собі медичні (біологічні), соціальні й правові аспекти. Це негативне соціальне явище міжнародного характеру, що характеризується прилученням частини населення країни до немедичного споживання наркотичних засобів або психотропних речовин, що перебувають під спеціальним міжнародно-правовим і внутрішньодержавним контролем, а також участю (прямим або непрямим) в організації й здійсненні їхнього нелегального звороту як у національних рамках, так й у міждержавних масштабах [34, с. 45].

Воно впливає на всі сфери життя суспільства й держави: на суспільне виробництво, на економіку країни, на стан обороноздатності, на фізичне й духовне здоров'я націй, на злочинність (її стан, структуру й динаміку) і т.д.

Можна також зробити висновок про те, що у вітчизняній соціології ще не склався єдиний концептуальний підхід до вивчення наркотизму, не визначені його механізми, не розглянута сукупність чинників, які впливають на динаміку наркотизму в період трансформації українського суспільства. Відсутнє узвичаєне й однозначне визначення наркотизму як різновиду девіантної поведінки і, тим більше, як соціального явища, усі базові поняття дотепер є дискусійними, відбувається їхня синонімізація.

Існує три підходи до визначення терміна «наркотик»: медичний, юридичний і соціальний (але вони прийняті не в усіх країнах).

Відповідно до **медичного** визначення, наркотики — це речовини, які в силу свого хімічного складу спроможні специфічно діяти на центральну нервову систему (стимулюючи, викликаючи ейфорію, галюциногенно, седативно), що і є причиною їхнього немедичного застосування.

Соціальний **критерій** означає, що немедичне вживання набуло масштабів, які мають соціальну значимість. Є масові негативні для суспільства (сім'ї, трудового колективу, громади, нації) наслідки поширення наркотичних речовин. Варто включати у поняття «соціальний критерій» і формування специфічної тіньової субкультури, яка відіграє самостійну роль у масовому поширенні наркотиків, тобто виконує функцію механізму «зараження» **молодіжного середовища наркотизмом**.

Юридичний критерій означає, що, спираючись на дві наведені вище передумови, законодавець визнав низку психоактивних засобів нелегальними, забороненими до **немедичного вживання, використання, виготовлення, поширення в суспільстві, і вони включені до «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин, їхніх аналогів і прекурсорів, якії підлягають спеціальному контролю»**. Немедичний обіг наркотиків (вирощування, транспортування, продаж, збереження) є злочинним діянням, **що карається відповідно до Адміністративного та Кримінального кодексів України [40, с. 53]**.

Виокремлення цих трьох підходів дає змогу розмежувати поняття «наркотичні речовини» і «психотропні (психоактивні, токсичні) речовини». Останні офіційно не визнані наркотиками, але відповідають медичному, і, у рідкісних випадках, соціальному «критеріям».

Слід розрізняти терміни «наркоманія» (залежність від наркотичних засобів) і «токсикоманія» (залежність від психотропних речовин).

Алкоголь і тютюн не підпадають під розуміння наркотиків у медичному і юридичному аспектах. Проте зловживання ними спричиняє

розвиток залежності і цілком конкретних захворювань — хронічного алкоголізму (у випадку зловживання алкоголем) і ніотинової інгаляційної токсикоманії (або ніотинізму) у запеклих курців. Проте обіг алкоголю і тютюну в Україні, і практично в усьому світі, є легалізованим [27, с. 55]. Адиктивна речовина — це будь-яка наркотична або психотропна речовина, якісною характеристикою якої є спроможність викликати залежність у разі її споживання.

1.2. Соціальні проблеми наркозалежних

Наркоманію можна розглянути як соціально-інфекційне захворювання, поширення якого відбувається всередині соціальних груп. Саме тому неможливо «ізолювати» існування наркомана в середовищі - рано чи пізно довкола нього формується група, що втягується в сферу споживання наркотиків, створюючи свою культуру, альтернативну традиційній. Інакше кажучи, наркоманія - це хвороба, що породжує свою субкультуру.

Наркокультура має свою внутрішню логіку й організацію. У ній легко виявляються деякі динамічні й функціональні аспекти. Оскільки мета й результат наркокультури перебувають у непримиренному протиріччі, тому вона (наркокультура) реалізується в постійному подоланні моральних і правових обмежень за допомогою ліквідації всіх традиційних людських цінностей [35, с. 67].

Потреба людини в подоланні обмежень, знятті заборон, звільненні почуттів, що задовольняється в умовах наркокультури є універсальним засобом (соціального, чуттєвого й синхронного підкріплення), й може бути осмислена в рамках наркоманії як механізм формування психологічної залежності.

Знаючи особливості взаємодії наркоманів один з одним у соціумі, проаналізувавши існуючі закони й принципи існування груп наркоманів, можна визначити наступні відмітні риси наркокультури.

1. Злитість (нерозчленованість) змістовних й операційних значень.

У наркокультурі речення будуються, як правило, безособові. Більшість суджень мають найчастіше форму дієслів, а суб'єкт висловлювання (підмет) у реченнях не позначається .

2. Іншомовність та зашифрованість.

Слова, які використовуються при побудові фраз, текстів і навіть діалогів у середовищі «присвяченому» наркокультурі, не мають ніякого відношення до своїх первинних значень.

3. Пряма протилежність значень і дій.

Протилежність спочатку виявляється в тому, що з лексики підлітка, що ввійшов у наркокультуру, поступово зникають висловлення особистісного характеру, висловлення від першої особи однини.

4. Релігійно-філософські твердження [36, с. 10].

У висловленнях підлітків, що вживають наркотики, часто присутні ригідні когнітивні конструкції, які наповнені позбавленням змісту (поза контекстом) релігійно-філософськими твердженнями. Твердження, взяті з різних літературних джерел, виконують скоріше агітаційно-ідеологічну роль і призначені переважно для тих, хто випробовує інтелектуальні сумніви в пропонувані діях, пов'язаних з вживанням наркотиків. Тут легко виявити й буддиську відмову від всіх бажань, і християнське всепрощення як необхідність вживання наркотиків як умови для життя в середовищі, побудованого на тотальній брехні, і нехтуванні по відношенню до земних благ, і обіцяну всіма релігіями вічність, і загальну комуністичну рівність.

Як зовнішні атрибути рекламно-спонукального характеру наркокультури (для початківців) виступає міфологічна еkleктика двох самостійних субкультурних утворень. Перше можна назвати елітарною(богемною) субкультурою, носіями якої є артисти, художники, зірки естради, люди мистецтва, а також меценати й спонсори. Друге можна назвати кримінальною субкультурою, носіями якої є люди, що живуть «по поняттях», зlodії, бандити, кримінальні авторитети, шахраї, що були

засуджені, злочинні угруповання. Як в елітарної, так й у кримінальній субкультурі припустиме вживання наркотиків, однак, воно (вживання) не є самокоштовним і стрижневим, як у наркокультурі. Більше того, кожна із двох названих субкультур має чітко виражену спрямованість й аж ніяк не аморфну систему цінностей. Наявність правил і цінностей зумовлює існування санкцій за їхнє порушення або покарання. [10, с. 126].

Таким чином, існують механізми (економічного, морального, психологічного характеру), що стримують непомірне вживання наркотичних речовин, як в елітарної, так й у кримінальній субкультурі.

У названих субкультурах складається ієрархія, що зумовлює співвідпорядкованість всіх її членів, а значить і конкуренцію між ними. У наркоманській субкультурі лідери можуть виникати лише ситуативно, тільки для одержання дози, оскільки ієрархії як такої не існує.

Ще більш суворя ситуація із вживанням наркотиків у кримінальному світі. Авторитети, кримінальні ієрархи втрачають довіру своєї системи у випадку зловживання наркотиками. Наркотики вживати не заборонено, але ставати залежним не дозволено нікому з лідерів. У кримінальному світі наркотики є скоріше основою бізнесу, джерелом фінансового благополуччя ніж сенсом життя окремих членів або групи в цілому. У злочинному середовищі наркомани, як правило, не можуть займати важливих «постів» з міркувань безпеки й стійкості системи.

Узагальнюючи викладене, можна говорити про особливі відмінності наркокультури від інших субкультурних явищ: відсутність ієрархії, недіалогічність наркокультури, однодумність її членів, відсутність довіри у взаєминах, демонстративне псевдоелітарне поведіння в сполученні з універсальною злочинною спрямованістю. Високий ступінь наслідування говорить про маргінальність наркокультури, у якій залишається одна єдина цінність і правило – наркотик [9].

Для більш детального розуміння наркоманії варто розглянути її як явище багатоаспектне.

Економічний аспект наркотизму.

Незаконний обіг наркотиків породжує колосальний за своїми масштабами тінювий обіг коштів. Очевидно, що виявившись у тіні, ці гроші виходять з-під контролю держави й можуть використовуватися для збільшення потенціалу тіншової економіки й кримінального світу.

Держава витрачає на медичне обслуговування наркоманів значні кошти, використовуючи тим самим частину коштів, які необхідні для вирішення інших, не менше важливих, проблем охорони здоров'я. З іншого боку, витрати на оплату лікування наркомана в приватних наркологічних і реабілітаційних центрах настільки значні, що це неминуче приводить до зниження життєвого рівня їхніх сімей, що становлять значну частину населення.

Розвиток наркотичної залежності призводить до руйнування трудової мотивації й трудової поведінки в цілому. Таким чином, зі сфери матеріального й духовного виробництва відбувається постійний відтік робочої сили. Оскільки інтенсивне вживання психоактивних речовин практично несумісне ні з роботою, ні з навчанням, поширення наркоманії серед молоді має місце як до зниження загального інтелектуального потенціалу країни, так і до «збідніння» трудових ресурсів.

Державні засоби, які затрачуються на припинення незаконного обігу наркотиків в нашій країні, не дають відчутного результату.

У деяких країнах виробництво наркотиків є частиною загальної політики. У Бірмі, Лаосі, Кампучії прибуток від виробництва наркотиків становить значну частину національного продукту. У ряді таких країн, як Гватемала, Венесуела, Колумбія, Афганістан, нелегальне виробництво наркотиків є потужним стимулом припливу капіталовкладень у місцеву економіку [6, с. 57].

Демографічний аспект наркотизму.

У сферу незаконного систематичного споживання наркотиків втягуються переважно підлітки і юнаки. Співвідношення наркоманів

чоловічої та жіночої статі становить приблизно 10:1. Формування наркотичної залежності призводить до руйнування й згасання сексуальних інстинктів. З іншого боку, смерть від передозувань і нещасних випадків, пов'язаних з наркоманією, приводить до наростання диспропорції в співвідношенні жінок і чоловіків. У результаті цих процесів уже найближчим часом відбудеться певне зниження народжуваності, збільшення кількості самотніх жінок і неповних сімей.

Серед наркоманів значний відсоток становлять діти з неповних сімей або сімей, що мають єдину дитину. Висока смертність серед наркоманів приводить до значного зростання числа «бездітних» та «безпритульних» старих, про яких комусь потрібно буде піклуватися.

Моральний аспект наркотизму.

У результаті систематичного вживання наркотиків відбувається стрімка девальвація особистості людини. Поступово в наркомана руйнується моральна основа регуляції поведінки: воно стає спрямованим винятково на безпосереднє задоволення потреби в наркотиках. Ціна життя, закріплена традиційною мораллю, виявляються незначимими, формується «наркоманська» система цінностей, що здобуває статус основи наркоманського способу ЖИТТЯ.

Українська сім'я, виявилася нездатною захистити дитину від наркоманії. Це треба визнати, і факт такого визнання стане важливим внеском у соціальну психотерапію. Поки суспільство таке, що батьки соромляться своїх дітей більше, ніж люблять їх - діти будуть гинути.

Життя складне й суперечливе, але те, що для дорослого існує як протиріччя, для підлітка перетворюються в непереборну особистісну кризу, що породжує екзистенціальний розпач. Зберегти цілісність особистості завжди допомагала сім'я й традиційна культура. Сім'я сьогодні виявилася в глибокій кризі: батьки часто не можуть показати позитивний приклад своїм дітям. Традиційна культура стрімко деградує, що призводить до зміни міри ЛЮДСЬКОГО в людині. У пошуках цілісності й самоідентичності підліток

непомітно включається в орбіту наркоманської субкультури з її традиціями, фольклором, особливою мовою, системою цінностей, життєвих принципів, особливих відносин [6, с. 58].

Політичний аспект наркотизму.

Із проблеми виключно медичної, наркоманія перетворилася в проблему загальнонаціонального масштабу, поступово здобуваючи статус загрози для безпеки країни. Масштабністю проблеми не могли не скористатися різні політичні партії й соціальні групи, використовуючи спекуляції на «наркотичні» теми для вирішення своїх проблем. У ситуації, коли проблемою молодіжного наркотизму змушені займатися різні міністерства й відомства, зниження рівня керівництва веде до зменшення координації їхніх дій, створює можливість для делегування відповідальності за власну некомпетентність в іншу професійну й відомчу сферу.

Міжнародний (міждержавний) аспект наркотизму.

За останній час захист своїх громадян від впливу наркотиків неодноразово ставала приводом для втручання у внутрішні справи, а іноді й у воєнні операції США в латиноамериканських країнах.

З іншого боку, зони виробництва, канали поширення й регіони споживання наркотиків, як правило, рознесені в просторі й не вміщаються в кордони окремих держав. Поширення наркоманії приводить до глобалізації кримінальних структур. Кримінальні структури, що контролюють виробництво, поширення й збут наркотиків, виходять на рівень міжнародних синдикатів, здатних завдяки своїм фінансовим можливостям впливати на політику окремих країн або регіонів.

Наркотики й кошти, що надходять від їхнього продажу й поширення, стали серйозним джерелом фінансування підривних і терористичних організацій в усьому світі. [8, с. 54]

1.3. Світовий досвід проведення соціальних заходів та програм "зменшення шкоди" хімічно-залежним клієнтам

В останні десятиріччя набула популярності концепція зменшення шкоди (Harm Reduction), теоретичні засади якої розроблено в Англії в 1986 році. Її суть полягає в сприянні редукції проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків шляхом ін'єкцій, Стратегія ЗШ концентрує зусилля на покращенні здоров'я серед СІН та взагалі у суспільстві. Повна відмова від вживання наркотиків розглядається як бажана, але не надто реалістична мета. Тому зусилля фахівців зосереджуються на тих заходах, що безпосередньо впливають на кількість небажаних наслідків, від споживання наркотиків ін'єкційним шляхом: передозування, передача вірусів чи інших інфекційних агентів через кров, криміналізація та десоціалізація СІН.

Програми ЗШ включають такі компоненти: масштабне впровадження замісної підтримувальної терапії – ЗПТ (за рекомендаціями ВООЗ, вважається оптимальним варіантом, коли програмами ЗПТ охоплено близько 50 % усіх залежних від опіоїдів); організація доступу до стерильних шприців та голок; забезпечення інших профілактичних заходів, таких як аутрич робота (вулична соціальна робота), освіта «рівний-рівному», психологічне консультування, тестування на ВІЛ та ЗПСШ; профілактика передозувань;

організація груп самопомоги СІН.

Заходи ЗШ слід інтегрувати у лікувальний процес, коли йдеться про ВААРТ для СІН. З іншого боку, через програми ЗШ можливо встановлювати стосунки із групами СІН та залучати їх до лікування, зокрема до ЗПТ та ВААРТ [15].

Основні принципи стратегії зменшення шкоди:

1. Мінімізувати наскільки можливо шкідливі наслідки та соціальні проблеми, що виникають у зв'язку з уживанням наркотиків;
2. Зменшити поширеність споживання опіоїдів в небезпечних кількостях і

небезпечними способами в групі;

3. Попередити залучення нових споживачів, особливо молодих людей і підлітків, до небезпечного для життя і шкідливого для здоров'я споживання наркотиків.

Новизна цього підходу полягала в тому, що акцент переносився з факту вживання наркотиків на небезпечні наслідки і специфічні проблеми, викликані їх прийомом. Стратегія ЗШ як модель ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин існує поряд із психіатричною, соціокультурною, моралістичною, медичною моделями та принципово відрізняється за своєю філософією. Стратегія ЗШ оцінює профілактику ВІЛ-інфекції як пріоритетну задачу і є політикою, яка починається з усвідомлення

того, що наркотичні речовини не зникнуть і що у нас немає іншого вибору, крім необхідності навчитися жити з ними так, щоб вони чинили якомога менше шкоди. Цеї також політика, яка ґрунтується на здоровому глузді, наукових даних, піклуванні про здоров'я населення та права людини.

Модель ЗШ не дає жодних оцінок та суджень стосовно вживання наркотичних речовин, яке вона розглядає як один із способів соціальної поведінки, що розвивається від експериментів з наркотичними речовинами – до вимушеного їх вживання. Ця модель спрямована на зменшення шкідливих наслідків від вживання наркотичних речовин для усіх споживачів, включно із допомогою тим людям, котрі хочуть припинити вживання.

Найважливішим завданням програм ЗШ є встановлення та підтримання контактів зі споживачами наркотичних речовин з метою надання їм допомоги. Модель виходить із того, що через криміналізацію наркотичних речовин наслідки їх вживання стають ще загрозливішими й шкідливішими, оскільки споживачі фактично ведуть кримінальний спосіб життя. Мета програм зменшення шкоди – докласти зусиль, щоб у споживачів наркотичних речовин було якомога менше проблем зі здоров'ям, у сім'ях та у стосунках з оточуючими, щоб вони могли вести соціально активне життя,

працювати, незалежно від того, вживають вони наркотики чи ні. При цьому в роботі програм зайняті як професіонали, так і колишні та активні споживачі. Програми ЗШ не ставлять перед клієнтом вимоги зниження рівня споживання. В основі цієї філософії лежить ідея про те, що споживачі наркотичних речовин мають такі самі права на свободу, економічну стабільність та піклування про здоров'я, як і ті, хто не є споживачами [15].

Пропоноване програмами ставлення до клієнта як до рівного члена суспільства, а не як до кримінального елемента, привело до того, що більше споживачів почали звертатись за допомогою, в тому числі й медичною. Загальні цілі профілактичних програм, заснованих на ідеях ЗШ – це підвищення рівня знань про ризиковані типи поведінки та їхні наслідки; навчання ефективним навичкам подолання ризикованих ситуацій, пов'язаних із наркотичними речовинами та сексуальною практикою; підтримка поведінки, що сприяє оздоровленню та зменшенню ризику [3].

Виходячи з позицій громадського здоров'я, тих, хто надає допомогу хворим на ВІЛ/СНІД, цікавить не тільки успіх лікування ВІЛ-інфікованих, але й зниження темпів розповсюдження епідемії, тобто профілактика. ВІЛ-позитивні особи мають не лише отримати якісну допомогу, але й бути залученими до певних профілактичних програм, що мають на меті сприяти зміні їхньої ризикованої поведінки, аби вони не ставали джерелом нових випадків зараження ВІЛ, а також запобігання реінфікуванню. Лікування наркозалежності також має включати елементи профілактики. При цьому, вона повинна здійснюватися так само професійно, як і лікування та догляд. Лікарі, соціальні працівники, консультанти із залежності мають однозначно засвоїти, що від того, наскільки ретельно виконуються профілактичні заходи, залежить, чи буде розповсюджуватися епідемія, або ж її вдасться взяти під контроль [2].

Отже, ЗШ – це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед СІН, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання, спрямована на вирішення

першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого з ін'єкційним вживанням, передусім ризику зараження ВІЛ.

Основні цілі замісної терапії:

- допомогти пацієнтові покращити стан здоров'я;
- зменшити частоту вживання заборонених наркотичних речовин;
- допомогти вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками, а саме: юридичні, соціальні, сімейні тощо;
- зменшити рівень ризикованої поведінки, пов'язаної зі зловживанням наркотиками, зокрема, ризик смерті від передозування, інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та іншими інфекціями, що передаються через кров та статевим шляхом;
- зменшити тривалість епізодів зловживання наркотиками;
- зменшити ймовірність рецидиву – повернення до зловживання вуличними наркотиками в майбутньому;
- зменшити кримінальну активність, пов'язану з вживанням заборонених наркотиків;
- стабілізувати стан пацієнта на препараті-заміннику;
- частіше звертатися по медичну допомогу в зв'язку із соматичними та іншими розладами;
- покращити особистий стан, поліпшити сімейне становище,
- відновити соціальні функції.

Окрім суто медичних інтервенцій, хворий має отримати певні соціально-психологічні послуги, а саме:

- консультування з питань ВІЛ/СНІД;
- надання психологічної підтримки;
- сприяння в оформленні субсидій;
- сприяння в отриманні медичної допомоги;
- догляд вдома за ЛЖВС, які перебувають наїї термінальній стадії захворювання;
- залучення до груп самопомоги;

- надання засобів профілактики та гуманітарної допомоги;
- організація дозвілля та розваг.

Значення ЗПТ і її застосування істотно посилилося, починаючи з 1987 року, після початку епідемії ВІЛ/СНІДу. Було доведено, що замісна терапія значно зменшує ризик розповсюдження цієї інфекції, а також гепатитів В і С. Зараз у світі в програми замісної терапії залучено понад 500 тисяч пацієнтів. Найбільша кількість їх у США – близько 200 тис., в країнах Європи – до 300 тис., у Австралії – 20 тис.

Підтримувальне лікування з успіхом проводять в країнах Азії: Ірані, Китаї, Таїланді. Останніми роками замісну терапію почали застосовувати країни Східної Європи і нові держави колишнього СРСР. Сьогодні ЗПТ застосовується в Литві, Латвії, Естонії, Киргизстані, Грузії тощо. Таким чином, ця терапія довела свою ефективність у країнах з різною культурою та економікою.

Висновки до першого розділу

Соціологи під наркотизмом розуміють «поширеність і характер споживання наркотичних речовин як соціальне явище» (А.А. Габіані, Я.І. Гілінський, Л. Є. Кесельман, А. Я. Вілке).

Наркотизм визначається і як особливе негативне соціальне явище — «негативне соціальне явище, сутність якого полягає у долученні до немедичного споживання наркотиків окремих груп населення» (В. М. Міхлін, Є. А. Дюбін) та «соціальне явище, яке охоплює все, що пов'язано з наркогенними речовинами, їхнім вживанням і його соціальними наслідками» (Д. В. Колесов, С. В. Турцевич).

Окрім цього, термін наркотизм уживається щонайменше в двох значеннях — вузькому і розширеному. У вузькому значенні термін наркотизм описує соціальні характеристики вживання одного класу аддиктивних речовин — наркотиків (як сума фактів їхнього вживання). У розширеному значенні під наркотизмом розуміється набагато більш широкий спектр

поведінкових проявів, ніж наркоманія або вживання наркотиків без залежності, тобто наркотизм означає вживання як наркотиків, так і інших аддиктивних речовин, тобто аддиктивну поведінку. А.А. Габіані і Я.І. Гілінський розширюють цей термін і до сукупності соціальних явищ, пов'язаних із аддиктивною поведінкою. Останнє розуміння збігається з нашою позицією.

Наркотизм — це відносно новий соціальний факт, що включає в себе особливу соціальну реальність, яка пов'язана з виникненням нових соціальних груп, нових форм соціальних відносин, особливої субкультури і соціальних інститутів. З іншого боку — це соціальний процес, який можна розглядати в контексті соціальних структур, інститутів і відносин та у межах діяльнійної парадигми.

ЗШ – це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед СН, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого з ін'єкційним вживанням, передусім ризику зараження ВІЛ.

РОЗДІЛ II

ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З НАРКОЗАЛЕЖНИМИ

У 90-х роках у науковій літературі виразно визначились декілька **моделей** теоретичного обґрунтування діяльності соціального педагога, її розуміння як особливого суспільного явища. Вони відобразили не тільки науковий пошук учених різних шкіл з метою теоретичного осмислення проблем соціального захисту в сучасному суспільстві, але й його еволюцію, **зміни** в самому змісті і формах соціальної роботи.

Цілком визначені дванадцять таких моделей. Роздивимось їх найбільш суттєві особливості окремо, тому що кожна модель передбачає цілком певний зміст, методи і форми соціальної допомоги, профілактику кризових станів, а також відомі теоретичні основи, зв'язок із суміжними науками про людину і суспільство, природні і соціокультурні основи їхнього життя.

Наш аналіз відомих теоретичних підходів до побудови наукового знання в області соціальної роботи свідчить про наявність, як мінімум, трьох груп теорій;

1. Психолого-орієнтовані теорії соціальної роботи.
2. Соціально-орієнтовані теорії соціальної роботи.
3. Теорії психолого-соціологічної чи комплексної міждисциплінарної орієнтації.

Психолого-орієнтовані теорії соціальної роботи.

Психодинаміка як теоретичне обґрунтування соціальної (психосоціальної) роботи з сучасному вигляді сформувалась на основі психоаналізу в його різних інтерпретаціях, починаючи з З.Фрейда, його прямих послідовників і більш пізніх прихильників. Зрозуміло, що сьогодні психодинамічні інтерпретації поведінки людини є складовою частиною сучасного психологічного знання, психології як наукової дисципліни. Їх роль у методиці соціальної діяльності визначається головним чином у

вигляді методологічного впливу суміжної для соціальної роботи наукової дисципліни.

Однак цей вплив і розробка на його основі психодинамічної моделі соціальної діяльності, що характеризується як психосоціальна, обумовили виникнення і розвиток специфічної моделі обґрунтування конкретних технологій соціальної роботи, надання соціальної (психосоціальної) допомоги окремій людині, родині, групі людей, які мають проблеми. При цьому психодинамічна модель діяльності соціального працівника спирається на декілька головних, вихідних постулатів. Вони можуть бути зведені до таких позицій [17]:

1. Соціальний педагог у контексті відносин з людьми повинен виходити з того, що вони не тільки мають певну психологічну структуру, але й здатні до її змін, розвиваються під впливом внутрішніх, інтернаціональних факторів і зовнішніх умов, взаємодіють з середовищем проживання.

2. Вплив соціального педагога на людину повинен здійснюватися з урахуванням її соціально-економічного стану, статусу в системі соціально ієрархічних груп різних рівнів управління і самоуправління. Однак головне, що передбачає психодинамічний підхід, зводиться до визнання принципово важливої ролі вивчення і врахування динаміки відносин у конкретній групі, середовищі проживання людини.

3. У рамках психодинамічної концепції здійснюється не тільки аналіз "статус-кво", але і використовується досвід аналізу еволюції відносин між людиною, якій надавалася допомога, з соціальним педагогом.

4. Психодинамічна модель передбачає можливість змін, корекції поведінки, поглядів, відносин людей шляхом впливу на їх внутрішній світ, сприйняття реальностей, характер відносин у контактних групах.

Психосоціальний вплив у контексті психодинамічного ведення соціальної роботи включає декілька відносно самостійних етапів.

1. Вивчення проблем, які має клієнт.
2. Аналіз особливостей соціального стану і психологічного складу,

почуттів клієнта.

3. Зближення, встановлення контакту соціального педагога і клієнта.

4. Осмислення основних подій життя клієнта, вплив останніх на проблеми, які переживає людина.

5. Планування узгодження дій соціального педагога і клієнта на основі завоювання довіри останнього.

6. Спільна діяльність соціального педагога і клієнта по вирішенню його проблем [28].

Екзистенціальна та гуманістична моделі

В екзистенціальному обґрунтуванні роботи соціального педагога акцент робиться на особливостях сприйняття клієнтом відносин у системі взаємодії "суб'єкт-об'єкт-суб'єкт". Осмислення і висновки у цих відношеннях - головне в екзистенціальній моделі соціальної роботи.

У цьому зв'язку завжди розглядають:

1. Правила і ролі у системі "суб'єкт-об'єкт-суб'єкт".

2. Більш широкі системи, в контексті яких існує підсистема "суб'єкт-об'єкт-суб'єкт" і які певним чином на неї впливають.

3. Системи цінностей, у які вірить людина.

4. Як людина бореться зі страхом, відсутністю безпеки.

5. Зв'язок усіх взаємопов'язаних аспектів рішення проблеми.

Екзистенціальна модель теоретичного обґрунтування соціальної роботи виходить з того, що більшість емоційних проблем людини виникає з 4 джерел відчуження:

а) коли люди, значущі в очах даної людини, не визнають її такою;

б) непослідовність чи обман у рішенні проблеми оцінюючих конфліктів;

в) розчарування, хаос чи втрата особистих цінностей;

г) втрата близьких людей (смерть, розлучення, зрада тощо).

Головна мета екзистенціальної технології впливу на людину - допомогти набутти задовільного життя, почати отримувати задоволення від життя. При цьому використовуються важливі правила екзистенціальної терапії:

по-перше, установка на зміну досвіду, практичної діяльності людини;
по-друге, орієнтування на розуміння особистості людини;
по-третє, особиста включеність, занурення соціального педагога в світ цінностей, почуттів, відносин людини.

Гуманістична модель теоретичного обґрунтування соціальної роботи в значній мірі виконує роль філософсько-гуманістичної бази екзистенціальної технології надання допомоги нужденним. Слід зауважити, що це стосується і всієї практики соціальної роботи. У зв'язку з цим соціальний педагог повинен виходити з самоцінності індивідуального світу життя людини, визнання її можливостей вирішувати багато чого самостійно, спираючись на **ОСОБИСТИЙ** духовний і практичний досвід.

Процес надання допомоги в рамках даної моделі соціальної роботи **вимагає:**

1. Визначення сутності існування, яке дає людині відчуття, *що Ти справи* ідуть добре, життя змінюється у прогресивному напрямку. При цьому не обов'язково займатися самовивченням.

2. Акцентування проблем, коли соціальний педагог показує людині, що він готовий **займатися її справами, доводячи це практично.**

3. **Таких дій, коли соціальний педагог демонструє** діяльнісну відкритість, мобільність, а людина бачить, що підтримання безпеки, її відображення не завжди необхідне. Треба просто займатися справою, актуальною для життя кожного з нас.

Суттєво і те, що у соціального педагога у даному разі не повинно **бути** жорстко заданої моделі, якою бути людині, яким суспільству чи середовищу. **Отже, не існує** і діагнозів чи прогнозів, заснованих на цих ідеальних уявленнях. Мета роботи соціального педагога - надихання людини, надання допомоги у розумінні реальних можливостей життя, активне включення в **НЬОГО.**

Завдально-орієнтована і кризис-інвентарна моделі

Для вітчизняної практики ці моделі є досить новими. Схожість даних

підходів у соціальній роботі в тому, що обидва орієнтують на короткочасне, відносно фрагментарне втручання соціального працівника в процес вирішення людиною її проблем, хоч ці втручання можуть за умов необхідності об'єднуватись у серії. Ці моделі спираються на оперативний прагматичний підхід, який розповсюдився за рубежом у зв'язку з незадоволеністю довготривалою стаціонарною психодинамічною допомогою.

Біхевіористська модель соціальної роботи зосереджується на поведінці, яку можна спостерігати. Вважається нерозумним використовувати приховані думки чи припущення про структури розуму, тому що вони не можуть бути незалежно чи об'єктивно перевірені.

Біхевіористська соціальна робота побудована з урахуванням класичного принципу "стимуляції". Визначаються бажані види поведінки, після чого планується оцінка і втручання. Враховується реакція людини на певні стимули, в залежності від чого її вчинки коригуються.

Труднощі в такому напрямку роботи теж є, тому що соціальний педагог може стикатися з немотивованою, необумовленою поведінкою людини. Тоді майже неможливо знайти рішення проблеми в рамках біхевіористського підходу.

Соціально-орієнтовані теорії.

Дані концепції, що є теоретичним підґрунтям для діяльності соціальних працівників, складають основу так званої структурної соціальної роботи. Особливістю цих моделей є системне уявлення про побудову та розвиток суспільства. Спочатку ця теорія була розроблена на біологічному матеріалі: суспільство ←-людина ←-системи кровообігу, травлення ←-клітини ←-атоми ←-ще менші частки. Потім вона почала використовуватися для аналізу соціальних систем.

Теорія екологічних систем

Головним поняттям стала "модель життя", яка передбачає включення людей як системно організованих суб'єктів життєдіяльності, різноманітних

УМОВ буття та їх складну взаємодію. Людина розвивається через зміни, в яких її підтримує середовище, а тому важливою є взаємна адаптація.

Головною метою соціальної роботи в теорії екосистем є посилення адаптивних можливостей людей, вплив їх на оточення таким чином, щоб зробити компроміси між людиною і середовищем її проживання більш адаптивними. Таким чином, соціальний педагог у даному підході до рішення проблем людей впливає не тільки на них, але й на середовище їх проживання. Технологія діяльності соціального педагога в контексті теорії екосистем суттєво відрізняється від більшості традиційних підходів. Системний підхід робить акцент не на індивідуалізацію та психічну проблематику людини, що потребує допомоги, а на соціальний підхід до оцінки проблем її життя, їх типізацію, узагальнення [17].

Слабкістю цього підходу вважається недостатня технологічність та конкретність у визначенні шляхів надання допомоги людям.

Дозволяюча модель

Ця модель передбачає досягнення таких цілей:

1. Допомогти клієнтам побачити і осмислити себе як "каузальних агентів", здатних до пошуку рішень існуючих проблем.
2. Сприяти сприйманню клієнтами соціального педагога як спеціаліста, який має знання та вміння, що можуть бути корисними.
3. Сприйняття соціального працівника як партнера в рішенні певного кола власних проблем.
4. Допомогти у сприйнятті повноважної структури соціальної допомоги, суспільства в цілому як складної і частково відкритої впливу системи.

Комплексно-орієнтовані моделі

До комплексно-орієнтованих моделей ми відносимо когнітивну, соціально-педагогічну і віталістську моделі.

Когнітивна (пізнавальна) теорія поєднує психосоціальні, соціологічні, поведінкові та соціальні елементи в підході до осмислення та рішення проблем соціальної роботи. Представляючи розвиток раціонального

мислення людини по відношенню до захисту нею своїх індивідуальних та соціальних інтересів через оптимальну поведінку, когнітивні теорії орієнтують людину та соціального педагога не тільки на зміну себе, адаптацію до середовища, але й на удосконалення останнього, оптимізацію соціального оточення.

Головними особливостями когнітивного підходу є:

1. Людей найкраще можна зрозуміти, коли вони шукають чи прагнуть до певної мети, долаючи перепони в особистому та соціальному житті.

2. Люди створюють власні моделі дійсності у відповідності з тим, що вони взнали, зрозуміли.

3. Людина набуває впевненості в житті шляхом адаптації до соціальних реальностей, в процесі чого вона змінює ці реальності, змінюючись сама.

4. На процеси адаптації людини і середовища впливає сприймаюче Я - наше уявлення про себе, а також спосіб його впливу на характер сприйняття.

Таким чином, когнітивний підхід, орієнтуючись на раціональні аспекти поведінки людини і адаптації середовища її проживання, підходить до рішення завдань соціальної роботи більш-менш комплексно.

Соціально-педагогічний підхід виокремлює два взаємопов'язаних напрямки роботи соціального педагога: соціалізацію і ресоціалізацію особистості, з одного боку, і педагогізацію оточуючого середовища, тобто перетворення соціальних відносин, середовища проживання особистості, з другого.

