**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

**ВІДКРИТОГО МІЖНАРОДНОГО УНІВЕРСИТЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

Кафедра соціальної роботи

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**за освітньо-науковим ступенем магістр**

**на тему:**

**Соціальна робота щодо проблеми хімічної залежності підлітків і молоді в Україні**

**Виконала:** здобувач вищої освіти

групи ЗСР-18-1м

спеціальності 231 Соціальна робота

заочної форми навчання

**Степанов Микола Сергійович**

**Керівник:**

**Рецензент:**

**Захищено** \_\_\_\_\_\_ лютого 2020 р.

З оцінкою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Голова екзаменаційної комісії

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис, прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис, прізвище та ініціали)

**Полтава – 2020**

#### ЗМІСТ

|  |  |
| --- | --- |
| ВСТУП ………………………………………………………………….. | 3 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ…….… | 8 |
| 1.1. Девіантна поведінка дітей та молоді як форма соціальної дезадаптації……………………………………………………………….… | 8 |
| 1.2. Проблема хімічної залежності у сучасній Україні……………..…. | 21 |
| 1.3. Подолання адитивних залежностей особистості…………………..… | 32 |
| Висновки до першого розділу …………………………………………..… | 39 |
| РОЗДІЛ 2 СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ З НАРКОТИЧНОЮ ТА АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ …………………………………….…. | 40 |
| 2.1. Визначення основних понять у сфері алкогольної і наркотичної залежності……………………………………………………………………. | 40 |
| 2.2. Методологія соціальної роботи з особами з хімічною залежністю.… | 45 |
| 2.3. Профілактика як один з основних напрямків діяльності соціальних служб в молодіжному середовищі…………………………………..…….. | 69 |
| Висновки до другого розділу ………………………………………..……. | 75 |
| РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМ ТА МЕТОДІВ РОБОТИ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОТИЗМУ СЕРЕД МОЛОДІ……………………………………..…… | 77 |
| 3.1. Процедура дослідження та опис дослідження………………………… | 77 |
| 3.2. Інтерпритація результатів дослідження …………………………….… | 81 |
| 3.3. Рекомендації щодо вибору технології профілактики наркозалежності серед молоді……………….……………………………. | 86 |
| Висновки до третього розділу …………………….………………………. | 89 |
| ВИСНОВКИ…………………………………………………………………. | 91 |
| СПИСОК ВИОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ………………………………… | 94 |
| ДОДАТКИ …………………………………………………………………… | 100 |

**ВСТУП**

# Актуальність дослідження. Проблема алкогольної та наркотичної залежності залишається однією з найактуальніших у нашому суспільстві.

# Кількість хімічно залежних зростає в усьому світі, в тому числі і в Україні.У нашій країні зловживання адиктивними речовинами (речовинами, що викликають залежність), набуло характер епідемії.

## Кількість людей, які вживають наркотики близько 100 тисяч (за офіційними даними). Реальна цифра людей, що вживають наркотики, за оцінками МВС, в 10-12 разів більша, і складає 800-900 тисяч, а тенета наркобізнесу ловлять все нові жертви. За даними Інтерполу, в Україні зареєстровано 65 тисяч розповсюджувачів наркотиків [34].

Залежність від психоактивних речовин є однієї з найбільш давніх загальнолюдських проблем.Всі види наркотиків, включаючи алкоголь, у будь-яких дозах несуть хвороби, убогість, руйнування родини й ранню загибель.

# Ця хвороба вражає не тільки тіло і всі рівні особистості людини, але і руйнівно позначається на зовнішніх сферах його життя. З огляду на, етіологічні і патогенетичні механізми розвитку залежності, її лікування є складним процесом, що являє собою сполучення різних методів впливу - медикаментозного, психотерапевтичного, соціального і духовного. Вимагає спільних зусиль лікарів, психологів, соціальних працівників, священнослужителів, а також виняткову роль відіграють алкоголіки і наркомани, що видужали і мають власний досвід і спеціальні знання з проблеми.

# Але відповідних фахівців у цій справі досі недостатньо. Практично вони зосереджені у галузі охорони здоров'я. А дуже важливі сфери, такі як соціальна та правоохоронна, досі недостатньо задіяні внаслідок практичної відсутності добре підготовлених кадрів. Дуже важливе значення, на наш погляд, має поінформованість співробітників цих галузей щодо усіх аспектів проблем, пов'язаних із вживанням адиктивних речовин.

Проблема розповсюдження та зловживання наркотичних засобів в останні роки набуває гостроти і більш широких масштабів, що починає становити загрозливого характеру. У зв’язку з цим виникає актуальність та необхідність у вивченні досвіду з розв’язання цієї проблеми. Останнє й склало мету цього дослідження.

За останні роки виникло й швидко поширилося нове соціальне явище, яке виходить за рамки спеціальних дефініцій. Маються на увазі масові факти адиктивної поведінки, формування особливих соціальних груп споживачів адиктивних речовин і відповідної адиктивної субкультури, виникнення специфічних соціальних відносин, певна трансформація соціальної структури під впливом наркотизму, формування й інституціалізація цілої антинаркотичної індустрії. Ось чому актуальним завданням є вивчення не наркоманії як хвороби, адиктивної поведінки як соціальної девіації чи правопорушення, а наркотизму як соціального явища.

# Соціологи під наркотизмом розуміють «поширеність і характер споживання наркотичних речовин як соціальне явище» (А.А. Габіані, Я.І. Гілінський, Л.Є. Кесельман, А. Я. Вілкс [27]).

# Наркотизм визначається і як особливе негативне соціальне явище - «негативне соціальне явище, сутність якого полягає у долучені до немедичного споживання наркотиків окремих груп населення» (В. М. Міхлін, Є. А. Дюбін [19]) та «соціальне явище, яке охоплює все, що пов'язано з наркогенними речовинами, їхнім вживанням і його соціальними наслідками» (Д. В. Колесов, С. В. Турцевич [19]).

# Окрім цього, термін наркотизм уживається щонайменше в двох значеннях -вузькому і розширеному. У вузькому значенні термін наркотизм описує соціальні характеристики вживання одного класу адиктивних речовин - наркотиків (як сума фактів їхнього вживання). У розширеному значенні під наркотизмом розуміється набагато більш широкий спектр поведінкових проявів [13], ніж наркоманія або вживання наркотиків без залежності, тобто наркотизм означає вживання як наркотиків, так і інших адиктивних речовин, тобто адиктивну поведінку. А.А. Габіані і Я.І.Гілінський розширюють цей термін і до сукупності соціальних явищ, пов'язаних із адиктивною 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 діяльнісної парадигми.

Протягом останніх років в Україні розвиваються та апробовуються різні напрямки профілактики хімічної залежності у підлітковому середовищі, однак втілення ефективних основ превентивних стратегій відбувається з великими труднощами. Швидка залежність, трудомісткість, довготривалість, низька ефективність лікування і реабілітації наркозалежних підказують, що основний акцент треба робити на попередження, первинну профілактику. На думку видатних учених, таких як В.Г.Григоренко [2, 3], В.П.Моченов [4], Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Г.Робертс [6], П.М.Якобсон [7], необхідно змінити всю ідеологію і стратегію антинаркотичної діяльності.

Таким чином, актуальність обраної теми обумовлена проблемною ситуацією, сутність якої полягає у тому, що, з одного боку, відбувається епідемічне поширення наркотизму, а з іншого - бракує соціологічних досліджень цього процесу, немає чіткої наукової соціологічної концепції наркотизму та на часі розробка соціотехнологічних аспектів його профілактики.

У роботі ми розглянемо основні заходи, які можуть застосовуватись для профілактики та подолання хімічної залежності, причини низької ефективності боротьби з нею та можливості збільшення цієї ефективності за рахунок соціально-психологічного обґрунтування подібних заходів.

**Мета дослідження.** Розглянути актуальні питання профілактики хімічної залежності (наркоманії, алкоголізму), які є дійовими засобами боротьби з цим негативним соціальним явищем.

**Завдання** **магістерської роботи:**

* розкрити соціологічний зміст поняття «наркотизм»;
* дослідити соціокультурні аспекти наркотизму;
* визначити загальні закономірності та причини вживання наркотичних речовин молоддю;
* подати характеристику інституціональних основ профілактики наркотизму, напрямків та етапів її розвитку в Україні;
* проаналізувати політико-правові та організаційні основи профілактики наркотизму на міжнародному, національному та регіональному рівнях;
* розглянути діяльність соціальних служб з профілактики хімічної залежності;
* визначити основні недоліки та причини малоефективної боротьби з наркоманією в Україні
* запропонувати підходи до підвищення ефективності профілактичної роботи.

**Об’єкт дослідження** – соціальна робота щодо проблеми хімічної залежності підлітків і молоді в Україні.

**Предмет дослідження** – хімічна залежність як прояв девіантної поведінки підлітків і молоді в Україні.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження для вирішення наукових завдань ми використали наступні методи: ретроспективний аналіз літературних джерел, педагогічні спостереження, методи математичної статистики, порівняння, аналіз та синтез.

**Гіпотеза дослідження** полягає у припущенні що, вбачаючи негативні наслідки хімічної залежності, створюється можливість для розробки та впровадження програм соціальної, педагогічної та психологічної допомоги хімічно залежним.

**Теоретична та практична цінність роботи** полягає в тому, що знаючи передумови виникнення хімічної залежності можна передбачити майбутні наслідки, а також шляхи і методи запобігання та профілактики.

Основні ідеї і висновки роботи розширюють наукові уявлення про структуру й механізм формування наркотизму, закономірності динаміки його розповсюдження в умовах трансформації українського суспільства. Вони створюють базу для подальшого вивчення цього явища. Вбачаючи негативні наслідки хімічної залежності, створюється можливість для розробки та впровадження програм соціальної, педагогічної та психологічної допомоги хімічно залежним. Отримані результати можуть бути основою організації профілактики наркотизму серед молоді на регіональному рівні.

**Апробація дослідження** відбулась на Регіональному науково-практичному семінарі «Діяльність соціального інспектора. Забезпечення контролю за дотриманням законодавства у сфері соціального захисту» (5-7 листопада 2019 р.) –Рівне, 2019р.

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ

1.1. Девіантна поведінка дітей та молоді як форма соціальної дезадаптації

У словнику В. Даля поняття девіації визначено як „ухилення від вірного шляху". Словники із психології, соціології, соціальної педагогіки і соціальної роботи тлумачать девіантну поведінку (від лат. сіеуіагіо - відхилення) як систему вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві правовим або моральним нормам (деструкції, дезорганізуючі відхилення, злочинна, аморальна поведінка); поведінку, яка не узгоджується з нормами, не відповідає соціальним.

Сучасні дослідники розглядають девіантну поведінку („аберація поведінки") як „поведінку, яка порушує загальноприйняті правила, норми, стандарти поведінки, що визнаються й схвалюються в системі конкретної культури" (Г, Аванесов); „поведінку, яка є наслідком негативних процесів соціалізації" (Л. Вєйландє); „система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормам і проявляються у вигляді незбалансованих психічних процесів, дезадаптованості, порушенні процесів самоактуалізації та ухиленні від морального та етичного контролю особистості над власною поведінкою" (А. Капська).

Отже, серед вітчизняних та зарубіжних дослідників не існує єдиної точки зору на термін «девіантна поведінка». Одні вважають, що мова має йти про всі відхилення від схвалюваних суспільством соціальних норм, інші пропонують включати в це поняття тільки порушення правових норм, треті - різні види соціальної патології (алкоголізм, наркотизм, вбивства).

Девіантна поведінка завжди пов'язана з певною невідповідністю людських вчинків, дій, способів діяльності поширеним в суспільстві чи групах нормам, правилам, стереотипам, очікуванням, цінностям. При цьому девіантна поведінка може виступати як засіб досягнення мети, як спосіб психологічного розвантаження, як самоціль, що задовольняє потреби людини в самореалізації та самоствердженні.

Кожне суспільство має свою певну систему норм (цінностей), які містять вимоги до поведінки та обов'язків членів цього суспільства. Норма – це явище групової свідомості у вигляді уявлень, які схвалює група, та найбільш частих суджень членів групи про вимоги до поведінки людей з урахуванням їх соціальних ролей, що створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють, та відображаючи, формують його. Аналізуючи поняття норми, її можна розглядати як: приписи чи заборони; ідеал, що відповідає вимогам соціального середовища, в якому живе людина; діапазон варіативності поведінки. Деякі з норм мають абсолютні та однозначні критерії, розписані в законах та правилах (правові норми), інші - транслюються у вигляді традицій, вірувань чи сімейних, професійних, суспільних регламентацій (моральні та естетичні норми). Соціальні норми в суспільстві виконують орієнтаційну, регулюючу, інформаційну, корекційну, виховну функції, У них закладені певні способи дій, відповідно до яких індивіди будують та оцінюють свою діяльність, спрямовують та регулюють поведінку.

У теорії девіантної поведінки виокремлюється кілька підходів до оцінки поведінкової норми і девіацій.

*Соціальний підхід* базується на уявленні про суспільну небезпеку чи безпеку поведінки людини. Відповідно до цього, до девіантної поведінки належить поведінка, яка може бути потенційно небезпечною для суспільства чи оточуючих людей.

*Психологічний підхід*, на відміну від соціального, розглядає девіантну поведінку у зв'язку з конфліктом, деструкцією та саморуйнівною поведінкою особистості. Девіант, згідно з цим підходом, свідомо чи неусвідомлено прагне зруйнувати власну самоцінність, не дозволити собі реалізувати свої нахили.

У межах *психіатричного підходу* девіантні форми поведінки розглядаються як до хворобливі особливості особистості, що сприяють формуванню психічних розладів та захворювань. Під девіацією в цьому підході розуміють психічні розлади, які не повною мірою досягли психопатологічних якостей.

*Етнокультурний підхід* визначає, що девіації доцільно розглядати з урахуванням традицій певного суспільства. Вважається, що норми поведінки, прийняті в одному соціокультурному середовищі, можуть значно відрізнятися від норм інших груп людей. Тому дуже важливим є врахування етнічних, національних, расових, конфесійних характеристик людини.

*Віковий підхід* розглядає девіації поведінки з позиції вікових особливостей та норм. Поведінка, що не відповідає віковим стандартам, може бути визнана як девіантна.

Девіантна поведінка має різноманітні динамічні характеристики, може бути

Таблиця 1.1.

Характеристика девіантної поведінки

|  |  |
| --- | --- |
| Класифікаційна ознака | Види девіантної поведінки |
| За тривалістю | Тимчасова  Постійна  Стійка  Нестійка |
| За рівнем організації | Стихійна  Спланована  Структурована  Неструктурована |
| За спрямованістю на себе та інших | Егоїстична  Альтруїстична  Експансивна  Неекспансивна |
| За рівнем усвідомлення | Усвідомлена  Неусвідомлена |
| За кількістю осіб | Індивідуальна  Групова |

стійкою чи нестійкою, мати різну спрямованість та соціальну значимість.

Девіантні форми поведінки поділяються на тимчасові і постійні, стійкі та нестійкі. Для тимчасових девіацій характерна обмежена тривалість поведінки, що суперечить певним нормам. Наприклад, підлітки можуть проявляти девіантні форми поведінки лише під час перебування в таборі відпочинку, бути агресивними лише в певній групі тощо. До постійних девіацій відносять такі форми асоціальної поведінки, які мають тенденцію до повторення. Стійкими називають девіації, для яких притаманний лише один вид асоціальної поведінки (наркоманія, дромоманія тощо). При нестійких девіаціях відмічається схильність до проявів різних видів девіантної поведінки (алкоголізм з агресією до ближніх тощо).

Виокремлюють стихійні і сплановані, структуровані (організовані) та неструктуровані (слабоорганізовані) різновиди девіантної поведінки. Стихійні девіації характеризуються спонтанністю та хаотичністю Вони виникають під впливом зовнішніх обставин і характеризуються тимчасовим характером, їх причиною, як правило, є емоційний стан індивіда та збіг обставин. Найбільш типовими стихійними девіаціями для підлітків є вербальна, фізична агресії, спроби самогубства тощо. Сплановані девіації мають характер регламентованості та чіткої спрямованості. Людина завчасно готується до їх реалізації, нерідко переживає радісне і водночас тривожне очікування певного виду діяльності (наприклад, стан комп'ютерної залежності у підлітків). Структурована девіація - це групова форма поведінки в межах якої чітко розподілені ролі всіх її учасників. Для неструктурованої різновидності групової девіантної поведінки характерна відсутність ієрархічних взаємостосунків, регламентація вчинків.

Девіантні форми поведінки по своїй спрямованості на себе та інших бувають експансивні, неекспансивні, егоїстичні та альтруїстичні. Експансивні девіації на відміну від неекспансивних характеризуються вторгненням в сфери життя і діяльності оточуючих, здійснення щодо них різних форм фізичного, психічного та сексуального насильства. При неекспансивних девіаціях індивід своєю поведінкою не зачіпає інтереси інших (наприклад, нервова анорексія - стурбованість вагою свого тіла, постійне обмеження себе в їжі). Егоїстичні девіації відрізниться спрямованістю на отримання задоволення чи особистого зиску. Альтруїстичні девіації спрямовані на задоволення інтересів інших людей, нерідко поєднуються з схильністю до самопожертви та самознищення. Альтруїстичні цілі може переслідувати самогубець, якщо він прощається з життям заради порятунку інших.

По рівню усвідомлюваності та критичності поведінки розрізняють усвідомлені та неусвідомлені девіації. Усвідомлені девіації - це такий вид поведінки, при якій людина усвідомлює, що її вчинки нормам і по відношенню до яких вона може переживати негативні емоції, бажає змінити свою поведінку. Неусвідомлені девіації, як правило, притаманні людям з психічними розладами, які переконані, що їх поведінка носить адекватний характер в порівнянні з вчинками оточуючих, в них відсутнє бажання змінити що-небудь у своїй поведінці.

Розрізняють також первинну та вторинну девіації. Первинна девіація - це власне ненормативна поведінка, яка має різні причини ("бунт" підлітка проти авторитарності дорослих; бажання до самовираження, яке за певних причин не може здійснитися в межах "нормативної" поведінки). Вторинні девіації виникають в результаті свідомого чи неусвідомленого девіантом прагнення діяти відповідно того ярлика, яким оточуючі відмітили його поведінку, що мала місце раніше.

Девіантна поведінка обумовлюється певними причинами. Сьогодні науковці виокремлюють кілька груп детермінантів девіації дітей та молоді.

Соціально-економічні:

* зниження життєвого рівня населення;
* майнове розшарування суспільства;
* обмеження можливостей соціальне схвалених форм заробітку;
* безробіття;
* доступність алкоголю та тютюну для неповнолітніх;
* неконтрольована реклама психоактивних речовин.

Соціально-педагогічні:

* криза інституту сім'ї;
* виховання в неповній сім'ї;
* завищені вимоги батьків до дитини;
* ворожість та конфлікти між батьками, батьками та дітьми;
* критицизм підлітка щодо школи, сім'ї, відчуженість від них;
* низький статус підлітка у класному колективі;
* слабка система позашкільної зайнятості дітей та молоді.

Соціально-культурні:

* зниження морально-етичного рівня населення;
* поширення кримінальної субкультури;
* негативний вплив засобів масової інформації;
* лібералізація статевої моралі;
* домінування серед молоді культу сили.

Психологічні:

* прагнення бути незалежним від дорослих;
* бажання бути визнаним в групі однолітків;
* потяг до самоствердження;
* бажання виглядати дорослим;
* гедоністичні мотивації;
* потреба змінити психічний стан у стресовій ситуації;
* підвищена тривожність, низька самооцінка;
* підвищений, порівняно з однолітками, рівень конформізму;
* акцентуації характеру, психопатії;
* психопатологічні синдроми (депресія, параноя, мстивість тощо);
* негативні риси характеру (заздрість, лінощі, жадібність)

1.1.3. Види девіантної поведінки

Залежно від способів взаємодії з реальністю та порушення тих чи інших суспільних норм виокремлюють кілька видів девіації: делінквентна поведінка, психопатологічна поведінка, наркозалежна поведінка та адиктивна поведінка

Делінквентна поведінка- це сукупність протиправних вчинків людини, за які в особливо важких випадках може накладатися покарання згідно статей цивільного та кримінального кодексів.

До протиправних дій відносять проступки (провини); правопорушення та злочини. Серед типових проступків неповнолітніх виокремлюють лихослів'я, систематичне порушення дисципліни в школі, бійки з однолітками, бешкетування ( наприклад, жбурляння з балкону в перехожих різних предметів; дзвінки по телефону до незнайомих осіб тощо). Правопорушення - це порушення адміністративних та правових норм, які проявляються через дрібні крадіжки, здирництво, викрадення автотранспортних засобів, хуліганство. Злочин - протиправне, суспільно-небезпечне діяння, що класифікується за певними нормами кримінально-процесуального права (зґвалтування, вбивство, нанесення значних тілесних пошкоджень),

Передумовою дєлінквентної поведінки є важковиховуваність. Термін "важкий учень", "важковиховуваний" характеризує дітей з негативним ставленням до навчання та норм моральної поведінки. З точки зору медичної психології відхилення у поведінці неповнолітніх поділяють на патологічні (хворобливі) і непатологічні. Важковиховуваними в непатологічному плані є в цілому повноцінні діти з деякими відхиленнями у фізичному здоров'ї, дещо розладнаною чи ослабленою нервовою системою внаслідок дій психотравмуючих факторів. В їхній поведінці можуть спостерігатися неадекватні реакції, надмірна агресивність, лицемірство, розбещеність, озлобленість, заздрість. Найбільш характерними проявами важковиховуваностї дітей є ледарство, схильність до безцільного проведення часу, безвідповідальність, неорганізованість, неуважність; емоційна нестійкість, слабка спроможність до опору негативному впливу інших.

Психологи виокремлюють такі групи делінквентних осіб:

1. індивіди, які здійснюють правопорушення під впливом певних обставин чи оточуючих людей;
2. особи з достатнім рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників правових норм;
3. люди, що випадково здійснюють правопорушення;
4. особи, що свідомо порушують правові норми.

Психопатологічний тип девіантної поведінки базується на психопатологічних симптомах і синдромах, які є проявами певних психічних розладів та захворювань. Серед найбільш типових видів такої поведінки вчені виокремлюють аутоагресивну поведінку, дисморфоманічну поведінку, гепоїдну поведінку, дромоманію, патологічну сором'язливість.

Аутоагресивна поведінка проявляється в двух формах: самогубство ( суїцид) та самотравмування (парасуїцид).

Дисморфоманія базується на хибній впевненості підлітка про наявність у нього фізичних недоліків. Психічний стан таких підлітків характеризується комплексом неповноцінності, прагненням кардинально змінити свою зовнішність за допомогою радикальних засобів (пластична операція, постійне голодування, надмірні фізичні навантаження тощо). В поведінці таких підлітків спостерігається різке обмеження кола спілкування, занурення у власну проблему, постійний аналіз своєї зовнішності.

Гебоїдна поведінка підлітків характеризується інфантильним егоцентризмом, надмірним прагненням до самоствердження з грубою опозицією до оточуючих, повним ігноруванням моральних норм та цінностей, схильністю до імпульсивної агресії, відсутністю відповідальності, інтересу до продуктивної позитивної діяльності при посиленому патологічному прагненні до всього, що пов'язано з насильством, знущанням, терористичними актами.

Дромоманія характеризується втечами дитини з дому чи школи, поїздками в інші райони міста або населені пункти, прагненням до подорожування, бродяжництва.

Одним з типових для підліткового віку явища є гіперсором'язлива поведінка.

Вона проявляється несміливістю, страхом перед спілкуванням, нездатністю ефективно діяти в присутності незнайомих осіб, відмові від знайомства з новими людьми, страхом бути незрозумілим іншими.

Багато людей широко використовують хімічні речовини, такі, як алкоголь, кава, транквілізатори. Більшості з них вдається зберігати контроль над їхнім уживанням протягом всього життя, і тільки деякі стають справжніми рабами залежності.

Під хімічною залежністю (інші назви - лікарська, наркотична) розуміють залежність від уживання будь-яких психоактивних речовин, які у зв'язку із цим підрозділяються на легальні (тютюн, алкоголь, ліки) і нелегальні наркотики (кокаїн, похідні коноплі, опиата й ін.) [1, с.75].

Таблиця 1.2.

Стадії формування залежності підлітків

від наркотичних та психотропних речовин

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадії залежності | Причини вживання наркотичної речовини | Домінуюча думка людини |
| Соціальна | Бажання бути визнаним в референтній групі, відчути стан зміненої свідомості, про який розповідають інші | Я можу бути в такому стані як вони, якщо захочу |
| Психологічна | Бажання знову опинитися в тому стані, який відчувала людина під час наркотичного сп'яніння | Я хочу бути в цьому стані |
| Фізична | Бажання уникнути фізичного дискомфорту при абстинентному синдромі | Я не можу існувати в іншому стані |

*Синдром залежності* - поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, при яких вживання речовин або класу речовин починає займати перше місце в системі цінностей індивіда. Основною характеристикою синдрому залежності є потреба (часто сильна, іноді непереборна) приймати психоактивні речовини (які можуть бути прописані або не прописані лікарем), алкоголь або тютюн.

Діагноз залежності може бути поставлений тільки при наявності трьох і більше нижче перерахованих ознак, які виникали протягом певного часу:

* сильна потреба або необхідність прийняти речовину;
* порушення здатності контролювати прийом речовин, тобто початок вживання, закінчення або дозування вживаних речовин; фізіологічні ознаки;
* ознаки толерантності такі, як збільшення дози речовини, необхідної для досягнення ефекту, який раніше спостерігався при більш низьких дозах; прогресуюче забуття альтернативних інтересів на користь вживання речовини, збільшення часу, необхідного для придбання, вживання речовини або відновлення після її дії;
* продовження вживання речовини, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки, такі, як спричинення шкоди печінці внаслідок зловживання алкоголем, депресивний стан після періоду вживання речовини, зниження когнітивних функцій внаслідок вживання наркотиків.

*Наркоманія* - хворобливий психічний стан, зумовлений хронічною інтоксикацією організму внаслідок зловживання наркотичними засобами, що віднесені до таких конвенцією ООН чи Комітетом з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я України (надалі комітет) і характеризується психічною та фізичною залежністю від них.

*Наркотичні засоби* - це рослини, сировини і речовини, природні чи синтетичні, класифіковані як такі в міжнародних конвенціях, а також інші рослини, сировина і речовини, які становлять небезпеку для здоров'я населення у разі зловживання ними і віднесені до зазначеної категорії Комітету з контролю за наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я.

*Наркотики* - речовини (офіційно, в установленому порядку, включені до списку наркотичних речовин та наркотичних лікарських засобів), які виявляють специфічну дію на нервову систему та організм людини в цілому, понад усе - на розвиток певних відчуттів, особливих станів наркотичного сп'яніння та зміну свідомості.

*Психотропні речовини* - це будь-які природні чи синтетичні речовини і матеріали, класифіковані як такі в міжнародних конвенціях, а також інші речовини і матеріали, які становлять небезпеку для здоров'я населення у разі зловживання ними і віднесені до указаної категорії Комітетом.

Наркотики та психотропні речовини можуть впливати на центральну нервову систему трьома способами:

1. вона може бути загальмована за допомогою препаратів з седативним та снодійним ефектом (барбітурати, еленіум, седуксен);
2. збуджена за допомогою психостимуляторів (кокаїн, амфетамін) чи психоделітиків (гашиш, маріхуана, анаша);
3. розбалансована при вживанні галюциногенів (ЛСД, крек, екстазі).

*Токсикоманія* - захворювання, яке викликане психічною та фізичною залежністю внаслідок вживання речовин, які не включені до офіційного списку наркотиків, а також вдиханням парів речовин побутової хімії (клей, ефір, розріджувачі, аерозолі).

*Алкоголізм* - хвороба, що характеризується патологічною залежністю від спиртного з поступовою соціально-моральною деградацією особистості.

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає алкоголізм, токсикоманію та наркоманію як різновиди хімічної залежності.

Наркотики в залежності від свого хімічного складу мають різний вплив на людину. На час формування залежності впливає спосіб вживання речовини, дозування, стан здоров'я людини, яка їх приймає. Розвиваючись, залежність від наркотиків проходить, ряд стадій. Кожна наступна не змінює попередню, а навпаки додає до картини захворювання все нові та нові прояви.

Про соціальну залежність говорять тоді, коли людина ще не почала вживати наркотики, але перебуває в середовищі тих, хто робить це. Вона переймає їх стиль поведінки, ставлення до наркотиків та зовнішні атрибути групи. В такій ситуації "близькості" від наркотику людина внутрішньо готова почати їх вживати. Особливо це характерно для підлітків, яких приваблює сама атмосфера, "дух" наркотизованої групи. До того ж підліток може спостерігати стан різкої зміни свідомості. Соціальній залежності сприяє усвідомлення підлітком того, що він в любу хвилину може змінити свій стан за допомогою наркотику.

На стадії психічної залежності поведінка людини змінюється, бо формується синдром психічного узалежнення, який виявляється спочатку неусвідомленим, а потім повністю усвідомлюваним і нездоланним потягом до наркотику. Ознаками неусвідомлюваного потягу можуть бути: стан незадоволеності при відсутності наркотику, пожвавлення в передбаченні його приймання, розмови на "наркотичні" теми, некритична позитивна оцінка співучасників наркотизації і неприязні почуття до людей, що перешкоджають цьому. Поступово думки про наркотик у свідомості підлітка займають домінуюче місце. Стан наркотичного сп'яніння стає для нього найбільш бажаним. Сфера потягів, почуттів перебудовується, будь-які приємні переживання і відчуття втрачають значущість у порівнянні з дією наркотику. В цій стадії розвитку наркоманії підліток втарачає зв'язки з позитивним соціальним оточенням, цікавість до улюблених раніше занять (спорт, музика, розваги), практично перестає навчатися, часто прогулює заняття. Поступово зникає здатність до співпереживання, навіть по відношенню до близьких і раніше коханих людей. Людина прагне або отримати певні відчуття від прийому наркотиків, які можуть бути досить сильними, або, знаходячись під впливом наркотичних речовин, відмежуватися від неприємних переживань та негативних емоцій.

При продовженні вживання наркотичних речовин до яскраво вираженого психічного узалежнення від наркотику додається і фізичне узалежнення. Тепер вже відчуття не тільки психічного, а й фізичного комфорту досягається лише при наявності наркотику в організмі. Якщо дія наркотику припиняється, а чергової дози немає, то виникає абстинентний синдром (синдром позбавлення). Прагнення до наркотику в стані абстиненції переборює всі інші бажання, навіть такі, як голод і спрага. Воно повністю підкоряє собі поведінку індивіда. Підліток у подібному стані думає тільки про наркотики, він здатний на все, щоб якомога швидше здобути і прийняти наркотичну речовину.

На цій стадії наркоманії повністю зникає захисний рефлекс організму на передозування, стабілізується максимальний рівень переносимості наркотику. Ця стадія захворювання супроводжується фізичними змінами, які свідчать про інтоксикацію організму: загальним виснаженням, зміною кольору шкіряних покровів; спостерігаються ламкість нігтів, випадання волосся, зубів, ознаки раннього старіння.

Відбуваються також значні зміни в психічній сфері індивіда: падіння життєвої активності, зниження інтелекту, пам'яті, остаточне згасання моральних почуттів. Відзначається повна втрата соціальних і особистих інтересів, порушуються зв'язки з рідними та близькими, згасають прихильності. Придбання наркотику вимагає великих коштів, які, зважаючи на втрату працездатності, природно, не поповнюються. Це штовхає наркомана на злочинний шлях.

Наркоманія змінює характер людини, спотворює її особистість. Поведінка наркомана стає обтяжливою для оточуючих, особливо для рідних і близьких, оскільки вони неприємні в спілкуванні, черстві, егоїстичні, бачать в оточуючих своїх ворогів.

Про вживання підлітками наркогенних речовин часто свідчить:

* зміна кола знайомих, поява нових друзів, з якими вони не знайомлять батьків (як правило, такі друзі не заходять в квартиру, а викликають підлітка на вулицю);
* поява нової тематики у малюнках підліктів, які люблять малювати (зображення шприців, головок маку), а також аналогічного татуювання;
* виникнення грошових боргів, продаж сімейних цінностей або перепродаж речей для отримання власних грошей;
* байдуже ставлення до навчання, нехтування своїми обов'язками (погіршення успішності, прогули);
* порушення біологічних ритмів, які безпосередньо пов'язані з прийомом наркотиків: різка зміна настрою, почуття пригніченості, роздратованості;
* зміна тривалості сну, надмірне вживання їжі та великої кількості рідини (особливо солодкої);
* зміна ритму активності: зниження в ранкові години і вдень (сонливість, в'ялість) і підвищення її у другій половині дня, ближче до ночі (безсоння);
* поява слідів проколів шкіри за ходом підшкірних вен;
* зміна зовнішнього вигляду підлітка (почервоніння або блідість шкіри, схуднення чи збільшення ваги, блиск очей з незвичайною зміною величини зіниць, поява жовтизни на зубній емалі або швидке руйнування зубів: зміна в темпі мови (прискорена чи сповільнена));
* відсутність кашлю під час простудних захворювань, порушення у травленні їжі (рвоти, запори, поноси);
* поява у квартирі тютюнового диму, змішаного із запахом паленої трави або синтетики;
* кіптявого посуду (миски, ложки, баночки); шприців, лікарських речовин, цілих або подрібнених рослин, згортків бинтів, які просочені розчином коричневого відтінку;
* засобів побутової хімії, яких не купували дорослі.

## 1.2. Проблема хімічної залежності у сучасній Україні

Алкоголізм, наркоманія та токсикоманія наносять значну шкоду економіці нашої країни і здоров’ю населення, руйнуючи, насамперед, здоров'я та долю молодих людей.

Алкоголізм, наркоманія та токсикоманія займають одне із провідних місць серед причин передчасної смертності населення України. За даними Міністерства охорони здоров’я України в нашій країні загальна кількість осіб, які зловживають спиртними напоями, становить понад 650 тисяч чол. Близько 85% із них – це особи у віці від 25 до 55 років. Цироз печінки, алкогольний психоз, панкреатит і різні види раку стравоходу і підшлункової залози є причинами смерті здебільшого саме осіб, які зловживають спиртними напоями і мають залежність від алкоголю. Стабільно високий показник смертності населення від зазначених хвороб свідчить про збереження високого рівня загального вживання спиртних напоїв в Україні.

Розрахунки показують, що зміна вживання спиртних напоїв населенням лише на 1% змінює загальну смертність на 0,5%, що дорівнює 11 тис. чол. Навіть невелике на 5-10% зменшення вживання спиртних напоїв збереже життя 100-200 тис. чол. щорічно. За статистичними даними майже 80% спиртних напоїв в Україні вживаються людьми, які не маютьзалежності від алкоголю.

Проте, переважна більшість (70-90%) травм, отруєнь, нещасних випадків, у тому числі і на транспорті, трапляються часто не лише з тими, хто зловживає спиртними напоями, а зі "здоровими" людьми, які перебувають в стані алкогольного сп’яніння. Установлено, що при наявності 0,05% алкоголя в крові ймовірність дорожно-транспортної пригоди збільшується у 5 раз, а при 1% алкоголя в крові – у 25 разів.

Алкоголізм, наркоманія і незаконний обіг наркотичних засобів і психотропних речовин в усьому світі стимулюють зростання рівня злочинності, насильства і корупції.

Сьогодні в Україні на наркологічному обліку знаходиться близько 116988 осіб, які вживають наркотичні засоби і психотропні речовини, та осіб, хворих на наркоманію (248,4 на 100 тисяч населення). Віковий аналіз контингенту зареєстрованих осіб, хворих на алкоголізм і наркоманію, показує, що майже всі вони є особами активного віку, понад 78% мають вік до 30-ти років. Переважна більшість цих осіб вживає наркотичні засоби чи психотропні речовини бiльше 2-х разiв на день. Серед популярних в країнi наркотикiв швидко зростають обсяги вживаного героїну, кокаїну, в тому числi, у виглядi розповсюдженого в свiтi рiзновиду “крек”, iнших так званих “важких” наркотикiв – “екстазi”, метамфетамiнiв та “легких” наркотикiв - каннабiсу (гашишу, анашi тощо). Причому, каннабiс (конопля) набув популярностi в молодiжному середовищі.

Слід зазаначити, що у сфері врегулювання цієї складної соціальної проблеми переважають репресивні та заборонні заходи, а не цілеспрямована комплексна профілактика алкоголізму, наркоманії та токсикоманії. Разом з тим, світовий досвід свідчить, що такими заходами боротьби поліпшити алкогольну та наркологічну ситуацию неможливо, оскільки основою мають бути профілактичні заходи, спрямовані на формування у населення, насампред у дітей та молоді, активної життєвої позиції, негативного ставлення до вживання спиртних напоїв і незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних і токсичних речовин.

В той же час, чинні закони України (Основи законодаства України про охорону здоров’я, Закон України про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними), що регламентують надання спеціалізованої медичної допомоги наркологічним хворим, в своїх положеннях не містять заходів профілактики алкоголізму, наркоманії та токсикоманії. Окрім того, вони не враховують специфіку наркологічної патології та мають істотні недоліки, які утруднюють можливість застосування їхніх норм на практиці.

Відомо, що в основі наркологічної патології лежать порушення психічної діяльності та нездатність хворого адекватно оцінювати свій психічний стан і поведінку, у тому числі при прийнятті рішення щодо надання наркологічної допомоги. Особи з наркологічною патологією можуть вчиняти дії, що становлять ризик небезпеки для життя і здоров’я цієї особи, або оточуючих. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, травм і причин смерті наркологічна патологія включена до спеціального розділу “Психічні розлади та розлади поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин”, який охоплює всі існуючі форми цієї патологіі.

Як повідомив голова Національної ради з питань охорони здоров'я при президентові України Микола Поліщук,  **Україна втрачає щороку понад 40 000 своїх громадян**, загибель яких обумовлена [алкоголем](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) (журнал «Здоров'я і довголіття» опублікував іншу кількість: 46000 — №24(949), 2008). Це близько 8 тисяч отруєнь, ще 8 тисяч — кардіопатій, а також інші захворювання та нещасні випадки, пов'язані з вживанням [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol). Крім того, за його словами, в Україні зараз фіксується 25-30% випадків [дитячої патології новонароджених](http://tvereza.info/alcohol/effects/procreationeffects.html), і дуже часто причиною цього є саме алкоголь, тобто вживання [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) як мамою, так і татом. Але цей факт зазвичай не розголошується...

Смертність уже багато років поспіль значно перевищує народжуваність. За 17 років населення України скоротилося майже на 6 мільйонів (51,94 млн. на 1 січня 1991 року — 46,19 млн. на 1 жовтня 2008 року). В середньому це 330 тисяч чоловік щорічно.

Якщо до алкогольних втрат додати ще близько 120 тисяч українців, що гинуть за рік внаслідок тютюнопаління, та 10 тисяч — від вживання нелегальних наркотиків (знову ж таки, це лише офіційні дані), отримаємо, що **скорочення населення як мінімум наполовину спричинене алкоголем, тютюном та іншими наркотиками.**

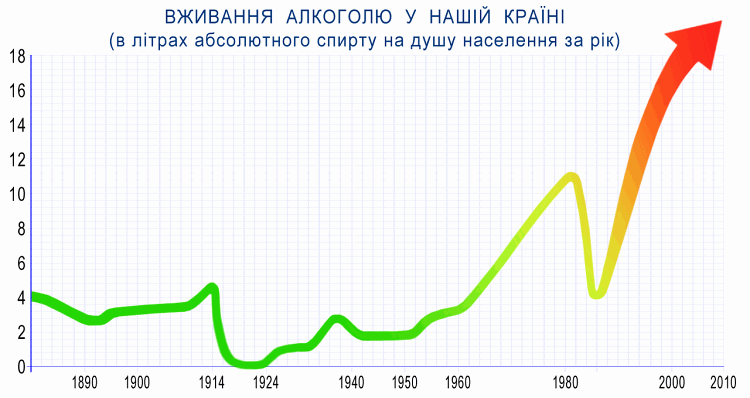
Сьогодні рівень споживання [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) в Україні є одним із найвищих у світі і становить **близько 20 літрів абсолютного спирту на душу населення за рік (Рис.2.1.1.)**(офіційна статистика повідомляє про 12-13 літрів). 

Рис.1.2.1. Рівень споживання алкоголю в Україні

Відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм, вимираючою вважається нація, яка вживає понад 8 л чистого спирту на душу населення на рік. Крім того, наше законодавство не визнає [алкогольним виробом](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholproducts) [пиво](http://tvereza.info/alcohol/beer/beerinoffensive.html), тим самими позбавляючи населення країни захисту від [алкоголізації](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholization).

Щороку в Україні гине від алкоголю та наркотиків майже 380 тис. осіб.

А тим часом алкобізнес не спить: за даними маркетингових досліджень міжнародної компанії Nielson **Україна стала абсолютним лідером у списку найшвидше зростаючих ринків за обсягами продажу алкогольної продукції.** У той час як в 2017 році глобальний алкогольний ринок виріс на 6%, показник росту вітчизняного ринку склав 43%. За перше півріччя 2018 року більше 450 мільйонів гривень утекло з кишень громадян України в закрома компанії Nemiroff, а близько 715 мільйонів гривень — розчинилися в капіталі компанії «Союз-Віктан». Таким чином, населення власноруч оплачує своє винищення.

Як показують останні дослідження ВООЗ, Україна займає перше місце в світі по вживанню [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) серед дітей та молоді. **40% дітей у віці від 14 до 18 років вже залучені до систематичного вживання** [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol), заборона ж продавати [алкогольні «напої»](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholliquors) особам віком до 18 років існує лише на папері. Армія алкогольних та тютюнових наркоманів постійно поповнюється, одурманюючі суміші невпинно поглинають нові покоління...

За інформацією головного психіатра-нарколога Київської області, заслуженого лікаря України Геннадія Зільберблата, **кожен десятий українець, що вживає алкоголь, стає алкоголіком.** За останні 10 років кількість осіб, що знаходяться в залежності тільки від пива, зросла в 10-12 разів.

Народ України стрімко наркотизується і самознищується, і надії, що цей процес зупиниться або принаймні сповільниться сам по собі — безпідставні. За даними кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Шупика в Україні 30% чоловіків віком від 25 до 50 років залежні від алкоголю.

В Україні офіційно зареєстровані та поставлені на наркологічний облік 700 тисяч осіб (точна кількість залежних від [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) невідома, оскільки її важко встановити). За словами Г. Зільберблата, коли говорять про вплив алкоголю, в тому числі на міжнародному рівні, такий термін як «зловживання» взагалі не використовується, оскільки фахівці оперують лише поняттям «споживання алкоголю».

Здоровій, тверезій людині властиво невпинно прагнути нових здобутків у своєму фізичному та духовному розвитку. Замість цього нас з дитинства позбавляють права вибору між вживанням [алкоголю](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) та свідомим [тверезим життям](http://www.slovar.tvereza.info/18-t.html#soberlife). Ледве не з пелюшок діти змушені спостерігати обряди «культурного вживання» загадкової рідини, а ось здоровим, тверезим традиціям їх ніхто не навчає! А всі розмови, що точаться навколо цього, підступно переводяться на «норми» вживання отрути - скільки вважати шкідливим, а скільки - «культурним».

Спокусити людину [алкоголем](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcohol) - найлегший спосіб позбавити її можливості задуматися над своїм розвитком, не кажучи вже про досягнення в ньому нових, неперевершених результатів. Це найпростіший спосіб запустити механізм деградації не тільки якоїсь окремої [особистості](http://www.slovar.tvereza.info/11-l.html#personality), але й усього суспільства в цілому.

З 2015 року пиво визнане «слабоалкогольним» розчином, тим самим надно споювателям поряд з формальними обмеженнями безліч способів обминати ці обмеження і залучати молодь до вживання цього наркотику...

## Кількість хімічно залежних зростає в усьому світі, в тому числі і в Україні. Наркоманія в Україні, на думку спеціалістів, давно набула ознак епідемії.

## Кількість людей, які вживають наркотики близько 100 тисяч (за офіційними даними). Реальна цифра людей, що вживають наркотики, за оцінками МВС, в 10-12 разів більша, і складає 800-900 тисяч, а тенета наркобізнесу ловлять все нові жертви. За даними Інтерполу, в Україні зареєстровано 65 тисяч розповсюджувачів наркотиків [34].

Всі види наркотиків, включаючи алкоголь, у будь-яких дозах несуть хвороби, убогість, руйнування родини й ранню загибель.

Дарвін і його послідовники у своїх працях висміювали економістів, які готові бачити в продуктах виробництва спирту джерело народного добробуту. Він писав: «Скільки затрачається енергії, землі й сил на добування цього згубного продукту, що не дає ніякого харчування, що не представляє користі, якщо не вважати аптекарського й промислового застосування, але маючого головною своєю метою тілесне й духовне псування людського організму. Було б смішно, якби не було так смутно, стежити за зосередженістю, з якою чиновники вищого рангу визначають доходи зі спирту. Бюджет держави регулюється шляхом отруєння народу алкоголем. Фактично соки й здоров'я народу валяться на вівтар Молоха. Такий вид політичної економії заслуговує лише назви «неправди й обдурювання»...»

Для розуміння зусиль алкобізнесу в напрямку отруєння населення алкогольними отрутами корисно розглянути динаміку зміни формулювань стандартів ГОСТ:

У ГОСТ від 1972 року — «Етиловий спирт — безбарвна рідина з характерним запахом. Сильний наркотик, що викликає спочатку порушення, а потім параліч нервової системи».

У ГОСТ від 1982 року — «Етиловий спирт — безбарвна рідина з характерним запахом. Сильний наркотик».

У ГОСТ від 1993 року — «Етиловий спирт — безбарвна рідина з характерним запахом».

Охорона здоров’я всього світу сьогодні б'є тривогу із приводу небувалого раніше залучення молоді в споживання алкоголю. Дійсно, виробники алкогольних виробів сьогодні не просто пропонують покупцям свій товар. Вони намагаються нав'язати його споживання за допомогою винаходу й просування особливого стилю життя, виправданого сумнівними цінностями й ідеями, але насиченого яскравими емоціями й гострими відчуттями. І для цього використаються найрізноманітніші прийоми, робиться все можливе, щоб виставити споживання алкогольного зілля як можна більше привабливим для молоді. А особливо успішні в «слабоалкогольному» бізнесі вже не приховують, що свідомо прагнуть впровадити свої «продукти» у масову свідомість, щоб молоді покоління не могли навіть подумати про можливості їхньої відсутності в повсякденному житті.

Таким чином, виробники алкогольних виробів, одержуючи надприбуток, наносять величезний збиток народу й державі. У сучасному суспільстві в тих країнах, де споживання алкоголю одержало широке поширення, втрати держави від п'янства й алкоголізму приймають дивовижні розміри, так саме як й у нас.

При умові тверезості держава позбудеться всіх цих нескінченних збитків, а отже - і фінансове становище країни буде незрівнянно стійкіше. Країна, що не в змозі впоратися з алкогольною наркоманією, розоряється як матеріально, так і морально. Народ же прямує до деградації.

Сьогодні в Україні регулярно вживають наркотики 5 млн. Офіційна статистика по наркоманії наводить цифру - 500 тис. наркоманів, проте це ті, що добровільно встали на медичний облік. Медичні установи можуть стаціонарно пролікувати за рік не більше 50 тис. чоловік.

За офіційною статистикою, щорічно в Україні близько 150 тис. молодих людей стають наркоманами. А 450 тис. молодих людей має подвійний діагноз - ВІЛ та наркоманія. Від загальної кількості ВІЛ - інфікованих, наркомани складають 88%. Близько 120 тис. людей щорічно помирають від наркоманії та її наслідків (тобто, 329 осіб на добу).

Від загального числа наркоманів в Україні за статистикою - 20% - це школярі. 60% – молодь у віці 16-30 років, 20% - люди більш старшого віку

Середній вік залучення до наркотиків в Україні складає за статистикою 15-17 років, різко збільшується відсоток вживання наркотиків дітьми 9-13 років. Відмічені і випадки вживання наркотиків дітьми 6-7 років - до наркоманії їх залучають батьки-наркомани. Основними місцями поширення наркотиків в містах України є школи і місця розваги молоді - дискотеки і клуби. 70% з опитаних перший раз спробували наркотики саме тут.

На думку експертів, кожен наркоман залучає услід за собою до вживання наркотиків 13-15 чоловік. Число смертей від вживання наркотиків за останні роки виросло в 12 разів, а серед дітей - в 42 рази. Приблизна тривалість життя наркоманів з моменту початку вживання наркотиків складає в середньому - 4-5 років.

Близько 90% злочинів за даними МВС сьогодні відбуваються на ґрунті наркоманії. Розбійні напади, крадіжки, пограбування, вбивства здійснюються часто ради однієї дози. Статистика наркоманії по Україні говорить, що з числа тих, що вживають наркотики виліковуються лише 5-6 відсотків наркоманів.

Статистика, надана головним наркологом країни Анатолієм Вієвським ще тривожніша: щорічна кількість наркоманів у нашій державі, за даними МВС, збільшується в середньому на 5-10%.

За даними МВС, у школах до закінчення навчання 30% учнів пробували «трамадол», а 10% - регулярно його споживають. (http://drugs.tverezist.org.ua/article-34.html).

Кожного року з понад 12 млн. зареєстрованих випадків захворювань, що передаються статевим шляхом, 3 мільйони припадає на підлітків.

Загалом нині в нашій країні близько 110 тисяч дітей перебувають у статусі сиріт і позбавлених батьківського піклування. (http://www.viche.info/journal/941/)

Для дітей з розумовими вадами в Україні відкрито 239 допоміжних спеціальних шкіл. Вони не вміщають усіх охочих, тому потреби в таких закладах постійно зростають. (<http://compromat.ua/ru/16/21678/index.html>)

Лише за офіційною статистикою в Україні більше 30 тисяч "бомжів" (<http://vsirazom.org/page/charity/33/current/>).

15% дітей вулиці коляться, звісно, що на нові шприци їм не вистачає коштів. Кожна друга дівчина з вулиці лягає у ліжко за гроші. Серед безпритульних юнаків кожен десятий мав секс із чоловіками за певну винагороду. Всі ці дані соціологи збирали для спеціальних програм боротьби проти СНІДу, але грошей на порятунок безпритульних так і не отримали. (http://www.youtube.com/watch?v=drUu20HFXXs).

Статистичні дані про злочинність, кількість наркозалежних, повій практично не оприлюднюється. Але з того, що вдалося знайти на офіційних сайтах Інтернету стає зрозуміло, що статистика є жахливою. Наркотики становлять загрозу національній безпеці України. Але держава реальних коштів на подолання цих проблем не виділяє і спеціальних законів не створює.

Соціологи і психологи намагаються привернути до цієї проблеми громадськість. Для цього проводять різні дослідження. Але це все не дає бажаних результатів. Ситуацію, яка склалася в Україні можна порівняти з пожежею. А замість того щоб її гасити нам пропонують ще краще дослідити всі її нюанси: заміряти температуру вогнища, концентрацію диму, в якому кутку горить краще, в якому – гірше…

Якби подібним чином рятували чиєсь помешкання від пожежі, то кожен із нас поскаржився б на пожежників. Але коли таким чином обходяться з проблемами наркоманії, це майже всіх влаштовує.

Крім того, наркоманами звикли вважати і ставити на облік лише тих, що палять марихуану, канабіс, роблять ін’єкції тощо. Але насправді, не треба заплющувати очі на те, що все це починається з алкогольної і тютюнової наркоманії. І ті що вживають алкоголь, зазвичай не визнають того, що завдають шкоди своєму здоров’ю і ризикують мати розумово відсталих дітей.

На цьому етапі кожна людина намагається виправдати свої вчинки і починає розповідати про корисність для здоров’я високоякісних сортів вина, коняку, горілки тощо. Вони також стверджують, що пити треба в міру, а потреба в кожного своя, тому одні п’ють більше, інші – менше.

Якщо зважити, яку користь приносять алкогольні напої і яку шкоду, то негатив у тисячі разів перевищує позитивні якості. Так, у світі немає нічого абсолютно гарно або абсолютно поганого. Треба просто оцінювати чого більше і робити відповідні висновки.

Теорія культурного споживання алкогольних напоїв призводить до того, що люди позитивно сприймають алкоголь і починають його вживати. Алкоголь є страшним наркотиком, тому дози в будь-якому випадку будуть збільшуватись. Продаж таких товарів приносить величезні прибутки, тому рекламують його достатньо грамотно і переконливо. Ціна теж є доступною для всіх.

Ще за часів Радянського Союзу, російський Академік Углов написав наукову працю, у якій довів шкідливість вживання алкоголю навіть у малих дозах. Вивчення цієї праці заборонялось у вищих навчальних закладах. Професор Жданов з Новосибірського Державного Університету РФ, який став послідовником Углова та одним із засновників громадського руху «За тверезе суспільство» теж зазнав переслідувань з боку радянської влади.

В проблемах алкоголізму люди часто звинувачують продавців, владу і кого завгодно, а самі в той же час наливають своїм дітям фужери вина і шампанського, тим самим привчаючи їх до вживання алкоголю.

За наслідування такої «культури» український народ розплачується сотнями тисяч дітей з вродженими розумовими та іншими відхиленнями, тисячами сиріт, наркоманів, злочинців і великою смертністю всього населення. Адже найбільше людей помирає від серцево-судинних захворювань, які у більшості випадків спричиняє алкоголь. На другому місці маємо онкологічні хвороби, які викликає паління. Тож нехай кожен задумається над тим, що має особисто сам і його родина від вживання алкоголю та паління та зробить відповідні висновки.

## Україна активно підтримує ініціативи міжнародного співробітництва, спрямовані на боротьбу з транснаціональним наркобізнесом. Вона виступає в якості однієї з сторін всіх трьох конвенцій ООН, що регулюють питання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. За ініціативою України Генеральна Асамблея ООН в 1990 році прийняла політичну декларацію і Всесвітню програму дій, оголосивши 90-ті роки десятиліттям боротьби з незаконним виробництвом і розповсюдженням наркотичних засобів та психотропних речовин.

## Отже, вивчення джерел та стану проблеми хімічної залежності в сучасній Україні показало, що існує значна кількість хімічно залежних людей. Ринок хімічних та наркотичних препаратів поповнюється та поширюється з новою силою. В напрямку зниження такої ситуації працюють і соціальні служби і правоохоронні органи.

**1.3. Подолання адитивних залежностей особистості**

Залежна поведінка особистості являє собою серйозну соціальну проблему, оскільки у граничному прояві може мати такі негативні наслідки, як втрата працездатності, конфлікти з навколишніми, здійснення злочинів. Залежна (адиктивна) поведінка, як вид девіантної поведінки особистості, має безліч підвидів, які диференціюються переважно за об'єктом адикції. Теоретично (за певних умов) це можуть бути будь-які об'єкти або форми активності – хімічна речовина, гроші, робота, ігри, фізичні вправи [1, с.68].

За останні роки спостерігається різке збільшення розповсюдження адиктивних розладів, різноманітність їх форм, проява нових різновидів.

Адикція (англ. аddiction – схильність, пагубна звичка, пристрасть) - у загальному розумінні залежність – це прагнення покластися на когось чи щось з метою отримання задоволення або адаптації, залежність від деяких предметів, речовин чи видів діяльності.

Залежність поділяють на нормальну та надмірну. Усі люди мають вроджену схильність до формування залежності від таких життєво необхідних об’єктів, як повітря, вода, їжа. Більшість людей протягом життя мають стійку здорову прихильність до батьків, друзів, дружини, чоловіка. Схильність до надмірної залежності породжує залежну поведінку, тісно пов’язану як зі зловживанням особистістю кимось або чимось, так і з порушенням її потреб.

У сучасній літературі, говорячи про залежну поведінку, часто використовують термін „адитивна поведінка”, уведений В. Міллером для визначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики й тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність.

Перевага терміна „адиктивна поведінка” полягає в його інтернаціональній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особистість з подібними звичками як „адикта”, або „адитивну особистість”.

Значний внесок у вивчення адиктивної поведінки внесли зарубіжні (Р. Браун, Х. Мілкман, С. Сандервірт, Д. Пайнз) та російські (О. Личко, В. Битенський, Ц. Короленко, А. Єгоров, Є. Змановська, В. Рибаков, В. Менделевич, А. Худяков) дослідники. Зараз в Україні проблеми адиктивної поведінки досліджують Н. Максимова, С. Толстоухова, Н. Пихтіна, Г. Золотова та інші.

Залежна (адиктивна) поведінка має багато різновидів, диференційованих переважно за об’єктом адикції. У реальному житті більш поширені такі об’єкти залежності:

1) психоактивні речовини (легальні та нелегальні наркотики);

2) їжа;

3) гра;

4) секс;

5) релігія та релігійні культи.

Відповідно до названих об’єктів Є. В. Змановська виділяє такі форми залежної поведінки:

1) хімічна залежність (куріння, алкоголь, залежність від ліків, наркоманія, токсикоманія);

2) порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі);

3) гемблінг – ігрова залежність (азартні ігри, комп’ютерна залежність);

4) сексуальні (зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайєризм, нікрофілія, садомазохізм);

5) релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, залученість до секти).

Залежності одна з найактуальніших проблем здоров’я людини. Адиктивна поведінка розглядається в рамках деструктивної, тобто поведінка, яка спричиняє шкоду самій людині та суспільству в цілому.

Для синдрому фізичної залежності характерні такі клінічні ознаки:

1) непереборне бажання вживати психоактивні речовини;

2) знижений контроль за початком, закінченням або загальним дозуванням їхнього прийому;

3) уживання з метою зм'якшити синдром скасування (абстинентний синдром);

4) підвищення толерантності до наркотику (потреба в більш високих дозах); 5) зниження ситуаційного контролю (уживання в незвичних обставинах);

6) ігнорування інших задоволень заради прийому наркотиків;

7) психічні розлади або серйозні соціальні проблеми внаслідок уживання.

Незважаючи на деякі розходження в клінічних проявах окремих форм хімічної залежності, останні мають загальні соціально-психологічні ознаки. В основі даної адикції лежить потреба продовжувати прийом наркотику з метою досягнення почуття комфорту або усунення неприємних відчуттів (наприклад, абстинентного синдрому). Потяг до наркотику носить надзвичайно стійкий характер. Подібно до ракової пухлини, воно швидко руйнує особистість і життя хворого. Однією з ознак зловживання наркотиками є соціальна деградація, що проявляється насамперед у швидко зростаючій соціальній дезадаптації. При цьому спостерігається зниження успішності, відмова від навчання або професійної діяльності, конфлікти із соціальним оточенням, проблеми із законом, відхід від родини й друзів, звуження спілкування до наркоманічного кола, ізоляція.

Паралельно із соціальною деградацією відбувається суттєва зміна характеру. На тлі заклопотаності наркотиком наростає загальна необов'язковість, формується амотиваційний синдром (втрата колишніх інтересів). Заперечення стає стилем поводження. Наркозалежний заперечує буквально все: факти вживання, правила, свої вчинки, свою відповідальність, наявність проблем, нарешті, залежність і необхідність її лікування. Спроби навколишніх допомогти залежному або знецінюються або викликають агресію. Реальність повністю перетворюється на фантазії у формі марних мріянь, невиконуваних обіцянок, неправди, ілюзій.

Якщо спочатку адиктивна особистість намагається піти від рішення проблем, то поступово вона взагалі втрачає здатність до дій. Депресія, ізоляція, безпорадність, негаразди із законом - все це, нарешті, приводить до усвідомлення серйозності проблеми. Одним з найбільш важливих є питання про мотивацію наркозалежної поведінки. На початку вживання можна виокремити такі мотиви: атарактичні (досягнення психологічного комфорту й релаксації); субмісивні (прагнення до приналежності й схвалення групи); гедоністичні (одержання специфічного фізичного задоволення); гіперактивації (підвищення тонусу й самооцінки); псевдокультурні (демонстрація якоїсь якості, наприклад, дорослого поводження); пізнавально-дослідницькі (цікавість, прагнення до нових вражень).

В сучасній науково-просвітницькій діяльності виокремлюють наступні види соціально-психологічної роботи з адитивними людьми [2]:

1) соціально-психологічна реабілітація (включення особистості з адиктивною поведінкою в групу підтримки з метою відновлення втрачених соціальних навичок та інтеграції в суспільство);

2) професійне психологічне (індивідуальне, сімейне, групове) консультування (з метою орієнтації в проблемі особистості та визначення способів її ефективного вирішення);

3) кризова допомога (у випадку коли особистість знаходиться у складній життєвій ситуації з метою відновлення психологічного стану завдяки активній психологічній підтримці);

4) соціально-психологічний тренінг ( у формі активного групового навчання з метою підвищення ефективності соціального функціонування особистості);

5) психотерапія ( в формі індивідуальних, сімейних та групових зустрічей з метою поступового зниження періодичності та ступеня проявів симптомів психічних, невротичних, психосоматичних і поведінкових розладів).

Аналіз видів соціально-психологічної роботи свідчить, що вони базуються на психологічній допомозі клієнтам, яка є обов’язковою в усіх випадках.

Під психологічною допомогою розуміється надання людям інформації про її психологічний стан, причини та механізми прояву психологічних феноменів психопатологічних симптомів та синдромів, а також активний цілеспрямований вплив на індивіда з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, блокування психопатологічної симптоматики та реконструкції особистості для формування фрустраційної толерантності, стресо- і неврозостійкості.

При визначенні провідних причин конкретного випадку аддиктивної поведінки, а також для планування психолого-соціальної допомоги потрібне сполучення комплексного й індивідуального підходів. Зв'язок досліджуваних проблем з ранніми переживаннями й травмами (приблизно на першому році життя - для харчових порушень, і перших двох-трьох років - для хімічної залежності) частково пояснює особливу стійкість залежного поводження.

Знайомлячись із класифікацією поведінкових девіацій, ми могли наочно переконатися в різноманітті їхніх проявів. Принципово важливо те, що різні форми поведінки, що відхиляється, мають загальні властивості, які є критерієм приналежності до групи девіацій.

Серед вчених й практиків багатьох країн світу вже давно точаться суперечки навколо різних способів вирішення проблем, пов'язаних із вживанням [алкогольних сумішей](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholmixtures), тютюнових виробів і [нелегальних наркотиків](http://www.slovar.tvereza.info/13-n.html#illegaldrug). Однак найчастіше вони збивають верхівки будяків, не торкаючись їхніх коренів. Простіше кажучи, розв'язати проблему нелегальних наркотиків без вирішення алкогольної й тютюнової проблем ще нікому не вдавалося.

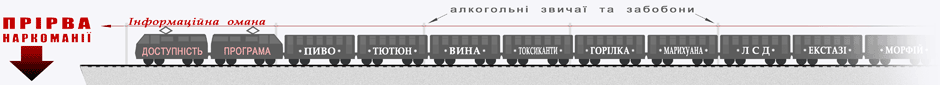


Рис. 1.2.2. Прірва наркоманії

Проблема наркотизму, як зауважив президент [Міжнародної академії тверезості](http://www.intacso.ru/) О.М. Маюров, нагадує довгий, сильно завантажений поїзд. Перший вагон його наповнений пивом, другий - тютюном, третій - вином, четвертий - різними токсикантами, п'ятий - горілкою, шостий - марихуаною, сьомий - ЛСД, восьмий - екстазі, дев'ятий - морфієм, десятий - героїном, і т.д.

Замислимося над питанням: де, коли й при яких умовах майбутній наркоман заскочив у цей алкогольно-тютюново-наркотичний поїзд? Спільно з Групою Помпіду при Раді Європи було вивчено близько 10 тисяч наркоманів у Центральній та Східній Європі. Виявилося, що 99% наркоманів (зокрема, всі 100% героїноманів) застрибнули в цей жахливий поїзд із першого або з другого вагона. А потім вони разом зі своїми «собутильниками» пробігли з перших вагонів до останніх. Багатьох з них наркотики скинули у безодню на ходу поїзда, лише деякі доповзли до вагона з героїном. Одночасно виявлено й іншу закономірність: у по-справжньому тверезих родинах не знайшли жодного героїномана.

А що ж рухає цей поїзд? Виявляється, тягнуть алкогольно-тютюново-наркотичний поїзд два зчеплені електровози. Перший з них - [*доступність наркотичних виробів*](http://www.slovar.tvereza.info/13-n.html#narcoticavailability)*,* а другий — ***масова*** [*психологічна програма*](http://www.slovar.tvereza.info/15-p.html#program) ***на їх вживання.*** Силу свою вони черпають з потоку інформаційної омани, який щедро оплачується [алкогольною](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholmafia) та [наркотичною мафією](http://www.slovar.tvereza.info/13-n.html#narcomafia). Опорними стовпами для цієї інформаційної омани служать наші [алкогольні звичаї](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholcustoms) та [забобони](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholsuperstitions)...

Отож, щоб вирішувати проблему наркотизму серйозно й послідовно, потрібно не обрубувати, як гідрі, хвіст цьому образному поїзду. Його потрібно зупинити повністю, а саме:

* похитнути [звичаї](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholcustoms) та [забобони](http://www.slovar.tvereza.info/01-a.html#alcoholsuperstitions), що змушують нас ставитися до келихів з чарками і пачок з сигаретами як до добрих приятелів;
* знеструмити потік інформаційної омани, що не дозволяє населенню дізнатися правду про ці [легальні наркотики](http://www.slovar.tvereza.info/11-l.html#gotolegalnarcotics);
* обмежити доступність [легальних наркотиків](http://www.slovar.tvereza.info/11-l.html#gotolegalnarcotics);
* знищити [психологічну програму](http://www.slovar.tvereza.info/15-p.html#drinkingprogram) на вживання цих [наркотиків](http://www.slovar.tvereza.info/13-n.html#narcotic) шляхом усвідомлення справжньої сутності поняття [«спиртні напої»](http://www.slovar.tvereza.info/17-s.html#spirituousliquors), прихованої під їх безневинною назвою;
* перешкодити залученню молодих «клієнтів» [наркобізнесу](http://www.slovar.tvereza.info/13-n.html#narcomafia) до перших, найпривабливіших вагонів наркотичного поїзда.

Лише сукупність цих заходів як на державному, так і на особистому рівні зможе врятувати від падіння у прірву нас та наших дітей.

Іншими словами, щоб вирішити проблему наркотизму на державному рівні, слід застосувати так звану «систему пресу», де йде гармонічний вплив як на попит, так і на пропозицію наркотиків у всіх видах й кількостях. «Закон + відмова» - так, якщо коротко, можна сформулювати систему вирішення алкогольно-тютюново-наркотичної проблеми як у світі в цілому, так і в нашій країні зокрема.

**Висновки до першого розділу**

# Хімічна залежність - це глобальне захворювання розуму, душі, тіла. Іншими словами, хвороба уражає людини на багатьох рівнях. Хімічна залежність - це результат і прояв первинного захворювання, хімічної залежності від речовин, що викликають зміни настрою.

До чинників хімічної залежності можна віднести: соціальні, біологічні, психологічні та медичні. Важливим у розумінні причин залежності є відносний внесок кожного фактора в залежності від соціального настрою суспільства, особливостей культурних традицій і звичаїв, етнічної своєрідності населення, характеру і властивостей наркотику і, нарешті, етапу розвитку пристрасті. Таким чином, провідними можуть ставати то одна, то інша група факторів.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ З НАРКОТИЧНОЮ ТА АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

**2.1. Визначення основних понять у сфері алкогольної і наркотичної залежності**

Термін «наркотик» містить у собі три «критерії»: медичний, юридичний і соціальний (але подібне розуміння прийняте не у всіх країнах).

Відповідно до медичного критерію наркотики — речовини, які в силу свого хімічного складу спроможні специфічно діяти на центральну нервову систему (стимулююча, ейфоруюча, галюциногенна, седативна дія), 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 грає 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, які підлягають спеціальному контролю». Немедичний обіг наркотиків (вирощування, транспортування, продаж, збереження) є злочинним діянням, що карається відповідно до Адміністративного та Кримінального кодексів України.

Виділення цих трьох «критеріїв» дозволяє 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 аспекті. Проте зловживання ними спричиняє розвиток залежності і цілком конкретних захворювань — хронічного алкоголізму (у випадку зловживання алкоголем) і нікотинової інгаляційної токсикоманії (або нікотинізму) у запеклих курців. Проте, обіг алкоголю і тютюну в Україні і практично у всьому світі легалізований, не заборонений.

Адиктивна речовина — це будь-яка наркотична або психотропна речовина, якісною характеристикою якої є спроможність викликати залежність при її споживанні.

Для позначення будь-яких фактів поведінки у відношенні адиктивних речовин у сучасній науці вживається термін «адиктивна поведінка» (від англ. аddiction — пристрасть, пагубна звичка, схильність до чого-небудь), але цей термін більш широкий, ним позначається поведінка, спрямована на вживання (використання) якого-небудь агента, спроможного викликати залежність. Таким агентом може бути практично що завгодно. Крім хімічної залежності, розрізняють залежність від азартних ігор, комп’ютерну та інтернет-залежність, залежність від релігійних культів і тоталітарних сект, сексуальну залежність й багато іншого. У нашому курсі адиктивна поведінка розглядається як вживання адиктивних речовин (сюди входить не тільки сам процес вживання, але й пошук, придбання, поширення тощо, тобто весь спектр активності, спрямованої на пошук і вживання адиктивних речовин).

Існують і інші визначення адиктивної поведінки.

Адиктивну поведінку А.Є. Личко і В.С. Бітенський визначають як «зловживання різноманітними речовинами, що змінюють психічний стан, включаючи алкоголь і паління тютюну, до того як від них сформувалася фізична залежність… мова йде не про хворобу, а про порушення поведінки… вітчизняні дослідники поширили цей термін і на випадки без індивідуальної психічної залежності».

Ц.П. Короленко визначає адиктивну поведінку як одну з форм деструктивної поведінки, що виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

Останнім часом термін «адикція» часто вживається як рівнозначний залежності, припускаючи усі фізіологічні і психічні симптоми, що виникають при тривалому вживанні адиктивних речовин. Це зростання толерантності до засобу, яким зловживають, постійна занепокоєність тим, як його дістати й вжити, незважаючи на передбачення згубних наслідків, а також повторні зусилля припинити зловживання без помітного успіху тощо.

Суб’єкт адиктивної поведінки позначається терміном «адикт», як залежна людина (в англ. addict — це наркоман).

Сучасний підхід до медичного визначення залежності є кардинально новим у порівнянні із існуючими протягом другої половини XX ст. Він базується на приматі профілактичних заходів, і в його основі лежить феноменологічний принцип.

Зараз терміни «наркоманія», «токсикоманія», «алкоголізм» у медичній практиці офіційно не використовуються. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду для медичної характеристики адиктивної поведінки (постановки клінічного діагнозу) використовуються такі поняття:

F1x.0 — гостра інтоксикація (діагностичні критерії різноманітні для кожного класу речовин):

1. Чіткі дані про прийом одного або декількох психоактивних речовин у дозі, достатній щоб викликати стан інтоксикації;
2. Наявність характерних для даної речовини симптомів, що супроводжуються вираженими порушеннями свідомості, когнітивних функцій, сприйняття, афекту.
3. Наявні симптоми неможливо пояснити незалежною від вживаної психоактивної речовини соматичною патологією або іншим психічним розладом.

Flx.1 — вживання із шкідливими наслідками (зловживання):

1. Чітке підтвердження того, що прийом речовини викликає безпосередньо соматичні або психічні проблеми, включаючи обмеження розумових функцій, відхилення поведінки, які можуть призвести до інвалідизації або зниження соціального пристосування.
2. Шкідливий наслідок повинний бути чітко визначений.
3. Стереотип прийому речовини зберігається щонайменше протягом місяця або повторюється протягом останнього року.
4. Стан на даний момент не відповідає критеріям іншого психічного розладу, що викликається цією речовиною, за винятком гострої інтоксикації (Flx.0).

Flx.2 — синдром залежності.

Протягом щонайменше одного місяця (або, якщо менше місяця, то повторно протягом останнього року) у клінічній картині повинні бути спільно подані три або більше із наведених нижче критеріїв:

1. Компульсивна потреба прийому речовини.
2. Зниження контролю за прийомом речовини (початок, закінчення, дози), що характеризується збільшенням загальної дози і/або тривалості прийому і безуспішних спроб зменшити споживання.
3. Соматичний синдром відміни (Flx.3, F1x.4) при зниженні дози або припиненні прийому, що зм’якшується при поновленні прийому.
4. Підвищення толерантності, зниження ефекту при прийомі старих доз, який викликає необхідність підвищення дози для досягнення старого ефекту.
5. Розширення часу, який витрачається на добування психоактивної речовини, її прийом і перенесення наслідків після вживання, яке супроводжується звуженням здорової соціальної активності й інтересів особистості.
6. Продовження прийому, незважаючи на наявність шкідливих наслідків (F1x.1) при усвідомленні цієї шкоди.

Класифікація DSM-IV вводить відсутнє в МКХ-10 розмежування між залежністю від психоактивних речовин і зловживанням ними, що, у свою чергу, варто відрізняти від «вживання зі шкідливими наслідками» (Flx.1). До зловживання відносять початкові випадки патологічного використання психоактивних речовин, у котрих ще не проявляються у розгорнутій формі всі ознаки залежності.

Flx.3 — синдром відміни:

1. Доказ відміни або зниження дози речовини після повторного і, як правило, тривалого споживання у високій дозі.

2. Наявність специфічних ознак синдрому відміни, описаних окремо для кожної речовини.

3. Стан неможливо пояснити незалежною від вживання речовини соматичною патологією або іншим психічним захворюванням.

Сучасна класифікація адиктивних речовин (що викликають психічні і поведінкові розлади) включає дев’ять класів речовин:

F10 — алкоголь.

F11 — опіоїди. Крім медичних опіоїдів (героїн, морфін, омнопон, метадон, промедол, бупренорфін, фентаніл, трамадол, трамалгін) сюди варто відносити препарати опію, які виготовляються кустарно (ханка, черняшка, чорне, солома, ширево, бинти, ацетильований опій — той же героїн, але кустарний).

F12 — каннабіноїди. Сюди відносять усі препарати як рослинного походження (план, дядька, тобто марихуана, гашиш, мацанка, молоко, каша), так і синтетичні аналоги ТГК, які містять діючу речовину тетрагідроканнабінол.

F13 — седативні і снотворні речовини. Сюди відносять як власне снотворні препарати (барбітурати — барбаміл, етамінал натрію, люмінал та ін.), так і анксиолітичні засоби (транквілізатори, оксибутират натрію), а також засоби, які мають седативний ефект (димедрол, кетамін або калипсол й ін.).

F14 — кокаїн. Сюди відноситься і крек, тому що це кокаїн, який обробляється певним чином, і не розпадається при нагріванні.

F15 — інші стимулятори, включаючи кофеїн. Серед найбільш поширених — ефедрон та первитин (похідні ефедрину), амфетаміни, чифір, препарати з ліків «Ефект», «Колдакт» й ін.

F16 — галюциногени. Крім найбільш відомих, таких як LSD, мескалін, псилоцибін, одержали поширення фенциклідин, циклодол, а також місцеві гриби, які містять галюциногени (у т. ч. мухомори).

F17 — тютюн.

F18 — летучі розчинники. Крім властивого підліткам зловживання клеєм і розчинниками, деякі дорослі «дихають» газом, який веселить (закис азоту).

F19 — спільне вживання наркотиків і використання інших психоактивних речовин.

При вживанні наркотиків, які мають ефект декількох класів речовин, залежність від них відносять до цього пункту. Наприклад, екстазі має як стимулюючий, так і галюциногенний ефект.

**2.2. Методологія соціальної роботи з особами з наркотичною залежністю**

Основні напрямки соціальної роботи в сфері наркотичної залежності:

* Консультування — до цього напрямку в нашій країні належить первинна профілактика наркотизму. Реалізується, головним чином, без участі правоохоронних органів.
* Втручання — до цього напрямку належить вторинна і третинна профілактика наркотизму. Реалізується за участю правоохоронних органів, установ, які здійснюють лікування і реабілітацію наркозалежних.

Профілактика, за визначенням ВООЗ — це дії, спрямовані на зменшення можливості виникнення захворювання або порушення, на переривання або уповільнення прогресування захворювання, а також на зменшення непрацездатності. У більш широкому контексті — це різнобічна діяльність, що перешкоджає поширенню нелегальних наркотиків у суспільстві. Профілактика наркотизму охоплює достатньо широке коло напрямків діяльності.

На сьогодні в Україні, як і в усьому світі, найбільш широко використовується медична модель профілактики. Розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику відповідно до сучасної класифікації ВОЗ.

Первинна профілактика спрямована на попередження розвитку захворювань, і в наркології включає заходи боротьби зі шкідливим для здоров’я вживанням алкоголю, наркотичних і інших психоактивних токсичних речовин.

Е. А. Бабаян вказував на те що класифікація ВООЗ применшує значення первинної профілактики, а тільки вона, на його думку, є справжньою. Відповідно до запропонованої ним класифікації первинна профілактика підрозділяється на радикальну і ранню.

Радикальна профілактика містить у собі зміну соціально-культурних умов життя населення (пропаганда здорового способу життя, спорт, санітарне просвітництво і т.п.) і заходи, що забороняють і контролюють споживання і поширення алкоголю, наркотичних й інших психоактивних токсичних речовин.

Рання профілактика містить у собі як виявлення осіб, які зловживають без залежності, так і попередження розвитку залежності.

Методи раннього або своєчасного виявлення фактів адиктивної поведінки можуть істотно вплинути на подальший її розвиток завдяки своєчасному втручанню. Методологічно вони виконують задачі інформування батьків, а також співробітників освітніх й інших установ про різноманітні ознаки вживання адиктивних речовин. Крім того, сюди відноситься й інформація про те, що необхідно робити, якщо дитина, учень почали вживати адиктивні речовини.

Учені В.Ф. Єгоров, А.Г. Врублевський, К.Е. Воронін запропонували розрізняти профілактику залежно від поля діяльності, і на цій підставі до первинної профілактики відносять заходи, які адресуються всьому населенню, від системи заборон і покарань до санітарного просвітництва.

На даний момент первинна профілактика в наркології використовує три основних методи:

1. Систему заборон і покарань.
2. Санітарне просвітництво.
3. Виявлення контингентів високого ризику розвитку адиктивної поведінки (проте А.Є. Личко і В.С. Бітенський вважають останній лише допоміжним прийомом).

Особливо слід зазначити наступне: ВООЗ під первинною профілактикою розуміє зміну соціальних умов, що призводять до розвитку хвороби, і лікарі-наркологи цілком обґрунтовано доходять висновку, що «медицина сьогодні впливати на соціальні умови не в змозі… і лікарі первинною профілактикою займатися не можуть». Первинну профілактику ще називають «соціальною профілактикою», тому що вона впливає на комплекс соціальних умов, які сприяють збереженню і розвитку здоров’я, запобігаючи несприятливому впливу чинників соціального та природного середовища. Таким чином, до первинної профілактики можна відносити як заходи, які запобігають виникненню наркотизму, так і заходи, які підвищують власний опір індивіда до наркотизму.

Вторинна профілактика спрямована на затримку розвитку хвороби. У наркології вона містить у собі як ранню діагностику залежності і своєчасне лікування, так і сукупність заходів для запобігання рецидивів після лікування разом із спеціальним протирецидивним лікуванням. Е.А. Бабаян вважає вторинну профілактику умовною, тому що вона спрямована вже на виявлення ранніх стадій захворювання — «спізніла» профілактика, і на запобігання рецидивів — «пізня» профілактика.

У класифікації за полем діяльності до вторинної профілактики відносять заходи, спрямовані на виявлення групи ризику.

Третинна профілактика спрямована на запобігання інвалідності головним чином шляхом реабілітаційних заходів. У наркології охоплює дуже тяжкі випадки, після кількаразових рецидивів і безуспішного лікування. Е.А. Бабаян третинну профілактику також відніс до умовної і примусове лікування хронічних випадків назвав «термінальною» профілактикою.

У класифікації за полем діяльності третинна профілактика застосовується до тих, хто вже вживає зі шкідливими для здоров’я наслідками алкоголь, наркотичні й інші психоактивні токсичні речовини.

Залежно від покладених у основу принципів, можна назвати декілька класифікацій профілактики наркотизму.

За економічними механізмами:

* зниження пропозиції адиктивних речовин — supply reduction;
* зниження попиту на адиктивні речовини — demand reduction.

Зниження пропозиції — supply reduction — відбувається в основному через зменшення можливості придбати наркотик або іншу адиктивну речовину потенційним споживачем. В ідеалі ця стратегія спрямована на повне вилучення наркотиків із незаконного обігу. І, незважаючи на практичну недосяжність цієї мети, зниження пропозиції забезпечується за рахунок збільшення ціни наркотику на вулиці за допомогою класичних ринкових сил. Слід зазначити, що попит на наркотики є чисто еластичним і відповідає змінам ціни. Звідси — успішне зниження пропозиції може, у принципі, знизити попит. Тут традиційно використовуються бар’єрні методи кримінального-політичного характеру. Проте необхідно мати на увазі той факт, що наркоман скоріше буде скорочувати споживання продуктів харчування, або буде вдаватися до злодійства й інших незаконних способів одержання матеріальних благ, щоб придбати наркотик за більш високою ціною, ніж зменшить його споживання.

Зниження попиту — demand reduction. Сюди входять як зусилля, спрямовані на недопущення первинного прийому наркотику, так і зниження шкоди й несприятливих наслідків вживання наркотиків для наркозалежних громадян та суспільства в цілому. Об’єктом тут є як споживачі наркотиків, так і ті, хто ще не почав їх вживання. У першому випадку проводяться заходи лікувально-реабілітаційного характеру, що мають на меті усунути потребу в адиктивній речовині у її споживача. У другому випадку зусилля спрямовані на формування адекватної установки на запобігання первинного прийому наркотиків. Тут використовуються в основному освітні методи, які формують потребу в здоровому способі життя. Особливу ефективність, поряд із шкільними освітніми програмами, у нашій країні і за кордоном показали ЗМІ, особливо при проведенні антинікотинових програм, а останнім часом і глобальна мережа Інтернет.

За методами:

* Освітні — спрямовані на підвищення рівня поінформованості різноманітних груп населення про несприятливі (соціальні, медичні й інші) наслідки вживання адиктивних речовин.
* Бар’єрні — спрямовані на утруднення і припинення надходження в життєве середовище споживачів адиктивних речовин та рекламуючої їх інформації.

За цілями:

* Спрямовані на запобігання поширення наркотизму й доступності адиктивних речовин (drug enforcement).
* Спрямовані на зниження шкоди та несприятливих наслідків від вживання адиктивних речовин для залежних осіб і суспільства (harm reduction, risk minimization).

Також за кінцевими цілями можна розрізняти методи профілактики й у такий спосіб:

* Методи, які мають за мету повне утримання від вживання адиктивних речовин (повна абстиненція). Такі цілі, наприклад, ставлять перед собою в США й Австралії.
* Методи, які спрямовані на «помірне споживання» або часткове утримання від вживання адиктивних речовин (часткова абстиненція). У Голландії метою превентивної діяльності вважається зниження ризику від вживання «важких» наркотиків, в Англії — вміння відповідально вживати адиктивні речовини.

За групами населення — «мішенями» профілактики:

* Методи, які мають своєю мішенню «потенційних споживачів» адиктивних речовин (головним чином — підлітків і молодь).
* Методи, які мають своєю мішенню «наставників» — тобто ті групи населення, які виконують стосовно потенційних споживачів функції навчання і контролю, у першу чергу батьків, вчителів, соціальних працівників, лікарів, просто людей зрілого віку, які мають антинаркотичні установки.
* Методи, які мають своєю мішенню епізодичних споживачів адиктивних речовин.
* Методи, які мають своєю мішенню активних споживачів адиктивних речовин із залежністю, що цілком сформувалася, і близьких їм людей (батьків, друзів й т.і.)

За загальними принципами впливу на соціум:

* Конструктивні — спрямовані на формування «таких установок і значеннєвої орієнтації особистості, при яких адиктивні речовини не є цінностями», тобто ті, що посилюють вплив «захисних чинників», їх ще називають чинниками антиризику.
* Деструктивні — спрямовані на руйнацію або зміну соціальних установок (спонтанних атитюдів) на споживання адиктивних речовин, тобто ті, що поменшують вплив «чинників ризику».

2.2.1. Освітня профілактика наркотизму

Найпоширенішими у даний час і з досить тривалою історією є освітні профілактичні програми (антиалкогольні, антинаркотичні й антинікотинові). Основним місцем їхньої реалізації є школа (або інший навчальний заклад), тому й агентами освітньої профілактики є вчителі, шкільні психологи, соціальні педагоги, самі учні і їх батьки, які також залучені в процес навчання своїх дітей.

Багатий досвід їхнього проведення (понад сторіччя) показав, що ефективність зазначених заходів залежить від того, як подається інформація і які методи використовуються. Так, програми, які акцентують увагу на негативних наслідках наркотизму, виявилися малоефективними, а програми, що роблять акцент на навчанні «адаптивному стилю життя, навичкам спілкування, критичному мисленню, вмінню приймати рішення і протистояти в ситуаціях пропозиції адиктивних речовин тощо» довели свою ефективність.

Програми формування життєвих навичок (Life Skills Training)

Учені виділяють дві основних моделі навчальних програм первинної профілактики — програма досягнення соціально-психологічної компетентності (основна мета — виробити навички ефективного спілкування) і програма навчання життєвим навичкам (основна ціль виробити навички відповідального прийняття рішень). Ці моделі у різноманітних культурних умовах і різноманітних країнах набувають різних форм, однак вони мають подібні завдання, ними є:

* розвиток соціальної і особистісної компетентності;
* вироблення навичок самозахисту;
* попередження виникнення проблем.

Цільовою групою для освітніх превентивних програм є учнівська в школах, коледжах, інститутах і інших освітніх закладах молодь. Найбільшу ефективність у закладах освіти показали програми поведінки, побудовані за принципом формування життєвих навичок — ФЖН.

Основними принципами ФЖН є:

Всебічність. У процесі навчання використовуються різноманітні методи подачі інформації, методики тренінгу соціально-психологічних навичок і засоби закріплення вивченої поведінки. Всебічність означає орієнтацію на «цілісну людину протягом певного часу».

Основні елементи всебічності наступні. Засвоєння знань — однієї інформації для зміни адиктивної поведінки недостатньо, діти повинні набути оптимуму знань, щоб самостійно мислити і будувати поведінку. Всебічні програми дають учням знання шляхом концептуалізації інформації, тренінгу по її закріпленню, виконання завдань з читання, домашніх вправ разом із батьками і участі в громадському житті за місцем проживання.

Навички соціальної компетентності — успішна профілактика передбачає створення у дітей соціально-психологічних навичок відмови від ризикованих пропозицій, бачення позитивних і негативних сторін явищ, взаємодії з ровесниками, дружби, вміння пережити втрату друга, правильного вираження своїх почуттів й ін. Тренінг життєвих, соціально-психологічних навичок є одним з основних компонентів профілактики наркотизму (Life Skills Training). Програми ФЖН обов’язково включають навчання ефективному спілкуванню, впевненості в собі, умінню управляти своїми почуттями, вибору друзів і побудові позитивних відносин із ровесниками, зміцненню зв’язків із сім’єю й іншими значимими дорослими, вирішенню проблем, критичному мисленню, прийняттю рішень, усвідомленню негативних впливів і тисків з боку ровесників і опорові їм, постановці цілей, наданню допомоги оточуючим.

Безперервність навчання та ефективність програм прямо корелюють із їхньою тривалістю, послідовністю і широтою змісту. Тільки безупинні зусилля протягом багатьох уроків і навіть років дають позитивні результати. Якісні програми передбачають у залежності від віку дітей від 45 до 100 уроків протягом семестру або послідовні курси протягом декількох років.

Взаємовідносини з ровесниками справляють сильний вплив на якість програм, тому що діти схильні до впливу один на одного. Але подібний вплив може бути як позитивним, так і негативним. Задача програм ФЖН — допомога дітям у побудові позитивних взаємовідносин із ровесниками й умінню вибирати друзів.

Участь у громадському житті сприяє ефективності профілактичної роботи, надаючи учням позитивні рольові моделі. Учні, відчужені від просоціальних структур суспільства, більш схильні до адиктивної і девіантної поведінки, а участь у позашкільному громадському житті допомагає молоді зробити свій внесок у просоціальну організацію суспільства та ідентифікуватися з ним.

Участь батьків у превентивній роботі є запорукою її успіху. Тут широко практикуються домашні завдання, надання батькам спеціальної літератури, організація семінарів для батьків із питань підвищення в дитини впевненості в собі, поліпшення навичок спілкування, подолання сімейних криз, інформування батьків про те, як говорити з дітьми про наркотики, ділитися своїми проблемами і вирішувати їх разом з іншими батьками.

Тренінг соціально-психологічних навичок учителів є одним з обов’язкових компонентів профілактики наркотизму. Існують спеціальні методики, і деяким вчителям необхідне попереднє навчання для засвоєння нових методів антинаркотичного викладання і випробування методик діалогічного спілкування з учнями, розвитку навичок обговорення інформації разом з учнями, уміння створювати таку обстановку, яка б надалі сприяла доцільній поведінці дітей, котра б, у свою чергу, зберігалася у різноманітних складних та небезпечних ситуаціях.

Співробітництво різноманітних відомств і організацій є одною з умов успішної тривалої роботи превентивної програми. Для успішного проведення програми необхідні об’єднані зусилля школи, фахівців у галузі профілактики, правоохоронних органів, органів охорони здоров’я, представників урядових та громадських установ, а також приватного капіталу.

Культурна релевантність (адекватність) є невід’ємною умовою для програм, побудованих за інтернаціональними зразками. Подібні програми потребують обов’язкової культурної і мовної адаптації.

Оцінка ефективності повинна проводитися впродовж усієї тривалості програми. При необхідності слід вносити корективи, уточнення і доповнення, що істотно підвищує ефективність програм ФЖН.

Ціннісні орієнтації властиві будь-якій програмі, і всі учасники повинні собі уявляти ціннісну основу реалізовуваної ними програми. Як правило, декларований програмами ФЖН набір цінностей включає самодисципліну, відповідальність, чесність, поважне ставлення до людей, виконання обов’язків у сім’ї, школі, громаді.

Зв’язок програми із суспільством передбачає прийняття і підтримку громадою програм профілактики наркотизму. Програми ФЖН розробляються з розрахунком об’єднати школу і громаду у прагненні передати дітям навички ефективної комунікації там, де вони живуть, навчаються, працюють.

Програми формування життєвих навичок показали свою ефективність. Більш ніж 30 країн світу впровадили їх у своїх школах. Вони знайшли широке поширення у сфері профілактики паління в школі. Проте серед їх вад згадують орієнтацію програми на окрему особистість, ігнорування соціокультурних причин наркотизму і виключення із поля зору дітей, які вже мають досвід адиктивної поведінки. Все це призводить до істотного зниження їх ефективності.

Навчання здоровому способу життя

Крім програм формування життєвих навичок, у системі освіти активно використовуються різноманітні програми навчання здоровому способу життя. Здійснюються вони шляхом введення в навчальні плани таких дисциплін, як «Валеологія», «Основи безпеки життєдіяльності» й ін. Подібні програми здійснюються за декількома стратегічними моделями.

Медична модель. До неї часто залучають медпрацівників для читання лекцій про шкідливість адиктивної поведінки. Ця модель часто називається профілактичною, вона цілком побудована на інформуванні школярів і є чисто когнітивною. Вона базується на припущенні, що якщо людина знає про небезпеку для здоров’я певної поведінки, вона буде ставиться до такої поведінки негативно і буде від неї утримуватися. А якщо людина знає, що якась поведінка є корисною для здоров’я, вона буде налаштована до неї позитивно. Цю стратегію описують формулою «знання — ставлення — поведінка». Ефективність подібних програм оцінюється невисоко, тому що незважаючи на достатні знання про шкоду адиктивних речовин, їх все ж продовжують широко вживати (паління, алкоголь). Але тут велику роль грає спосіб подачі інформації, традиційне залякування показало свою слабку ефективність.

Освітня модель. Вона подібна до медичної, але базується на положенні, що рішення має бути прийняте на основі достовірної інформації особисто підлітком. Тут акцент робиться на навчанні навичкам прийняття рішень. Розроблені покрокові стратегії прийняття подібних рішень, але вони базуються більше на особистісних і соціальних аспектах (ставлення до поведінки й нормативні уявлення), ніж на чинниках, пов’язаних із можливою хворобою. Особа, яка приймає рішення, оцінює можливі плюси і мінуси якоїсь поведінки, а також можливу зміну ставлення до неї з боку оточуючих, якщо вона це рішення реалізує.

Радикально-політична модель. Вона містить у собі освітню модель, але її доповнює зовнішнє сприяння становленню здорового способу життя. Наголос робиться на посиленні такої якості, як впевненість у собі. Використовуються методи, які випливають з теорії соціального навчання. Молодь засвоює рольові моделі батьків та ровесників і прагне до поведінки, яка схвалюється референтною групою. Такою групою часто є ровесники, і підліткам потрібно зробити вибір між небажанням вживати адиктивні речовини і груповими нормами, які передбачають їхнє вживання. Деяким не вистачає саме впевненості в собі, щоб відмовитися від пропозицій «спробувати».

Модель самопосилення. У її рамках об’єднана достовірна інформація медичної (профілактичної) моделі, навички прийняття рішень, що розвиваються в рамках освітньої моделі, а також зусилля, які надають психологічну підтримку і стимулюють здоровий спосіб життя соціального оточення. Їх забезпечує радикально-політична модель. Ця модель найбільш ефективна, тому що носить комплексний характер.

Американським національним інститутом наркоманії (NIDA) були розроблені критерії оцінки шкільних, освітніх профілактичних програм, вони містять у собі такі положення:

* шкільна програма повинна бути розрахована на дітей усіх вікових груп, починаючи з дитячого саду і до старшої школи, або хоча б на критичний період середніх і старших класів;
* програма має передбачати декілька років впливу на дітей або охоплювати хоча б весь період середніх і старших класів;
* у програмі слід використовувати добре перевірені, стандартизовані методи з детальним планом уроків і навчального матеріалу;
* програма повинна навчати опору наркотикам за допомогою інтерактивних методів — моделювання ситуацій, рольові ігри, дискусії, зворотній зв’язок, підкріплення, тривала практика й ін.;
* програма має виховувати соціально-позитивне ставлення до школи і суспільства;
* програма повинна навчати соціальним навичкам (комунікабельність, впевненість у собі, самоповага) і способам опору наркотикам з урахуванням культурних особливостей і рівня розвитку дітей;
* програма має сприяти позитивному впливу дітей одне на одного;
* програма повинна прищеплювати антинаркотичні соціальні норми;
* програма повинна закріплювати знання тренуванням вмінь і навичок;
* програма повинна мати адекватну тривалість (спеціалісти NIDA пропонують від 10 до 15 занять впродовж першого року і потім 10–15 закріпляючих занять);
* програма має передбачати періодичну оцінку для визначення її ефективності.

Програми функціональних еквівалентів

Основна задача програм функціональних еквівалентів полягає в розробці альтернатив для потенційно небезпечної адиктивної поведінки. Відповідно до цієї програми необхідно проводити такі превентивні заходи, які у розвитку неповнолітніх стають функціональним еквівалентом споживання наркотиків.

Програма функціональних еквівалентів призвела до значного зсуву в практиці превентивної роботи, насамперед в організації вільного часу неповнолітніх. Для здійснення багатьох проектів організації дозвілля молоді потрібно, щоб у них активну участь брали не окремо взяті підлітки, а цілі групи. У рамках цих програм проводяться акції, які торкаються життя всіх прошарків суспільства — радіо і телепередачі, виставки, кіно та музичні проекти. Пасивному споживанню наркотиків протиставляє активне проведення вільного часу. Спортивні, розважальні і виховні заходи повинні заміняти адиктивну поведінку і утримувати молодь від спокуси вживання наркотиків.

За організацією подібних заходів криється неясність у питанні щодо стримування від вживання наркотиків — у той час як одні проекти цілеспрямовано об’єднують споживачів наркотиків, у більшості інших проектів стримування від їх вживання є основною умовою участі в них. Це призводить до того, що саме ті неповнолітні, що перебувають під загрозою наркоманії, відстороняються від участі в превентивних заходах. Як наслідок, під сумнів ставиться сам принцип функціональної еквівалентності.

2.2.2. Сімейна профілактика наркотизму

Як правило, ці програми тісно пов’язані зі шкільними програмами профілактики наркотизму. У основі сімейної профілактичної програми лежать принципи охоплення сімей із дітьми будь-якого віку і розвиток навичок батьків у таких сферах:

* зниження проблемної поведінки дітей;
* поліпшення відносин між батьками та дітьми, включаючи уміння слухати, спілкуватися і вирішувати проблеми;
* забезпечення свідомої дисципліни та підпорядкування сімейним правилам;
* спостереження за поведінкою і діяльністю дітей у підлітковий період.

Сімейні профілактичні програми призначені як для дітей, так і для їхніх батьків. Вони включають освітній компонент з інформацією про наркотики (узгодженої з тією, що одержують їх діти у школі). Подібні програми розраховані на сім’ї, що мають дітей у віці від дитячого садка до закінчення школи, і спрямовані на посилення захисних чинників. Крім того, такі програми забезпечують доступність консультативних служб для сімей, що належать до групи ризику.

Програми зниження шкоди і зменшення ризику (Harm reduction / Risk minimization)

Ці програми належать до вторинної профілактики наркотизму, тому що спрямовані вже на споживачів адиктивних речовин. Агентами таких програм виступають і медики, але набагато частіше волонтери та соціальні працівники. Іноді у ролі волонтерів виступають і самі наркомани.

Нещодавно одержала розвиток нова форма надання допомоги наркоманам, у рамках якої більше не висувається обов’язкова вимога відмови від вживання наркотиків. Поступово вводяться такі методи боротьби з наркоманією, як програми обміну шприців для ін’єкційних наркоманів, робота на вулиці, доступні контактні кафе, кімнати для наркоманів, крім того, проводиться лікування методом заміщення (наприклад, наркоманам замість тих наркотиків, які вони звикли вживати, пропонують метадон). Для того, щоб зменшити небезпеку, пов’язану з вживанням незаконних наркотиків, і дати наркоманам можливість жити повноцінним життям, багато держав стали більш толерантно ставитися до вживання незаконних наркотиків (Голландія, Англія й ін.). Проте той факт, що подібні заходи знаходяться на грані законності, змушує багатьох фахівців, які займаються проблемою наркоманії, вимагати декриміналізації торгівлі і вживання наркотиків. Вони вважають, що це, зрештою, повинно привести до зміни законів у відношенні легалізації нових методів боротьби з наркоманією.

Серед подібних заходів щодо зменшення небезпеки від вживання наркотиків — заходи щодо мінімізації шкоди для здоров’я наркоманів (harm reduction), спрямовані на запобігання нещасним випадкам серед наркоманів. Подібні проекти найбільш поширені у середовищі рейверів, які переважно споживають нові синтетичні наркотики. Заходи щодо зниження шкоди серед споживачів адиктивних речовин передбачають збір конкретної інформації про ті або інші наркотики, створення інформаційних стендів у молодіжних клубах і на дискотеках, поширення друкованої інформації про небезпеку вживання адиктивних речовин, організацію консультативних пунктів.

Сюди також входить і т.з. «клубна робота» (Clubwork). Це робота з підлітками у молодіжних клубах дозвілля. Серед напрямків подібної діяльності — створення в клубах спеціально обладнаного місця, що повинно створити довірчу атмосферу і полегшити бесіди про досвід знайомства з наркотиками.

Програми рівний — рівному. Для того, щоб знизити ризик вживання наркотиків, до наркопревентивної роботи залучають тих, у кого є досвід споживання наркотиків, і колишніх наркоманів, які можуть передати новачкам і недосвідченим наркоманам практичні правила і досвід споживання наркотиків, який сформувався в наркосередовищі. Задачею подібного обміну інформацією (peer education) є підтримка неповнолітніх наркоманів (peer support). Така форма звертання до неповнолітнього використовується для того, щоб установити хоч який-небудь контакт із тими, хто тільки починає вживати наркотики.

2.2.3. Релігійна профілактика наркотизму

Неодноразово відзначалося, що релігійність є одним із найсильніших чинників, що протидіють наркотизму.

Християнська церква розглядає людину як цілісне духовно-тілесне утворення. Це означає, що стан її душі впливає на стан тіла і навпаки. Тому корінь пристрасті людини до адиктивних речовин, залежність від яких, на перший погляд, визначає тіло, треба шукати в душі. Відповідно до церковної термінології, залежність людини від адиктивних речовин є пристрастю. Пристрасті ж народжуються і перебувають у душі людини. Тільки там вони і можуть бути вилікувані, і лише потім необхідно гоїти тіло.

Будь-яку пристрасть можна назвати раковою пухлиною душі. Розвиваючись з однієї клітини, вона швидко окупує всі шари духовного світу людини, викликаючи численні метастази. Як ракову пухлину необхідно гоїти якомога раніше, так і з пристрастями необхідно боротися з моменту їх виникнення, а ще краще — до того. Таким чином, ми бачимо, що церква підтримує доктрину профілактики наркотизму, але користується в цій справі винятково релігійними методами.

Слід підкреслити, що з погляду богослов’я кожна пристрасть є своєрідною заміною Бога у душі. Таким чином, наркотизм носить псевдорелігійний характер. Ефект, що виникає під впливом наркотиків, є сурогатом здорового релігійного почуття. Тому різноманітні адиктивні речовини використовуються в різних поганських культах. Наркомани ведуть інтенсивне містичне життя. Хоча ця містика є псевдодуховною, вона все ж глибше і ближче до релігійних почуттів, ніж матеріалістичний світогляд. Тому всяка спроба переконати наркомана жити «як усі» (у розумінні церкви бездуховно), на думку релігійних діячів, буде мати малий успіх, тому що він уже відчув «вузькість матеріалізму». Йому можна запропонувати лише альтернативу «щирого духовного життя». Оскільки пристрасть до адиктивних речовин заповнює в душі вакуум, який виникає в результаті відсутності там Бога, церква пропонує єдиний спосіб звільнення від залежності — Бог має зайняти там відповідне місце, щоб людині не потрібно було шукати порятунку в наркотиках, тобто людина повинна прийняти Віру. Християнська церква вчить, що людина може здолати свої пороки тільки через повернення до Христа й участь у Таїнствах церкви.

На цьому положенні заснована більшість програм вторинної і третинної профілактики за типом «12 кроків» й інших, відверто релігійних. Багатий досвід, набутий цими організаціями, не можна ігнорувати насамперед через їхню високу ефективність, доведену часом. Такі організації, як «Анонімні Алкоголіки» й «Анонімні Наркомани», які працюють більш ніж 80 років, засновані на релігійній ідеології. У деяких випадках вони можуть багато чому навчити офіційні організації, як проводити антинаркотичну й антиалкогольну роботу. Можна зробити висновок, що релігійний підхід має у своїй основі достатньо раціональності, щоб впливати на таке складне соціальне явище як наркотизм, і призводити до поліпшення наркотичної ситуації не тільки в країнах із розвинутою релігійністю, таких як США, але й в Україні.

Агентами третинної профілактики наркотизму можуть виступати як медичні працівники, так і громади колишніх наркоманів, так звані терапевтичні співтовариства. Основною метою їх діяльності є реабілітація та ресоціалізація споживачів адиктивних речовин. У цій сфері працюють як державні, так і недержавні об’єднання, причому досвід останніх відрізняється часто набагато більшою ефективністю. У світі існує величезна кількість різноманітних організацій, які надають лікувально-реабілітаційну допомогу наркоманам. Так, тільки у Берліні їх нараховується близько 170.

У розвинутих країнах, і навіть у тих, які розвиваються, реабілітаційні центри діють вже давно. Більшість із них працюють за програмою «12 кроків». Ця програма розроблена ще наприкінці 30-х років людьми, що раніше самі залежали від наркотиків або алкоголю. Вона одержала схвалення в усьому світі, оскільки в принципі вирішує головну задачу лікування — повну духовну переорієнтацію наркомана, поступове повернення або набуття нових життєвих цінностей, властивих здоровим людям. Існує Всесвітня Федерація Терапевтичних Товариств (WFTC), що об’єднує лікувальні і реабілітаційні центри, які працюють за цією програмою. На жаль, у СРСР її поширення не віталося, оскільки програма «12 кроків» активно спирається на релігійні почуття людини, хоча, за великим рахунком, і не передбачає обов’язкової віри в Бога. На цьому принципі працюють найвідоміші терапевтичні організації — «Анонімні Алкоголіки» (АА), «Анонімні Наркомани» (АН), «Ал-Анон» (допомога родичам хворих), «Алатин» (допомога дітям алкоголіків). Утримання реабілітаційних центрів обходиться досить дорого, тому часткове забезпечення для них є головним принципом. Саме тому дотепер практично немає ні державних, ні муніципальних установ такого типу. У нашій країні цю функцію виконували клуби зустрічей колишніх пацієнтів, хворих алкоголізмом.

Терапевтичні співтовариства, такі як «Synanon» у Німеччині, «Almedro-International» у Берліні, «Монар» у Польщі, центри «Daytop» у США, у Німеччині й інших країнах, «Киско» у Фінляндії, «Фенікс-Хауз» у Норвегії й інші, як правило, мають свою територію, на якій мешкають бажаючі позбутися залежності, тут же вони працюють і спілкуються. Все їх внутрішнє життя побудоване за чіткими правилами, спрямованими на подолання залежності. Порушники виганяються колективним рішенням. Добровільність є основним принципом, у силу чого ефективність такої діяльності досить висока.

Нині, у зв’язку з розвитком і активним проникненням практично у всі сфери людської діяльності мережі Internet, усе більш суттєвим стає вплив Internet-реальності на споживачів адиктивних речовин. Соціологи схильні розглядати простір мережі Internet як соціальний «кіберпростір», свого роду інформаційно-комунікативне поле, сформоване взаємодіючими користувачами, який характеризується практично необмеженою свободою й анонімністю цієї інформаційної взаємодії. Останнім часом з’явилися і методичні розробки щодо використання ресурсів мережі Internet у профілактичній роботі. У цьому зв’язку ми можемо виділити два напрямки мережної діяльності, які по-різному впливають на наркотизм: пронаркотичний й антинаркотичний. Обидва ці напрямки мають досить великі мережні ресурси, чимала їх частина зосереджена й у російськомовному просторі.

Пронаркотичні ресурси нараховують величезну кількість web-сторінок. Реклама адиктивних речовин і пов’язаного з їх споживанням способу життя одержала значне поширення у мережі глобальної комунікації Internet. На пошукових серверах ведеться статистика найбільш відвідуваних сайтів з різноманітних тематик. І практично скрізь у першій десятці один–два пронаркотичних сервери. Існують сервери з великою кількістю текстів, які детально описують різноманітні види наркотиків і містять заклики до їх вживання, а також описи психоделічних переживань (т. з. «трип-репорти»). ЛСД, гашиш, кетамін, екстазі подані в них як нешкідливі речовини, що допомагають краще пізнати себе і навколишній світ. На багатьох сторінках детально викладено способи готування, стереохімічні формули, схеми синтезу, шляхи введення, «дозування», можливість одночасного прийому різноманітних психоактивних речовин. Даються поради, як поводитися при затриманні органами правопорядку за збереження наркотиків, як ухилитися або «обдурити» тест-контроль і т. ін. За своїми масштабами російськомовна пронаркотична активність набагато скромніша західної. За кордоном, не кажучи вже про інформацію, можна одержати готовий наркотик або його насіння з інструкцією з вирощування, не виходячи з будинку — по мережі Internet, проте подібні прецеденти вже зустрічаються і на вітчизняних серверах.

На багатьох сторінках висувається теза про опозиційність стосовно суспільства, негативно настроєного до вживання наркотиків і здійснюється заклик до легалізації «легких» наркотиків. Найчастіше це заклик до легалізації конопель. Існує ціла низка сторінок, що закликають легалізувати коноплю, які пропагандують її вживання і ідеологічно пов’язану з ним субкультуру, т. з. «Marijuana Web Ring».

У зв’язку з тим, що мережа Internet виступає як комунікативне поле, вона активно використовується як інтерактивний анонімний інформаційний канал. На більшості найбільш популярних пронаркотичних сайтів є т. з. «чат-кімнати». Це — інтерактивні сторінки, на котрих можливе спілкування у реальному часі на хвилюючі споживачів наркотиків теми (скільки коштує, де дістати, як вживати). Спілкування відбувається без яких-небудь обмежень. Крім того, існують численні тематичні мережні конференції за допомогою електронної пошти, мережі «Фідо».

Активно пропагується в мережі і наркотична субкультура. Можна ознайомитися з «наркоманською» прозою, віршами, корпоративним жаргоном споживачів наркотиків. Не останнє значення має і сучасне мистецтво, музика (кислотні напрямки, постмодернізм і т. п.). На сторінках, присвячених сучасному мистецтву, можна знайти велику кількість інформації, яка заохочує і рекламує споживання наркотиків.

У цьому зв’язку небезпечною тенденцією ми вважаємо злиття двох стратегій адиктивної поведінки: т.з. Internet-залежності і залежності наркотичної. Захоплення інформаційними комп’ютерними технологіями більш властиво молоді, отже, пропаганда наркотиків у комп’ютерних мережах спрямована насамперед на неї. З огляду на те, що захоплення комп’ютерними технологіями можна розглядати як альтернативу наркотизму, агітація «за наркотики» в інформаційному просторі мережі Internet спрямована на найбільш інтелектуально розвинуту частину молоді і тому являє собою найбільшу небезпеку.

Ця проблема не може бути вирішена за допомогою заборон, бо принципи функціонування й архітектура мережі припускають створення необмеженої кількості джерел незаконної інформації. Тож єдиним шляхом протидії є проведення альтернативної антинаркотичної пропагандистської діяльності.

Антинаркотичні ресурси набагато менш чисельні, альтернативна антинаркотична діяльність у російськомовному варіанті знаходиться у стані розвитку і представлена одиничними і не завжди достатніми за обсягом серверами. Західний (англомовний) простір досить щільно заповнений різноманітними за цілями та змістом ресурсами — від офіційних серверів урядових і міжнародних організацій до серверів ініціативних громадських формувань. Деякі з них містять і російськомовні розділи.

Слід зазначити, що з’являються фахові й об’ємні російськомовні сайти, які містять велику кількість профілактичної інформації, згрупованої за численними розділами. Спрямованість цієї інформації визначається як споживачами, так і тими, хто ще не почав прийом адиктивних речовин (первинна, вторинна і навіть третинна профілактика). Крім всього іншого, на подібних сторінках дається інформація для широкого кола фахівців: лікарів, педагогів, соціальних працівниківюристів, психологів і соціологів: методичні розробки з профілактики адиктивної поведінки, спеціальна література стосовно її медичних, правових і соціальних аспектів, можливі джерела фінансування профілактичних програм, різноманітні фонди, що надають гранти на проведення досліджень у сфері залежностей і розробки профілактичних програм.

Серед антинаркотичних корпоративних проектів значне місце займають публіцистичні ресурси Internet. На подібних сторінках, як правило, зібрані підбірки газетних і журнальних публікацій, але в їхній структурі присутні і профілактичні розділи (первинна профілактика), та, що важливо, інтерактивні розділи для відкритого обговорення проблеми. На російських серверах ведеться рейтинг антинаркотичних ресурсів «НаркоТОП».

Крім подібних корпоративних проектів, існує досить велика кількість офіційних сайтів різноманітних установ, що займаються профілактикою і лікуванням наркоманії. Їхній зміст варіює від фахової превентивної інформації (державні наркологічні клініки і відділення) до самореклами окремих методів лікування (приватні клініки і комерційні проекти).

У віртуальному просторі існують численні особисті і домашні сторінки, присвячені профілактиці та лікуванню наркоманії, а також антинаркотичним культурним акціям, часто складені колишніми наркоманами й ін.

Численні громадські організації, чия діяльність лежить у площині профілактики адиктивної поведінки, також представлені в мережі. Вони використовують методи первинної профілактики, в основному займаючись санітарним просвітництвом.

Крім всього іншого, у мережі існують сторінки терапевтичного співтовариства Анонімних Наркоманів і Анонімних Алкоголіків, а також численних супутніх груп, які використовують ідеологію і методи програми «12 кроків», включаючи групи співзалежних осіб.

Різновидом інформаційних антинаркотических ресурсів виступають тематичні розділи на популярних медичних серверах загальної тематики, як правило, вони носять популярний характер.

Таким чином, мережа Internet виступає потужним чинником впливу на споживання адиктивних речовин. Її вплив поширюється в двох протилежних напрямках — як стримуючому, так і стимулюючому адиктивну поведінку. Істотною особливістю мережі є вільний і практично неконтрольований доступ до інформації першого (пронаркотичного) і другого (антинаркотичного) типу. Цю особливість, на нашу думку, необхідно використовувати при побудові соціальної технології профілактики адиктивної поведінки. У свідомість споживачів наркотиків та людей, які просто цікавляться цією проблемою, необхідно впроваджувати максимально повну і достовірну інформацію про адиктивні речовини. Це повинно проводитися з метою не допустити проникнення на місце можливих інформаційних прогалин широко поширених у молодіжному середовищі міфів, стереотипів і помилок.

Діяльність правоохоронних органів (виконавчої влади) спрямована не тільки на кримінальну репресію наркотизму, але й на його попередження. Але усе ж основним методом для правоохоронних органів є карна репресія наркотизму.

Необхідно згадати і законодавчу владу, що встановлює економічні санкції для адиктивних речовин, які не підпадають під карні заборони, але поширення яких спричиняє соціальні проблеми (алкоголь, тютюн). Основними методами для цього класу агентів також є бар’єрні методи, що включають різноманітні заходи обмеження доступності адиктивних речовин, метою яких є зниження пропозиції цих речовин. Вони належать до загальної законодавчої політики держави у відношенні наркотизму і містять у собі обмеження виробництва, контроль над поширенням і контроль над ціноутворенням і стимулюванням збуту (рекламою) і ін.

Антинаркотична політика

Політика, як її визначає європейська конференція ВООЗ, це згода, консенсус серед партнерів про те, які проблеми необхідно вирішити, і про те, яким способом або за допомогою яких стратегій це треба робити. Контроль над адиктивною поведінкою сьогодні виходить за рамки власне медичної проблематики. Політика в цій сфері перетворюється у самостійний напрямок діяльності державних структур і органів місцевого самоврядування, у її реалізації усе більш помітну роль відіграють громадські організації. Вона реалізується на трьох рівнях: міжнародному, державному і регіональному. Вона може також реалізуватися на рівні громадськості, котра об’єднує свої зусилля не тільки в масштабі країни, але й у рамках транснаціональних установ, таких як Анонімні Алкоголіки й Анонімні Наркомани.

Політику стосовно наркотиків можна також умовно розділити на три типи:

* ліберальна;
* репресивна;
* рестриктивна (стримуюча).

Українська антинаркотична політика найбільш близька до рестриктивної.

На міжнародному рівні антинаркотична політика визначається міжнародними угодами. Зараз у світовому співтоваристві йде процес уніфікації підходів до проблем поширення наркотичних засобів і попередження захворюваності наркоманією. Історично перші міжнародні ініціативи були розпочаті на початку ХХ ст., серед яких першим міжнародним форумом була «Шанхайська опіумна комісія» (1909 р.), у роботі якої взяли участь 13 держав. З 1921 р. міжнародний контроль за наркотиками здійснювався в рамках Ліги Націй. У 1925 р. були прийняті Женевська угода про заборону виробництва, внутрішньої торгівлі і використання очищеного опіуму і Міжнародна конвенція з опіуму. У 1931 р. була прийнята Міжнародна конвенція з обмеження виробництва і регулювання розподілу наркотиків і Бангкокська угода. У 1936 р. у Женеві було укладено Міжнародну конвенцію про заборону незаконної торгівлі наркотичними речовинами. З 1946 р. міжнародний контроль за наркотиками здійснюється в рамках і під егідою ООН. Дотепер ООН розробила систему двосторонніх і багатосторонніх міжнародних договорів, що регулюють різноманітні сторони протидії наркотизму, деякі з них підтримує Україна. Це, насамперед Єдина Конвенція про наркотичні речовини 1961 р., Конвенція про психотропні речовини 1971 р. і Міжнародна Конвенція про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р.

Аналіз міжнародних документів дозволяє виділити два основних напрямки української політики попередження поширення наркотиків і їхнього немедичного вживання:

* Рішуча і жорстка боротьба з незаконним поширенням наркотиків, із їх нелегальним ринком. У цій частині Конвенції вважають за необхідне введення в національні законодавства численних складів злочинів, що передбачають відповідальність за операції з наркотиками. Сюди також можна віднести систематичне нарощування міжнародних зусиль з контролю над потоками наркотиків, розробку і впровадження різноманітних розвідувальних та охоронних систем на усіх видах транспорту, проведення пошукових, оперативних заходів тощо.
* Гуманізація ставлення до осіб, які страждають наркоманіями. Тут рекомендуються різноманітні види заміни кримінального покарання лікуванням, розробка і застосування реабілітаційних та профілактичних заходів. Проте цей напрямок визначений як бажаний; тут державам надана свобода у прийнятті рішень.

На національному рівні українська антинаркотична політика реалізується у формі законодавчого регулювання суспільних відносин. Особливою рисою подібного регулювання є те, що відповідні законодавчі норми розкидані по різних галузях права. Сюди входять різноманітні кодекси (кримінальний, адміністративний і ін.) та інструкції, що регламентують широкий спектр діяльності, так чи інакше пов’язаної з адиктивними речовинами, а також комплексні програми, прийняті Верховною Радою України.

На регіональному рівні антинаркотична політика реалізується у формі місцевих програм і заходів, до яких відноситься діяльність численних державних установ, у першу чергу — це Комітет у справах сім’ї та молоді, і громадських організацій, фондів і реабілітаційно-профілактичних центрів.

## 2.3 Профілактика як один із основних напрямків діяльності соціальних служб в молодіжному середовищі

Чи потрібна первинна профілактика наркоманії? Це питання могло б розглядатися як чисто риторичний, якби сьогодні деяких фахівців не терзало почуття розчарування, викликане слабкою ефективністю профілактичних заходів. У жодній країні світу загальна профілактика не зупинила епідемічний процес. Правда, досить складно підрахувати різницю показників ситуацій «із профілактикою» і «без профілактики». Крім того, мова йде про боротьбу за кожну молоду людину. А профілактика дає шанс особистості вибрати власну стратегію здорового способу життя. Оскільки у всіх країнах залишається значний прошарок молоді, що не вживає й не пробує наркотичне зілля, актуальність профілактичних заходів, на наш погляд, не зменшується.

Невисока ефективність лікування наркологічних захворювань загальновідома. Сучасна наркологія констатує біологічну схильність до залежності від психоактивних речовин, що реалізується тільки в певних соціальних умовах. Украй важливої є перша проба наркотичної речовини. При цьому необхідно відзначити, що залежність від психоактивних речовин може з у будь-якого індивідуума, а генетична (біологічна) схильність буде відбиватися тільки на прогредієнтності, злоякісності плину захворювання [1, с. 41-45]. Основний принцип вітчизняної медицини "попередити легше, ніж лікувати" з базовим і для наркологічної служби.

Нині встановлено, що внаслідок вживання наркотиків розвиваються три основні клінічні феномени:

• Психічна залежність. її суть полягає в тім, що без прийому наркотиків людина перестає почувати себе більш-менш "вписаною у життя". Наркотик стає найважливішою умовою сприйняття людиною власного життя, себе самої, контактів з іншими.

• Фізична залежність. Вона виражається в тому, що поступово наркотик порушує ланцюг обмінних процесів в організмі. Якщо наркоман не приймає відповідну кількість наркотику, він зазнає різних заступенем вираженості фізичних страждань: ломота, тремтіння, розлади в діяльності травного тракту, сухість шкіри (чи, навпаки, рясна пітливість) тощо. Це явище має назву "абстинентний синдром". Для його зняття необхідне прийняття наркотику, дози якого постійно збільшуються.

• Толерантність. Поступове звикання наркомана до наркотичних речовин виявляється у необхідності для досягнення звичної дії постійно збільшувати їх лозу [5, 7, 8, 9, 10].

Всі наркотики незалежно від шляху введення в організм у більшому чи меншому ступені обов'язково ушкоджують нервову систему (у тому числі головний мозок), імунну систему, печінку, серце, легені [1, 2, 5, 9]. Вживання наркотиків виражено негативно впливає на поведінку людини, призводить до зниження її професійної активності, виключення із суспільної діяльності, частих прогулів і низької продуктивності праці, припинення навчання в школі або вузі, відсутності бажання піклуватися про дітей, дружину, батьків, зневаги до домашніх справ. Отже, наркоман деградує як особистість, перетворюючись у байдужого обмеженого егоїста, який перебуває лише в очікуванні чергової дози [9, 11].

Незважаючи на те, що напевно вже немає жодної людини, яка б не була обізнана про смертельну небезпеку наркотиків, кількість людей, які їх вживають, зростає кожного дня. Дійових результатів, на жаль, не дає ні діяльність правоохоронних структур, ні відповідне законодавство, ні постійне залякування населення жахливими наслідками вживання наркотиків. Проблемою лікування наркоманії займаються вчені багатьох країн, але радикальних заходів поки що не запропоновано. Однак усі визнають безперечний факт - хворобу легше і надійніше попередити, ніж потім усе життя лікувати. Необхідні серйозні дослідження стратегій ефективної профілактики вживання психоактивних речовин, особливо серед молоді [10].

Існуюча нині в Україні система надання наркологічної допомоги у нових соціально-економічних умовах виявилась неадекватною і не враховує усіх чинників виникнення та перебігу дитячої й підліткової наркотизації. Вона зорієнтована, у першу чергу, на допомогу особам, які вже страждають хімічною залежністю, і практично не працює на етапах початку захворювання. Недостатня увага приділяється профілактичній спрямованості сучасної наркології, особливо у методах первинної профілактики [1].

Разом з тим, основні зусилля мають зосереджуватись саме на заходах первинної, превентивної профілактики, спрямованих на підтримання і розвиток умов, що сприяють збереженню фізичного, психічного і соціального здоров'я, і на попередження несприятливого впливу на нього чинників соціальної й природної сфери. Первинна профілактика є масовою і найбільш ефективною. Вона має ґрунтуватися на системному дослідженні впливу умов і чинників соціального й природного середовища на здоров'я населення. Заходи первинної профілактики мають включати засоби захисту, що несприятливо впливають на наркопровокуючі фактори і підвищують стійкість людини до несприятливих соціальної-психологічних чинників [10].

Профілактика - це система комплексних державних, громадських, соціально-економічних і медико-санітарних, психолого-педагогічних і психологічних заходів, кінцевою метою яких є попередження захворювання (наркоманії, токсикоманії) [7, c. 110].

На основі аналізу праць провідних спеціалістів, які працюють у цій сфері [З, 4, 5, 7, 10], можна зробити висновок, що найбільш поширеними заходами профілактики наркоманії є наступні: профілактична робота в сім'ї і в навчальних закладах, діяльність служб і консультативних пунктів соціально-психологічної допомоги, комплексна робота з групами ризику, використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції для антинаркотичної пропаганди та популяризації здорового способу життя, профілактика на основі діагностики генетичної схильності.

До найбільш очевидних причин малоефективної боротьби з наркоманією, на наш погляд, можна віднести:

1) розпорошеність зусиль, які на це спрямовуються, відсутність окремої державної установи, яка б займалася виключно профілактикою та допомогою людям у позбавленні від наркотичної залежності, мала б для цього необхідні повноваження, організаційні та фінансові ресурси, чітку та детальну програму дій і водночас координувала б дії інших державних та громадських організацій у цьому напрямі;

2) неефективність боротьби силових структур з наркобізнесом;

3) нестачу кваліфікованих спеціалістів;

4) невідповідність різноманітних державних та громадських програм, спрямованих на профілактику і подолання наркоманії, реаліям нашого суспільства та можливостям його розвитку на найближче десятиліття;

5) недостатню ефективність більшості із вказаних програм та окремих заходів. Останнє значною мірою пов'язано з їх недостатнім соціально-психологічним обґрунтуванням.

На нашу думку, соціально-психологічна обґрунтованість як певних програм у цілому, так і окремих заходів, спрямованих на профілактику наркоманії, має суттєве значення для їхньої ефективності та досягнення кінцевої мети. Адже саме таке обґрунтування дає можливість адекватно підібрати різні заходи, узгодити та визначити особливості їх використання в залежності від поставлених завдань, особливостей певних цільових вибірок, на яких розраховані програми, і конкретних умов.

При плануванні застосування будь-якого профілактичного заходу слід враховувати наступні моменти:

1) на який цільовий контингент цей захід спрямований;

2) вікові, статеві та соціально-психологічні особливості його застосування;

3) дані про ефективність заходу;

4) наявність детальних обґрунтованих рекомендацій щодо застосування;

5) можливість модифікації заходу в залежності від особливостей певного цільового контингенту[16, c. 173-176].

Оскільки найчастіше наркотики починають вживати у підлітковому та юнацькому віці, основні зусилля профілактичної роботи мають бути спрямовані на цю вікову категорію. Тому обов'язково слід враховувати, хто користується у неї найбільшою довірою в питаннях наркоманії. У дослідженнях В.І.Лазаренко [18] було встановлено, що серед молоді найбільшою довірою користуються лікарі-наркологи, особи, які вживали наркотики, а також друзі, знайомі, батьки, родичі, працівники соціальних служб, правоохоронних органів. Виявилось, що практично не користуються довірою засоби масової інформації. Це досить красномовно свідчить про рівень ефективності антинаркотичної пропаганди в українських ЗМІ. Показовим також є те, що не користуються довірою в молодих людей (з точки зору інформації про наркоманію) і вчителі. Виявилось, що з точки зору соціально-професійного статусу довіра джерелам інформації також має свою специфіку. Так, для учнів та студентів найбільш авторитетними є друзі, знайомі. Для фахівців-гуманітаріїв авторитетними є лікарі-наркологи. Правоохоронці користуються найбільшим авторитетом у військовослужбовців, найменшим - в учнівської молоді [3].

Ефективна профілактика вживання наркотиків серед молоді неможлива без широкого залучення до цієї роботи батьків, вчителів (викладачів), соціальних працівників, соціальних педагогів, психологів навчальних закладів. їхні зусилля, серед іншого, повинні бути спрямовані на раннє виявлення початку вживання молоддю психоактивних речовин. Тому вони мають бути добре поінформованими про ознаки, які на це можуть вказувати.

Оскільки люди, які зловживають наркотичними речовинами, намагаються це різними способами приховати, якісь зовнішні ознаки, що з упевненістю дають можливість стверджувати про факт уживання цих речовин, виділити досить важко. Проте, можна виділити цілий ряд ознак, які дозволяють запідозрити, що підліток (молода людина) вживає наркотики:

• сліди від уколів і порізів (особливо на руках);

• наявність у неї шприців, голок від шприців, цигарок типу «Біломор-канал»;

• наявність капсул, таблеток, порошків, ємностей з-під лікарських чи хімічних препаратів;

• порушення мови, ходи і координації рухів при від сутності запаху алкоголю;

Існує також і ряд непрямих ознак:

• поява брехливості, виверткості;

• часті прохання про гроші чи крадіжка грошей;

• часті безпричинні зміни настрою;

• пропажа з дому коштовних речей;

• різка зміна кола спілкування і кола інтересів;

• пізні повернення додому;

• порушення сну та зміна режиму дня і ночі і т.ін.

Наявність вказаних ознак є передумовою для термінового застосування спеціальних тестів для виявлення наркотиків в організмі, які вже дадуть точну відповідь про те, чи вживає підліток (молода людина) наркотики[24, c. 81-83].

**Висновки до другого розділу**

Отже до чинників хімічної залежності можна віднести: соціальні, біологічні, психологічні та медичні. Важливим у розумінні причин залежності є відносний внесок кожного фактора в залежності від соціального настрою суспільства, особливостей культурних традицій і звичаїв, етнічної своєрідності населення, характеру і властивостей наркотику і, нарешті, етапу розвитку пристрасті. Таким чином, провідними можуть ставати то одна, то інша група факторів.

Профілактика хімічної залежності є однією з найбільш пріоритетних соціальних проблем і на її вирішення мають бути спрямовані скоординовані зусилля державних органів, медичних установ, силових структур, громадських організацій тощо. Боротьба з наркоманією сьогодні є дуже неефективною, і особливо це стосується профілактичних заходів.

Серед причин малоефективної боротьби з наркоманією можна назвати: 1) розпорошеність зусиль, відсутність окремої державної установи, яка б займалася виключно профілактикою та допомогою людям у позбавленні від наркотичної залежності та одночасно координувала б дії інших державних і громадських організацій у цьому напрямі; 2) неефективність боротьби силових структур з наркобізнесом; 3) нестачу кваліфікованих спеціалістів; 4) невідповідність різноманітних держаних та громадських програм, спрямованих на профілактику і подолання наркоманії, реаліям сучасного суспільства; 5) недостатню ефективність більшості із вказаних програм та окремих заходів, які застосовуються з цією метою. Останнє значною мірою пов'язане з недостатнім психологічним обґрунтуванням подібних програм та заходів.

## РОЗДІЛ 3.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМ ТА МЕТОДІВ РОБОТИ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ

**3.1. Процедура дослідження та опис даних дослідження**

Методи дослідження.У процесі реалізації зазначених наукових програм використовувалися наступні методи:

1) аналіз статистичних даних щодо розповсюдження наркотизму;

2) опитування різних груп населення (анкетування та інтерв’ювання);

Для аналітичної обробки отриманих даних використовувалися методи математичної статистики (описова статистика, аналіз зв’язків та залежностей, кореляційний аналіз). Валідність і надійність отриманих результатів забезпечується взаємодоповнюваністю використаних методів і репрезентативністю вибіркової сукупності (її обсяг склав 250 чол.), а також проведенням трьох моніторингових соціологічних опитувань (у 2013р.- лютий, березень, квітень) за ідентичними квотними вибірками обсягом 100 чол. кожна. Точність, надійність, валідність методик і проведення замірів обґрунтовані відповідно до прийнятих у емпіричній соціології процедур.

Серед проблем, що постають перед українським суспільством внаслідок розповсюдження нелегальних наркотиків, особливе місце займає проблема інтеграції наркотичної субкультури у молодіжну субкультуру та загальна легітимація наркотизму у суспільній свідомості.

У ході моніторингових опитувань учнівської молоді та ретроспективного опитування, що були здійснені, було виявлено деякі особливості громадської свідомості, які відбивають легітимацію наркотизму. Серед них: формування субкультури наркотизму, яка схвалюється; збільшення ступеня оцінки доступності наркотиків; «загострення» оцінки алкогольних і наркотичних проблем; збільшення толерантності щодо наркоманів; а також розширення припустимих меж вживання алкоголю і наркотиків і посилення мотивації на їхнє вживання.

Оцінка ступеня доступності наркотиків має відносно слабку позитивну динаміку з 50-х рр. до 80-х рр., проте за останнє десятиліття спостерігається якісний стрибок в оцінці доступності наркотиків, який, на наш погляд, відбиває реальну ситуацію з нелегальним обігом наркотиків. Так, за даними дослідження 2013 р., кількість учнівської молоді, яка вважає, що «легко» або «скоріше легко, ніж важко» дістати наркотики, склала 18,2% і 34,8% відповідно, а кількість тих, хто вважають, що наркотики дістати «важко» або «скоріше важко, ніж легко», склала 1,2% і 4,3% відповідно. Вагалися з оцінкою 41,5%. Тобто на даний момент у м. Здолбунів усього 5,7% молоді вважають, що можуть мати труднощі у випадку, якщо буде потрібно дістати наркотики.

У перші повоєнні десятиліття наркоманія не була розповсюджена, в той час як зловживання спиртними напоями, алкоголізм і на той час були соціальною реальністю. Це призвело до того, що у 70-х рр. (час створення самостійної наркологічної служби) соціальні оцінки зафіксували сприйняття проблеми наркоманії ще як несерйозної, а проблеми алкоголізму - навпаки, як цілком серйозної. Після 80-х років відбулася якісна зміна соціального сприйняття цих проблем.

Оцінка гостроти алкогольної проблеми знизилася, що цілком можливо пов’язати з антиалкогольною кампанією тих років, а проблема наркоманії стала вже сприйматися як значуща, індекс її серйозності, зріс до позитивної величини.

За останнє десятиліття ми можемо спостерігати суттєве зростання оцінки гостроти обох проблем і зсув акцентів у бік наркоманії як більш серйозної, ніж проблема алкоголізму, незважаючи на його незрівнянно більші масштаби поширення. Це цілком пояснюється тим фактом, що стосовно алкоголю не існує правових обмежень, його вживання культурально обумовлено численними питними звичаями і традиціями, котрі існують протягом сторіч. У відношенні наркотиків, навпаки, ніяких культурально обумовлених і сталих механізмів їхнього вживання не існує, це явище відносно нове. Відповідно, на нову небезпеку суспільство і реагує більш сильними побоюваннями. Проте слід зазначити, що соціальні наслідки вживання наркотиків мають набагато більший негативний потенціал, ніж наслідки вживання алкоголю.

Спостерігається зміна ставлення до споживачів адиктивних речовин серед різноманітних вікових груп. Ми вимірювали ступінь толерантності за допомогою шкал Богардуса і Лайкерта. Внаслідок специфіки процедури ретроспективного опитування отримані нами результати відбивають вікову структуру громадської свідомості груп населення м. Здолбунів у віці відповідно 60–65, 50–55, 40–45, 30–35 і 20–25 років.

Шкала Богардуса, яка містить відповіді на питання «В якій якості Ви згодні сприйняти людей, котрі вживають наркотики?», описує величину соціальної дистанції стосовно соціальної групи наркоманів. У даному випадку її можна інтерпретувати як прийняття або неприйняття наркомана у певному соціальному статусі, значущому для респондента тієї або іншої вікової групи жителів м. Здолбунів. Виявилося, що молодь демонструє тенденцію до скорочення соціальної дистанції з наркоманами. Серед них відсоток готових прийняти наркоманів на більш «близькій» соціальній дистанції є значно вищим, ніж у старших вікових групах. Проте ми бачимо, що відсоток молодих людей, готових прийняти наркомана на «близькій» соціальній дистанції, досить малий. За результатами моніторингу 2013 р. було виявлено, що чоловіки більш толерантні до наркоманів, ніж жінки. Серед чоловіків більший відсоток згодний прийняти наркоманів на «близькій» дистанції (як членів сім’ї, друзів, у класі, у групі, у мікрорайоні), а серед жінок - на «дальній» (як жителів міста, України і взагалі не хочуть жити з ними в одній країні).

Шкала Лайкерта містить 8 тверджень негативного і позитивного характеру стосовно наркоманів, наприклад «Наркомани в цілому смирні люди» або «З наркоманами спілкуватися небезпечно», ступінь згоди з якими респондент виражав відповідями, яким ми привласнювали числові значення в балах: «згоден» — 1; «скоріше згоден» — 0,5; «важко відповісти» — 0; «скоріше не згоден» - –0,5; «не згоден» - –1. У результаті ми одержали дані, що описують «вікову структуру» толерантності до наркоманів. Так, індекс толерантності склав: у групі 60–65 років - –3,95; 50–55 років - –3,89; 40–45 років - –3,47; 30–35 років - –3,12; 20–25 років - –2,14. Тут більш високий індекс означає менш конформне ставлення до наркоманів. Проте ми бачимо, що, незважаючи на більш високий індекс толерантності до наркоманів у молоді, він усе ж залишається негативним. Це говорить про те, що в громадській свідомості і на сьогоднішньому етапі домінує «негативний стереотип» наркомана, який має тенденцію до нейтралізації у свідомості більш молодих здолбунівчан.

Результати досліджень зафіксували розширення припустимих меж вживання алкоголю і наркотиків.

Так, із зменшенням віку респондентів зростає кількість тих, хто вважають, що «вживати алкоголь можна завжди», «можна іноді напиватися» і «можна часто пити слабкі напої», причому частка тих, хто вважають, що «спиртні напої можна пити завжди і будь-які, якщо є гроші і підходить обстановка», досить стабільна у вікових групах відповідно 60–65, 50–55, 40–45 і 30–35 років, а в групі молоді 20–25 років - у 2 рази вища, ніж в інших.

Також ми можемо спостерігати збільшення з віком кількості тих, хто вважають, що «спиртні напої можна вживати рідко (на свята і «за столом») і в обмеженій кількості». Проте частка тих, хто вважає, що «спиртні напої необхідно ніколи і ні за яких обставин не вживати», досить стабільна для усіх вікових груп (біля 3–4%).

Стосовно наркотиків із віком зменшується кількість тих, хто вважають, що можна «іноді курнути» або курити досить часто «травичку». А в старших вікових групах особи, які припускають можливість вживання більш сильних наркотиків, складають поодинокі випадки. Звертає на себе увагу величезна перевага практично за всіма позиціями молоді. Так, 41,6% молодих людей вважають, що іноді можна курнути «травичку», а 7,7% вважають, що «травичку» можна курити досить часто. Крім того, чим молодшими є респонденти, тим менша їхня кількість вважає, що наркотики взагалі ніколи не треба вживати (серед двадцятирічних цей відсоток у 2 рази менший, ніж серед респондентів 60–65 і 50–55 років).

Крім того, виявилось, що кількість респондентів, які мають мотиви вживати наркотики, із віком зменшується. Зменшується з віком також і кількість тих, хто не виключає виникнення цих мотивів у майбутньому. Мотивація на вживання наркотиків у респондентів 20–25 років є найбільш високою, ніж в інших вікових групах. Так, за результатами опитування на питання «Чи є у Вас причини, мотиви вживати (або принаймні спробувати) наркотики?» відповіли «так» - 4% респондентів 20–25 років; «можливо» - 15%; «зараз немає, але таке виключити не можна» — 33% і «немає і бути не може» - 48%.

Таким чином, ми можемо достатньо обґрунтовано стверджувати, що поширення субкультури наркотизму в останнє десятиліття змінило ціннісно-нормативну структуру громадської свідомості, і, незважаючи на те, що молодь дає цілком реальні оцінки ситуації що склалась, для молодіжної популяції характерні високі рівні толерантності щодо споживачів наркотиків, лояльне ставлення до поширення адиктивних речовин і їхніх споживачів, значне, у порівнянні з більш старшими віковими групами, розширення припустимих меж поведінки стосовно адиктивних речовин і підвищення мотивації на вживання наркотиків. Все це, на нашу думку, перетворюється в потужний епідеміологічний чинник поширення адиктивних речовин і субкультури їхнього споживання серед молоді м. Здолбунів.

**3.2. Інтерпритеція результатів дослідження**

Структурно-динамічні закономірності відбивають зміни у складовій структурі підсистем наркотичної ситуації. Аналіз емпіричних даних дозволив встановити наступні тенденції:

*Перехід наркотичної ситуації з латентного в актуальний стан.* Ця закономірність виражається в розширенні складу і дій агентів підсистем наркотичної ситуації. Найбільш інтенсивно розширюється підсистема наркотизму, її постійне зростання просліджується з 50-х рр. за фактами вживання адиктивних речовин.

*Кількісна стабілізація і внутрішня трансформація групи споживачів тютюнових виробів.* Загальна кількість курців серед здолбунівської молоді чоловічої статі коливається близько 60%, і це говорить про відносну її стабільність, особливо серед молоді чоловічої статі. Якісно змінилося співвідношення тих, хто викурює відносно малу кількість сигарет, (їх кількість зменшилася) і тих, хто викурює досить велику кількість сигарет (їх кількість збільшилася).

*Розширення соціальних груп хворих на наркоманію та алкоголізм (залежних від адиктивних речовин).* Як в Україні, так і в Рівненській області паралельно зі збільшенням числа осіб, які страждають алкогольною залежністю, відзначається тенденція постійного зростання наркоманії.

*Зростання нелегального обігу наркотиків як особливої форми протизаконного бізнесу.* Як в Україні в цілому, так і в Рівненській області прослідковується збільшення числа злочинів, пов’язаних із незаконним виробництвом, поширенням і обігом наркотиків. Зростає відповідно і число осіб, які втягуються в незаконний обіг наркотиків, серед них усе більше підлітків і молодих людей у віці 18–24 років. Спостерігається стійке зростання злочинів, скоєних у стані алкогольного і наркотичного сп’яніння. Виявлено якісні зміни наркотичної ситуації: експерти юристи-практики відзначають, що за останні роки динаміка частоти вилучення наркотиків практично не змінилася, але змінилася їхня структура, з’явилося більше нових препаратів кустарного виготовлення і так званих важких наркотиків.

Трансформувалася соціально-етнічна приналежність суб’єктів нелегального обігу наркотиків. Істотно збільшилася кількість продавців наркотиків із соціальних груп «своїх», друзів, циган і вихідців із кавказького регіону. Звертає на себе увагу зростання частки місцевих жителів серед продавців наркотиків. На нелегальному ринку наркотиків більшість складають продавці з найближчого соціального оточення респондентів — місцеві жителі і друзі, що, на нашу думку, істотно полегшує доступ до наркотичних речовин.

*Соціально-територіальна локалізація наркотизму.* Поширення наркотизму має «осередковий» характер. Виникають осередки компактного проживання локальних груп наркоманів, збут і торгівля відбуваються в основному за місцем проживання торговців і наркоманів, причому ця закономірність стосується й адміністративно-територіальної та регіональної структури України. Наркоманія, як і раніше, залишається захворюванням головним чином міського населення України, проте протягом останніх років відзначається тенденція до збільшення серед наркоманів частки сільських жителів.

Латентність наркотизму — порівняльний аналіз соціологічних даних і даних медичної статистики показав, що з усього масиву осіб, причетних до нього, у поле зору офіційних органів потрапляє лише незначна їх частина.

Процес поширення наркотизму має певні «історичні фази». Виділено три фази: 1) «латентна фаза» (50-і — 60-і рр.), 2) фаза «латентного зростання» (70-і — 80-і рр.), 3) фаза «актуального зростання» (90-і рр.).

Діяльнісно-поведінкові закономірності стосуються особливостей поведінки агентів наркотизму і формування його соціокультурного механізму. До них належить:

*Формування сталих соціальних зв’язків і контактів зі споживачами наркотиків і, відповідно, тотальне розширення груп ризику.* Посилення «процесів залучення» до наркотизму виражається у зростанні цілої низки показників, серед яких зростання соціальних контактів зі споживачами адиктивних речовин як «дальнього», так і «ближнього» кола (носіями субкультури наркотизму), зростання прямих контактів із фактами адиктивної поведінки, зростання спроб втягнути у споживання адиктивних речовин, зростання соціальних контактів із продавцями наркотиків. Існує позитивний кореляційний зв’язок між фактами споживання адиктивних речовин і мірою «заглибленості» у соціальні зв’язки із суб’єктами наркотизму. Зі зростанням соціальних контактів «дальнього» і «ближнього» кола, а також безпосередніх контактів із фактами споживання адиктивних речовин зростає ризик залучення до наркотизму.

*Перша проба як закономірність вибору адиктивної поведінки****.*** Аналіз біографічних інтерв’ю дозволив простежити закономірності в персональних історіях опитуваних. Виявлені закономірності життєвого шляху наркоманів можна назвати «кар’єрою наркомана», що складається з послідовних етапів і подій. Однією з цих закономірних подій і є перша спроба наркотиків. Серед закономірностей першої проби наркотиків відзначено:

* + фіксацію віку першої проби алкоголю і тютюну на більш ранніх вікових проміжках, ніж наркотиків (для алкоголю і тютюну — 12–15 років, для наркотиків — 14–17 років);
  + локалізацію першої проби в місцях основного проведення вільного часу, її спонтанність і ініціювання соціальним оточенням;
  + превалювання серед причин, які утримують від проби наркотику, сформованої власної думки, інтересів і життєвої позиції, а також побоювань за своє здоров’я.

Виявлено, що серед мотивів першої проби наркотиків домінує психологічна мотивація: цікавість, бажання випробувати нові, приємні відчуття, наявність виправдань, що «у житті треба спробувати все, тим більше, що в будь-який момент можна зупинитися». Також високу значущість мають субмісивні мотиви — підпорядкування тиску соціального оточення.

*Розходження у патернах споживання адиктивних речовин між чоловіками та жінками.* На початковому етапі пошукового полінаркотизму (етапі проб) зупиняється більше жінок, ніж чоловіків, котрі здебільшого не задовольняються одноразовою пробою і продовжують експериментувати з каннабіноїдами аж до стадії регулярного споживання. У відношенні алкоголю жінки більш схильні не тільки до поодиноких проб, але і до вживання алкоголю з частотою аж до нерегулярного споживання, а чоловіки переважають лише при регулярному споживанні. Стосовно тютюну жіноче вживання носить здебільшого демонстративно-наслідувальний характер, а чоловіче — скоріше характер інгаляційної токсикоманії.

*Поширення субкультури наркотизму та її засвоєння молоддю.* Виявлено інтеграцію когнітивного компонента субкультури наркотизму у молодіжну свідомість, причому найбільш інтенсивний стрибок спостерігається в останнє десятиліття.

*Суб’єктивна легітимація наркотизму.* Серед закономірностей суспільної свідомості, які відбивають легітимацію наркотизму (формування схвалюваної субкультури наркотизму), звертають на себе увагу збільшення міри суб’єктивної оцінки доступності наркотиків, збільшення суб’єктивної оцінки гостроти алкогольних і наркотичних проблем, зміна толерантності до наркоманів — нейтралізація «негативного стереотипу» наркомана в молодіжній свідомості, а також розширення припустимих меж вживання алкоголю й наркотиків та посилення мотивації щодо їх вживання серед молоді.

*Трансформація алкогольної мотивації і її генералізація в молодіжній свідомості.* На фоні зниження віку споживачів алкогольних напоїв змінюється і мотивація споживання алкоголю. Серед молодих людей у віці близько 20 років виявлено підвищення мотивації споживання алкоголю за шкалами соціальної і, особливо, психологічної мотивації (прагнення одержати задоволення і зняти неприємні переживання), а також зростання мотиваційної напруги — це свідчить про генералізацію алкогольної мотивації у молодіжній свідомості.

Виявлені закономірності є основою змісту і напрямків профілактики наркотизму та аналізу інституційних, політико-правових і організаційних основ профілактичної роботи, а також побудови спеціальної технології, яка впорядковує зазначений тип діяльності.

**3.3. Рекомендації щодо вибору технології профілактики наркозалежності серед молоді**

Профілактичні заходи значною мірою залежать від політичних та економічних чинників, що діють у державі (держмонополія, ідеологічні заборони і т.п.). Від цих же чинників сильно залежать ефективність і характер профілактичних заходів. Певним чином вони визначаються політикою держави у галузі наркотизму, неоднозначної щодо різноманітних адиктивних речовин (алкоголь, тютюн, т.з. легкі й важкі наркотики).

Легалізація наркотиків в Україні вигідна в першу чергу тіньовим структурам, легалізація несумісна з науковою, соціальною та медичною доктриною профілактики наркологічних захворювань і охорони здоров’я, легалізація наркотиків суперечить думці міжнародного співтовариства.

Дезорганізація профілактики наркотизму на сучасному етапі пояснюється як утратою деяких її істотних компонентів, що пов’язано із загальним розладом наркологічної служби, так і виникненням нових аспектів проблеми, для котрих ще не знайдено адекватних рішень і ресурсів. Профілактика адиктивної поведінки здійснюється у недостатньому обсязі і, все частіше, на непрофесійній основі.

Дотепер серед молоді головним чином проводиться первинна профілактика адиктивної поведінки, а наші дані говорять про те, що вже принаймні половина молодих людей є об’єктом і для повторної профілактики.

Таким чином, на даний момент вже неможливо спиратися на старі й перевірені методи ведення профілактики. Більш того, це небезпечно і шкідливо, тому що підриває довіру до інформації, що надходить від дорослих. Аналіз динаміки того, із яких джерел і як часто молоді люди одержували інформацію про наркотики, показує безумовне зростання частоти звертання до усіх джерел інформації про наркотики. Зараз домінуючими джерелами інформації про наркотики для молоді є ЗМІ і компанія друзів.

Особливу важливість має те, що молодь відчуває брак інформації про наркотики, і в молодіжній свідомості існує готовність заповнити її достовірними відомостями. Таким чином, регіональна політика профілактики наркотизму повинна бути розроблена з урахуванням реальних існуючих місцевих умов, а кінцевою метою розробки і здійснення подібної політики є соціальна технологія профілактики наркотизму.

Профілактику наркотизму як соціальна технологія містить у собі чотири етапи:

* + Перший етап охоплює процедури оцінювання існуючої наркотичної ситуації, у т.ч. визначення кола соціальних показників наркотизму, маркетинг профілактичної програми (визначення цільових груп профілактики, визначення потреби населення у профілактиці, пріоритетних каналів інформації для її проведення, соціальних інститутів, котрі необхідно з цією метою задіяти), визначення ресурсів, що можуть бути задіяні у профілактичній програмі, цільове орієнтування превентивної програми та початок «наскрізного» моніторингу наркотичної ситуації, що продовжується на усіх етапах технології.
  + Другий етап включає процедури корекції наркотичної ситуації, діяльність агентів профілактики наркотизму на даному етапі спрямована як на зниження попиту, так і на зниження пропозиції, крім того, мають бути використані не тільки існуючі профілактичні програми, але й сконструйовані свої, засновані на регіональних особливостях.
  + Третій етап зводиться до координації профілактичних впливів, здійснюваної подвійно: з одного боку - централізоване державне управління, з іншого — громадські ініціативи. На нашу думку, найбільш доцільно здійснювати координацію превентивної діяльності у рамках єдиного регіонального координаційного центру по профілактиці наркотизму, у цьому разі його можна оцінювати і як самостійну менеджеріальну технологію.
  + Четвертий етап виконує контрольну функцію стосовно ефективності самої технології профілактики наркотизму, він є завершальним і сигналізує про успішність проведеної профілактики наркотизму.

Особливе значення ми надаємо глобальній мережі Internet, адже це суттєвий інструмент впливу на наркотизм. Її вплив поширюється у двох протилежних напрямках - стримуючому і стимулюючому наркотизм. Суттєвою особливістю мережі Internet є вільний і практично неконтрольований доступ до інформації як пронаркотичного, так і антинаркотичного типу. Цю особливість необхідно використовувати при побудові соціальної технології профілактики наркотизму.

Проведене дослідження ще раз підтвердило необхідність вдосконалення антинаркотичної профілактичної діяльності.

У ході дослідження було виявлено низку діяльнісно-поведінкових закономірностей розповсюдження наркотизму. Вони стосуються особливостей поведінки агентів наркотизму і формування його соціокультурного механізму. Серед них: формування сталих соціальних зв’язків і контактів зі споживачами наркотиків і, відповідно, тотальне розширення груп ризику; розходження в патернах споживання адиктивних речовин між чоловіками і жінками; поширення субкультури наркотизму; суб’єктивна легітимація наркотизму (формування схвалюваної субкультури наркотизму); перша проба розглянута і як власне закономірність адиктивної поведінки, і як група закономірностей; трансформація алкогольної мотивації та її генералізація у молодіжній свідомості.

Аналіз інституційних основ профілактики наркотизму на міжнародному, національному та регіональному рівні свідчить, що профілактика наркотизму ведеться застарілими методами, а наркотична ситуація, що змінилася останнім часом, вимагає вже інших, більш сучасних та досконалих заходів, які дозволяє втілити соціальна технологія профілактики наркотизму.

**Висновки до третього розділу**

Проведене дослідження ще раз підтвердило необхідність вдосконалення антинаркотичної профілактичної діяльності.

Наркотизм визначає трансформацію соціальної структури і сам змінюється під впливом відповідних соціальних процесів його придушення, стимуляції, лікування і профілактики.

Отримані в ході дослідження результати дозволяють сформулювати низку положень:

- Аналіз ретроспективного опитування населення м. Здолбунів дозволив чітко вловити процес зміни у свідомості людей, який відбиває відношення до наркотику, відношення до споживача наркотиків, наркомана, відношення до методів профілактики наркотичної залежності.

- Застосування методів якісного аналізу дозволило більш точно простежити процес занурення людини в наркокультуру від першої проби до формування залежності.

Основними зусиллями по боротьбі з наркоманією, алкоголізмом мають зосереджуватись на заходах первинної профілактики, найбільш поширеними з яких є наступні: профілактична робота в сім'ї і в навчальних закладах, діяльність служб і консультативних пунктів соціально-психологічної допомоги, комплексна робота з групами ризику, використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції для антинаркотичної пропаганди і популяризації здорового способу життя, профілактика на основі діагностики генетичної схильності.

При плануванні застосування будь-якого профілактичного заходу слід враховувати наступні моменти: 1) на який цільовий контингент цей захід спрямований; 2) вікові, статеві та соціально-психологічні особливості його застосування; 3) дані про ефективність заходу; 4) наявність детальних психологічно обґрунтованих рекомендацій щодо його застосування; 5) можливості модифікації застосування заходу в залежності від особливостей певного цільового контингенту.

Внаслідок вживання наркотиків, зазнає виражених негативних змін поведінка людини, різко знижується її професійна чи навчальна активність та продуктивність праці, що, природньо, в багатьох випадках призводить до втрати роботи, залишення навчання в школі чи вузі, виключення людини із суспільної діяльності, зникнення в неї бажання піклуватися про дітей, дружину, хворих батьків, займатися домашніми справами [8, 10].

Хоча смертельна небезпека наркотиків широко відома, кількість людей, які їх вживають, зростає кожного дня. До дієвих результатів, на жаль, не приводить ні діяльність правоохоронних структур, ні відповідне законодавство, ні постійні залякування жахливими наслідками вживання наркотиків. Вчені багатьох країн займаються проблемою лікування наркоманії, але радикальних заходів поки не запропоновано.

# ВИСНОВКИ

# Хімічна залежність - це насамперед проблеми молоді. Соціологічні дослідження показали, що середній вік початку прийому наркотиків - 13-15 років, а в деяких містах нашої країни ще нижчий - 9-13 років. Наркоманія - це важка хвороба, яка дуже швидко розвивається. Отже проблема хімічної залежності в суспільстві несе в собі соціальну, біологічну та психологічну небезпеки. Особливо небезпечною є хімічна залежність від наркотиків, яка в Україні має свої характерні особливості. Якщо в більшості країн споживання наркотиків - справа особиста, то у нас вона має груповий характер. Це, між іншим, призводить до розповсюдження серед наркозалежних спільних хвороб, а також до формування окремої субкультури, до поширення мережі «вторинних» кримінальних стосунків, і в кінцевому рахунку - до соціальної маргиналізації споживачів наркотиків. Іншою специфічною рисою є те, що в значній кількості випадків споживач отримує наркотик не в результаті купівлі-продажу, а як оплату за певні послуги, переважно кримінального характеру.

# Хімічна залежність - це глобальне захворювання розуму, душі, тіла. Іншими словами, хвороба уражає людини на багатьох рівнях. Хімічна залежність - це результат і прояв первинного захворювання, хімічної залежності від речовин, що викликають зміни настрою.

До чинників хімічної залежності можна віднести: соціальні, біологічні, психологічні та медичні. Важливим у розумінні причин залежності є відносний внесок кожного фактора в залежності від соціального настрою суспільства, особливостей культурних традицій і звичаїв, етнічної своєрідності населення, характеру і властивостей наркотику і, нарешті, етапу розвитку пристрасті. Таким чином, провідними можуть ставати то одна, то інша група факторів.

Профілактика хімічної залежності є однією з найбільш пріоритетних соціальних проблем і на її вирішення мають бути спрямовані скоординовані зусилля державних органів, медичних установ, силових структур, громадських організацій тощо. Боротьба з наркоманією сьогодні є дуже неефективною, і особливо це стосується профілактичних заходів.

Серед причин малоефективної боротьби з наркоманією можна назвати: 1) розпорошеність зусиль, відсутність окремої державної установи, яка б займалася виключно профілактикою та допомогою людям у позбавленні від наркотичної залежності та одночасно координувала б дії інших державних і громадських організацій у цьому напрямі; 2) неефективність боротьби силових структур з наркобізнесом; 3) нестачу кваліфікованих спеціалістів; 4) невідповідність різноманітних держаних та громадських програм, спрямованих на профілактику і подолання наркоманії, реаліям сучасного суспільства; 5) недостатню ефективність більшості із вказаних програм та окремих заходів, які застосовуються з цією метою. Останнє значною мірою пов'язане з недостатнім психологічним обґрунтуванням подібних програм та заходів.

Основні зусилля по боротьбі з наркоманією, алкоголізмом мають зосереджуватись на заходах первинної профілактики, найбільш поширеними з яких є наступні: профілактична робота в сім'ї і в навчальних закладах, діяльність служб і консультативних пунктів соціально-психологічної допомоги, комплексна робота з групами ризику, використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції для антинаркотичної пропаганди і популяризації здорового способу життя, профілактика на основі діагностики генетичної схильності.

При плануванні застосування будь-якого профілактичного заходу слід враховувати наступні моменти: 1) на який цільовий контингент цей захід спрямований; 2) вікові, статеві та соціально-психологічні особливості його застосування; 3) дані про ефективність заходу; 4) наявність детальних психологічно обґрунтованих рекомендацій щодо його застосування; 5) можливості модифікації застосування заходу в залежності від особливостей певного цільового контингенту.

Внаслідок вживання наркотиків, зазнає виражених негативних змін поведінка людини, різко знижується її професійна чи навчальна активність та продуктивність праці, що, природньо, в багатьох випадках призводить до втрати роботи, залишення навчання в школі чи вузі, виключення людини із суспільної діяльності, зникнення в неї бажання піклуватися про дітей, дружину, хворих батьків, займатися домашніми справами [8, 10].

Хоча смертельна небезпека наркотиків широко відома, кількість людей, які їх вживають, зростає кожного дня. До дієвих результатів, на жаль, не приводить ні діяльність правоохоронних структур, ні відповідне законодавство, ні постійні залякування жахливими наслідками вживання наркотиків. Вчені багатьох країн займаються проблемою лікування наркоманії, але радикальних заходів поки не запропоновано.

Система надання наркологічної допомоги, яка нині існує в Україні, виявилася неадекватною до нових соціально-економічних умов країни і не враховує всіх чинників виникнення та перебігу дитячої й підліткової наркотизації. Переважно вона зорієнтована на допомогу особам, які вже страждають на наркотичну залежність, і практично не задіяна на етапах початку захворювання.

Оскільки найчастіше наркотики починають вживати у підлітковому та юнацькому віці, основні зусилля профілактичної роботи слід спрямувати на цю вікову категорію. Ефективна профілактика вживання наркотиків серед молоді неможлива без широкого залучення до цієї роботи батьків, вчителів (викладачів), психологів навчальних закладів, соціальних працівників, їхні зусилля, серед іншого, мають бути спрямовані на раннє виявлення початку вживання молоддю психоактивних речовин.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балакірєва О.М. Рівень розповсюдження та структура вживання алкоголю та інших наркотичних речовин серед підлітків в Україні: соціологічний вимір./ О.М. Балакірєва, О.О. Яременко. - Київ, 1998. - 86 с.
2. Беспалько В.В. Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / В.В. Беспалько. - К., 2002. - 20 с
3. Беспалько В.В. Психологічні та соціальні проблеми дитячої і підліткової наркоманії/ В.В. Безпалько//- Практична психологія та соціальна робота. -2004. -№ 4. - С. 57-59
4. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме./Б.С. Батусь. - М.: Медицина, 1974. - 96 с.
5. Быков С. А. Наркомания среди молодёжи как показатель дезадаптированности/ С.А. Быков// Социологические исследования. - 2018. - № 4. - С. 48–52.
6. Габиани А. А. Кто такие наркоманы?/ А.А. Габиани//Социологические исследования. - 1992. - № 2. - С. 78–83.
7. Гилинский Я. И. Наркотизм: мифы и реальность/ Я.И. Гилинский //Молодёжь. Цифры, факты, мнения. - 1996. - № 1. - С. 80–84.
8. Гульдан В. В., Романова О. Л., Данилин А. Г. Наркомания с точки зрения социолога, врача, правоведа и журналиста (обсуждение за «круглым столом» редакции)/В.В. Гульдан, О.Л. Романова, А.Г. Данилин// Социологические исследования. - 1989. -№ 2. - С. 37–51.
9. Журавлёва Л. А. Факторы и условия наркотизации молодёжи/ Л.А. Журавлёва // Социологические исследования. - 2000. - № 6. - С. 43–48.
10. Заиграев Т. Г. Алкогольная ситуация - объект профилактического воздействия/ Т.Г. Заиграев // Социологические исследования. — 1985. — № 4. — С. 47–54.
11. Заиграев Т. Г. О некоторых особенностях профилактики пьянства / Т.Г. Заиграев // Социологические исследования. - 2003. - № 4. - С. 96–105.
12. Звездина М.Л. Наркомания и СПИД - болезни века: Учеб. пособие для уч-ся общеобразоват. шк./ М.Л. Звездина, С.П. Поташкин, Н.И. Якименко - Тверь: ЗАО "Литера-М", 2000. - 143 с.
13. Иванова Т. В. Отклоняющееся поведение и употребление подростками наркотиков / Т.В. Иванова // Социологические исследования. - 2002. - № 7. - С. 78–86.
14. Каменская Т. Г. Некоторые аспекты исследования образа потребления наркотиков в молодёжной среде/Т.Г. Каменская , В.И. Подшивалкина // Вісник Київського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи». — Київ, 2000. - № 492. - С. 173–176.
15. Кузьминов В. Н., Сердюк А. А. Профилактика наркотизма в глобальной сети Internet / В.Н. Кузьминов, А.А. Сердюк // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. - Харьков: Финарт, 2002. - С. 141–149.
16. Лазаренко В.І. Наркоситуація в Україні та девіантна поведінка молоді: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 22.00.04 / Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна./ В.І. Лазаренко - Харків, 2003. - 21 с.
17. Макомела P.M. Основні принципи збереження та зміцнення здоров'я населення / Роман Макомела // Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу: Матер, наук.-практ. конференції. - К.: Київський міський Центр здоров'я, 2018. - С 7-8.
18. Максименко С.Д. Актуальні питання профілактики наркоманії / С.Д. Максименко// Практична психологія та соціальна робота. -2004. -№ 10. - С. 1-3.
19. Максименко С.Д. Наркоманія: підходи до профілактики та подолання / С.Д. Максименко// Практична психологія та соціальна робота. -2005. -№ 10. - С. 1-3.
20. Максимова Н.Ю. Профілактика алкоголізму та наркоманії: соціально-психологічний аспект/ Н Ю. Максимова // Соціальна політика і соціальна робота. -2009. -№ 3-4. - С. 126-136.
21. Максимова Н.Ю. Психологічна профілактика вживання підлітками алкоголю та наркотиків./ Н Ю. Максимова - К.: НПЦ Преспектива, 1997. - 208 с
22. Максимова Н.Ю. Психологічна профілактика схильності до алкоголою та наркотиків і психокорекційна робота з підлітками групи ризику / Н Ю. Максимова // Практична психологія та соціальна робота. -2000. -№ 2 . - С. 2-4
23. Маликова Н. Н. Типология отношения студентов к наркомании / Н.Н. Маликова // Социологические исследования. - 2000. - № 7. - С. 50–57.
24. . Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2010. – 864 с.
25. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособ. / В. Д. Менделевич. – СПб. : Речь, 2008. – 445 с.
26. Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) /Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. - Харьков: Торсинг, 2015. - 432 с.
27. Молоді люди, які вживають ін'єкційні наркотики: Поінформованість, усвідомлення ризику ВІЛ-інфікування, поведінка/ Укр. ін-т соціальних досліджень; Представництво дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні; Держ. центр соц. служб для молоді. -К., 2001. -63 с.
28. Нагорна A.M. Профілактика наркоманії серед підлітків: навчальний посібник для студ.вищих навч. закл./ А.М. Нагорна., В.В. Беспалько - Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2001.- 167 с.
29. Пелипас В. Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков/ В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цеглин // Вопросы наркологии. — 2008. — № 4. — С. 70–75.
30. Пилипенко В. Наркоманія у молодіжному середовищі України / В. Пилипенко // Розбудова держави. -2007. -№ 11. - С. 30-36.
31. Подшивалкина В. И. Социотехнологические проблемы борьбы с наркоманией / В.И. Подшивалкина, М.В. Левинский, Н.А. Мирошниченко //Соціальні технології. - Київ, 2001. - Вип. 11. - С. 47–59.
32. Подшивалкіна В. І. Наркоманія та місто: до проблеми розповсюдження наркотиків в місцевому середовищі / Валентина Подшивалкина //Соціологія міста: наукові проблеми та соціальні технології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. (27 квітня 2001 р., м. Дніпропетровськ). - Дніпропетровськ, 2001 - С. 160–164.
33. Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта /Сост. И. П. Рущенко. - Харьков: Финарт, 2002. - 240 с.
34. Рекомендації для педагогів, батьків, медичних працівників по виявленню ранніх ознак наркоманії серед підлітків. - Київ: Київське об’єднання «Соціотерапія»; Київський міський центр здоров’я, 2017. - 4 с.
35. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становлення личности / Х. Ремшмидт. – М.: Мир, 1994. – 320 с.
36. Ринда Ф.П. Медичні та соціальні аспекти наркоманії/ Ф.П. Ринда // Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу: Матер, наук.-практ. конференції. - К.: Київський міський Центр здоров'я, 2003. - С 53-55.
37. Рущенко И. П. Социологический мониторинг употребления психоактивных веществ в молодёжной среде / И.П. Рущенко, А,А. Сердюк // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. - Харьков: Финарт, 2002. - С. 93–101.
38. Рущенко І. П. Соціологія злочинності / І.П. Рущенко. - Харків: НУВС, 2001. - 370 с.
39. Рыбаков А. И. Ценностно-нормативные представления о потреблении алкоголя / А.И. Рыбаков // Социологические исследования. - 2008. - № 2. - С. 81– 83.
40. Егоров А. Ю. Психология девиантного поведения / А. Ю. Егоров. – СПб. : Речь, 2006. – 224 с.;
41. Змановская Е.В. Девиантология / Е.В.Змановская. – М.: Академия, 2004. – 288 с.
42. Змановская Е. В. Девиантология : (Психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособ.для студентов высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – 5-е изд., стер. –121 М. : Изд. центр «Академия», 2008. – 288 с.;
43. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособ. / Змановская Е. В, Рыбников В. Ю. – СПб. : Питер, 2010. – 352 с.;
44. Соболев В. А. Центр первичной профилактики наркотизма: методологическое и организационное обеспечение. /В.А. Соболев., Ю.Л. Белоусов, И.А. Подгорный - Харьков: Финарт, 2002. - 80 с.
45. Сердюк О. О.. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю: навчальний посібник./ О.О.Середюк, Ю.Л. Бєлоусов // Соціальна робота в органах внутрішніх справ України: — Харків: Національний університет внутрішніх справ, 2016. — С. 303–324.
46. Соболев В. А. Наркомания как объект социологического анализа/ В.А. Соболев, А.А. Сердюк //Вісник Харківського державного університету. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи». - Харків, 2000. - № 492. - С. 167–172.
47. Соціальна робота з молоддю в Україні (Збірник інформаційно-методичних матеріалів)/ М-во України у справах сім'ї та молоді, УкрНДІ проблем молоді; За заг. ред. І.Д. Звєрєвої. -К.: Столиця, 1997. -151 с.
48. Шаповалов В.В. Наркоманія: проблеми, особливості, попередження/ В.В. Шаповалов, М.М. Халін, В.О. Шаповалова, О.І. Мінко // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 10, вип. 1. — С. 200–204.

**ДОДАТКИ**

Додаток А

**Рівненський обласний центр**

**соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді**

Наше основне завдання - допомагати сім'ям, дітям та молоді, які опинилися у складних життєвих обставинах, і потребують сторонньої допомоги. З цією метою сьогодні на території Рівненської області функціонує 16 районних та 4 міських центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Також діють  сільські та селищні філії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Рівненська область одна з перших в Україні виконала постанову Кабінету Міністрів України від 21.01.98 №63 „Про подальший розвиток мережі центрів соціальних служб для молоді та підвищення ефективності їх діяльності". Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створені і діють в кожному районі та місті обласного підпорядкування.

Область одна з перших почала розвивати мережу сільських, селищних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. На сьогодні в Рівненській області створено 288 сільських, селищних центрів, філій районних центрів в сільській місцевості. Саме ці заклади можуть забезпечити соціальне обслуговування сімей, дітей та молоді в сільській місцевості шляхом надання їм різноманітних соціальних послуг, здійснювати соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах, соціально-профілактичну роботу із запобігання правопорушенням та негативним явищам у дитячому та молодіжному середовищі.

У наших центрах працюють психологи, соціальні працівники, соціальні педагоги, юристи. Для ефективного вирішення проблем клієнтів залучаються відповідні спеціалісти. Основними принципами діяльності центру є законність, дотримання і захист прав людини, системність, доступність, конфіденційність, відповідальність за дотримання етичних та правових норм під час надання допомоги.

Рівненський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді здійснює організаційно-методичне забезпечення діяльності закладів соціального обслуговування: соціального гуртожитку для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, та центру соціально-психологічної допомоги.

Ми надаємо групові та індивідуальні послуги, працюємо в сім'ях, навчальних закладах, притулках для дітей, виховних та виправних колоніях, реабілітаційних центрах для залежних, літніх оздоровчих та пришкільних таборах.

Ми гарантуємо професіоналізм, конфіденційність і анонімність послуг, які надаємо.

*Директор Рівненськогообласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді А.О. Бучак*

**Додаток Б**

**Рівненська область**

**Характеристика демографічної ситуації**

У 2018 р. в області намітилася позитивної динаміка щодо демографічних процесів

– вперше за 10 останніх років кількість народжених перевищила загаль ну кількість померлих. Показник народжуваності становить 14,8 на 1000 населення проти 13,7 у 2017 р. Високі показники народжуваності спостерігаються у Рокитнівському – 23,9, Березнівському – 20,2, Володимирецькому – 20,1, Сарненському – 18,3 районах.

Смертність по області становить 13,9 на 1000 населення (13,8 у 2017 р.). Природний приріст населення області позитивний і становить +0,9 (-0,1 у 2017 р.). Найкращі показники природного приросту населення спостерігаються у Рокитнівському районі (+10,8) та у м. Кузнецовську (+10,3).У структурі причин смертності 70,6% становлять хвороби системи кровообігу, 10,8% – новоутворення, 7,7% – травми та отруєння, 3,8 % – хвороби органів травлення.

Показник смертності населення у працездатному віці зріс з 56, 0 до 59,1 на 10 тис. осіб відповідного віку в 2018 р. Смертність жіночого населення становить 21,2, чоловічого – 94,5 на 10 тис. осіб відповідної статі.

**Додаток В**

ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ.

**ВІЛ не позбавляє майбутнього! Дізнайтесь про це!!!**

* Як захистити себе від інфікування?
* Як допомогти собі та своїм близьким, якщо така проблема вже існує?
* Де пройти діагностику та отримати допомогу медиків та психологів?

Колектив високопрофесійних спеціалістів надасть потрібну інформацію. Консультанти дадуть відповіді на найскладніші питання про профілактику та діагностику ВІЛ-інфекції, лікарі-інфекціоністи розкажуть про сучасні методи лікування та можливості отримання безкоштовної антиретровірусної терапії, а психологи допоможуть повернути надію та повірити в себе і своє майбутнє.

**Адреса:** м. Рівне, Жоліо Кюрі, 19

**E-mail:** [*ocpb@yandex.ru;ocpb@mail.ru*](mailto:ocpb@yandex.ru;ocpb@mail.ru);

**Телефони:**

**Головний лікар**- Гандзюк Олена Василівна 22-33-46;

**Заступник головного лікаря**- Денисюк Ганна Василівна 22-67-55;

**Приймальна** - 22-69-42;

**Бухгалтерія** - 22-69-42;

**Епідеміолог** - Кравчук Валентина Олександрівна 22-67-55;

**Лікар-інфекціоніст**- Форсюк Ольга Василівна 22-15-01;

**Лікар-інфекціоніст** - Остапчук Жанна Євгенівна 22-15-01;

**Лікар-педіатр**- Приходько Марина Валеріївна 22-67-55;

**Лікар-гінеколог**- Козьміна Людмила Іванівна 22-67-55;

**Лікар-лаборант**- Роганіна Наталія Олександрівна 68-49-37;

**Керівник регіонального центру моніторингу та оцінки**- Фесовець Наталія Сергіївна 22-67-55.

**Соціальний працівник -**Кичан Олена Василівна 22-15-01;

**Соціальний працівник**- Кошина Олена Миколаївна 22-67-55;

**Психолог**- Павлюк Світлана Миколаївна 22-15-01.

**Контактна особа:** Гандзюк Олена Василівна – головний лікар ОЦПБ зі СНІДом

**Додаток Г**

**ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян**

**Рівненської області за 2018 рік**

У грудні 2018 року на Рівненщині офіційно зареєстровано 36 ВІЛ-інфікованих осіб, за 12 місяців на облік поставлено – 244 особи ( 1 іноземка).

**Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІД та померлих від СНІД серед громадян Рівненської області.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | грудень 2018 | | | Січень- грудень 2018 | | | 2005– 2018 р. Р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | Нові випадки | | померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 36 | 8 | - | 244 | 23 | 6 | 1427 | 153 | 46 |
| У т.ч. діти до 14 років | 6 | - | - | 35 | - | - | 206 | 6 | 1 |

Епідемічна ситуація із захворюваності ВІЛ/СНІДом і надалі продовжує залишатися складною та напруженою. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за 12 міс. 2010 року складає– 21,1 на 100 тис.Перші випадки ВІЛ-інфекції почали реєструватися у 2005 році, станом на 01.01.2011 року зареєстровано 1427 випадків**.**На диспансерному обліку знаходиться – 1004 особи (1 іноземець) поширеність ВІЛ-інфекції – 87,2 на 100 тис.

**Вперше діагноз СНІД виставлено в 2000 році**, станом на 01.01.2018 року зареєстровано 153 особи. Знято з обліку – 76 хворих на СНІД, з них 46 осіб померло від СНІДу. На диспанспансерному обліку з діагнозом СНІД – 77 осіб, поширеність СНІД – 6,7 на 100 тис.

З 2007 року діагностовані випадки СНІД у дітей. Всього зареєстровано 6 випадків у дітей, на диспансерному обліку з діагнозом СНІД знаходиться 5 дітей.

**Шляхи інфікування ВІЛ серед**офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих за 12 місяців 2015 року :

- 98 осіб інфікувались парентеральним шляхом (40,2 %)

- 104 осіб – статевим шляхом, в тому числі 1 гомосексуаліст. (42,6 %),

- в 7-ти випадках – шлях інфікування не встановлено (2,8 %)

- від ВІЛ-позитивних жінок народилось 35 дітей (14,3 %).

**У 2000 році вперше виявлено випадок ВІЛ-інфекції у вагітної жінки**, за період з 2005 – 2018 р.виявлено 266 випадків вагітності, з них на диспансерний облік у лікаря інфекціоніста поставлено 197 жінок, у 46 випадках зафіксовано повторну вагітність, 29 жінок не перебувають на диспансерному обліку.**З 2001 року починають реєструватися випадки народження дітей від ВІЛ-інфікованих жінок.** Станом на 01.01.2018 зареєстровано 208 дітей, з них 2 дітей прибуло з інших областей..

До 2006 року – випадків вертикальної трансмісії не зареєстровано.

* • 2006 рік – вперше 1 дитині підтверджено ВІЛ-статус у дитини народженої ВІЛ-позитивною мамою.
* • 2007 рік – 2 дітям підтверджено ВІЛ-статус та виставлено діагноз СНІД
* • 2008 рік – 3 дітям підтверджено ВІЛ-статус, з них 2 виставлено діагноз СНІД.
* • 2009 рік – 2 дітям підтверджено ВІЛ-статус та виставлено діагноз СНІД
* • 2010 рік – 2 дітям підтверджено ВІЛ-статус.

**Станом на 01.11.2018 року- 139 дітей знято з обліку**:

- 128 дітей у зв’язку із зникненням антитіл до ВІЛ у сироватці крові при досягненні ними 1,5 річного віку

- 7 дітей у зв’язку із зміною місця проживання,

- 3 дитини померло (1 - діагноз СНІД, 1- діагноз сепсис, 1 недоношена),

- 1 лабораторна помилка.

У Зарічненському районі випадків ВІЛ-інфекції не зареєстровано.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | червень 2018 | | | Січень- червень 2018 | | | 2005 – червень 2018 р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | Нові випадки | | померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 25 | 0 | 0 | 127 | 5 | 3 | 1310 | 135 | 43 |
| У т.ч. діти до 14 років | - | - | - | 13 | - | - | 185 | 6 |  |

**ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих   
громадян Рівненської області за березень  2019 року**

У  березні  2019 року на Рівненщині офіційно зареєстровано 22 ВІЛ-інфікованих особи.

**Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІД та померлих від СНІД серед громадян Рівненської області.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | березень 2019 | | | 3 місяці 2019 | | | 2005 –  2019 р.р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | Нові випадки | | померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 22 | 3 | 3 | 59 | 10 | 4 | 1974 | 274 | 86 |
| У т.ч. діти до 14 років | 3 | 1 | - | 9 | - | - | 319 | 7 | 1 |

**Захворюваність на ВІЛ/СНІД**2005 – березень 2019р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Кількість випадків** | **Всього** | **Дорослі** | **Діти** |
| ВІЛ-інфіковані | 1974 | 1655 | 319 |
| Хворі на СНІД | 274 | 267 | 7 |
| Померлі від СНІДу | 86 | 85 | 1 |

**Диспансерний нагляд ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

На диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекція знаходиться – 1343 осіб, з них з діагнозом СНІД – 155.

На диспансерному обліку перебуває 99 дітей:  84 – з невизначеним статусом до 1,5 річного віку, 15 - з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них 10 дітей отримують АРВ-терапію.

**Додаток Д**

**ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих   
громадян Рівненської області за лютий  2019 року**

У  лютому  2019 року на Рівненщині офіційно зареєстровано 16 ВІЛ-інфікованих осіб.

**Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІД та померлих від СНІД серед громадян Рівненської області.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | лютий 2019 | | | 2 місяці 2019 | | | 2005 –  2019 р.р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | Нові випадки | | померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 16 | 5 | 1 | 37 | 7 | 1 | 1952 | 271 | 83 |
| У т.ч. діти до 14 років | 1 | - | - | 6 | - | - | 316 | 6 | 1 |

**Захворюваність на ВІЛ/СНІД**2005 – лютий 2019р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Кількість випадків** | **Всього** | **Дорослі** | **Діти** |
| ВІЛ-інфіковані | 1952 | 1636 | 316 |
| Хворі на СНІД | 271 | 265 | 6 |
| Померлі від СНІДу | 83 | 82 | 1 |

**Диспансерний нагляд ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

станом на 01.03.2019 р.

На диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекція знаходиться – 1327 осіб, з них з діагнозом СНІД – 154.

На диспансерному обліку перебуває 101 дітей:  88 – з невизначеним статусом до 1,5 річного віку, 13 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них у 4 дітей – діагноз СНІД,  у 9 – ВІЛ-інфекція, 8 дітей отримують АРВ-терапію.

**ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих   
громадян Рівненської області за січень  2019 року**

У  грудні 2019 року на Рівненщині офіційно зареєстровано 22 ВІЛ-інфікованих осіб.

**Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІД та померлих від СНІД серед громадян Рівненської області.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | січень 2019 | | | 2005–  2019 р.р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 22 | 2 | - | 1937 | 266 | 82 |
| У т.ч. діти до 14 років | 5 | - | - | 315 | 6 | 1 |

**Захворюваність на ВІЛ/СНІД**2005 – січень 2019р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Кількість випадків** | **Всього** | **Дорослі** | **Діти** |
| ВІЛ-інфіковані | 1937 | 1622 | 315 |
| Хворі на СНІД | 266 | 260 | 6 |
| Померлі від СНІДу | 82 | 81 | 1 |

**Диспансерний нагляд ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

станом на 01.02.2019 р.

На диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекція знаходиться – 1320 осіб, з них з діагнозом СНІД – 151.

На диспансерному обліку перебуває 100 дітей:  87 – з невизначеним статусом до 1,5 річного віку, 13 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них у 4 дітей – діагноз СНІД,  у 9 – ВІЛ-інфекція, 8 дітей отримують АРВ-терапію.

**ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ**

**про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих   
громадян Рівненської області за грудень  2019 року**

У  грудні 2019 року на Рівненщині офіційно зареєстровано 23 ВІЛ-інфікованих осіб.

**Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІД та померлих від СНІД серед громадян Рівненської області.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВІЛ-інфіковані особи | Грудень 2019 | | | 12 місяців 2019 | | | 2005 –  2019 р.р. | | |
| Нові випадки | | Померлі від СНІД | Нові випадки | | померлі від СНІД | нові випадки | | померлі від СНІД |
| ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД | ВІЛ-інфекції | СНІД |
| Усього | 23 | 8 | 2 | 243 | 62 | 21 | 1915 | 264 | 82 |
| У т.ч. діти до 14 років | 8 | - | - | 50 | - | - | 310 | 6 | 1 |

**Захворюваність на ВІЛ/СНІД**2005 – грудень 2019р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Кількість випадків** | **Всього** | **Дорослі** | **Діти** |
| ВІЛ-інфіковані | 1915 | 1605 | 310 |
| Хворі на СНІД | 264 | 258 | 6 |
| Померлі від СНІДу | 82 | 81 | 1 |

**Диспансерний нагляд ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД**

станом на 01.01.2019 р.

На диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекція знаходиться – 1303 осіб, з них з діагнозом СНІД – 148.

На диспансерному обліку перебуває 98 дітей:  85 – з невизначеним статусом до 1,5 річного віку, 13 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них у 4 дітей – діагноз СНІД,  у 9 – ВІЛ-інфекція, 8 дітей отримують АРВ-терапію.

**Додаток Е**

Програма соціологічного дослідження

1. **Проблемна ситуація**: Підлітковий вік – це найбільш важкий і складний з усіх дитячих вікових груп, що представляє собою період становлення особистості.Цей вік характеризується наявністю самих різноманітних психологічних проблем і труднощів, які найчастіше витісняються у зв'язку зі страхом усвідомлення.  Тривожним симптомом є зростання числа підлітків з девіантною поведінкою, що проявляється в асоціальних, конфліктних та агресивних вчинках.
2. **Об’єкт дослідження**:виступили передусім молоді люди віком 10–17 років, які навчаються, відповідно, у 5–11-х класах закладів загальної середньої освітита на 1-му, 2-му курсах закладів професійно-технічної освітиі на 1-му, 2-му курсах закладів фахової передвищої освіти.
3. **Предмет дослідження**:психологічні особливості виникнення девіантної поведінки у підлітків
4. **Мета дослідження полягає**: у отриманні надійної інформації, щодо характеристик здоров’я та способу життя молоді та підлітків, яка дасть можливість посилити заходи зі збереження та зміцнення здоров’я, визначити пріоритети формування навичок здорового способу життя з урахуванням особливостей різних статевовікових груп; вивчити вплив соціального оточення на стан здоров’я учнівської молоді; посилити інформаційне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя на базі навчальних закладів; започаткувати впровадження системи індикаторів щодо здорового способу життя серед підлітків, які ґрунтуватимуться на даних соціологічного опитування й доповнять відомчу статистику щодо захворювань.
5. **Об’єкт, предмет і мета** дозволили сформувати такі завдання дослідження:визначити основні причини виникнення девіантної поведінки у підлітків, проаналізувати гендерні чинники та порівняти їх прояви, організувати дослідження девіантної поведінки у підлітків.
6. **Вибірка дослідження**- 20 осіб
7. **Метод дослідження** – метод анкетування
8. **Інструментарій дослідження** – бланк анкети

Додаток Є

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ДОБРИЙ ДЕНЬ!  ШАНОВНИЙ УЧАСНИКУ ДОСЛІДЖЕННЯ!  Студент спеціальності «Соціальна робота» Полтавського інституту економіки і права ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» проводить соціологічне опитування щодо проблеми сімейного насильства. Ваші відповіді нададуть нам необхідну допомогу в науковому аналізі цієї проблеми.  Щоб заповнити анкету, достатньо підкреслити той варіант або варіанти відповіді, які, на Вашу думку, є правильними, або напишіть відповідь самі, якщо вона не наводиться. АНКЕТА Є АНОНІМНОЮ, тобто ви не повинні при заповненні вказувати своє прізвище, ім`я та контактні дані.  Ваше ставлення  **до вживання спиртних напоїв?**   а) негативне;  б ) позитивне;  **2.**  **Яке ваше ставлення до тютюнокуріння?**  а) негативне;  б) позитивне;  **3.** **Яке ваше ставлення до вживання наркотичних речовин?**  а) негативне;  б) позитивне;  **4.** **Чи пробували ви коли-небудь алкоголь?**      а) один раз;  б) періодично вживаю;  в) постійно вживаю;  **5.** **Чи пробували ви коли-небудь курити?**       а) один раз;  б) періодично курю;  в) постійно курю;  **6.** **Чи пробували ви коли-небудь наркотики?**  а) один раз;  б) періодично  вживаю;  в) постійно вживаю;  **7.** **Якщо ви курите, то як довго?**  а) протягом останнього місяця;  б) близько півроку;  в) протягом останнього року;  **8**. **Ви можете відмовитись від куріння сигapeт?**       а) до закінчення школи;  б) на все життя;  в) не знаю;   1. **Які спиртні напої ви вживаєте?**        а) пиво;  б) слабоалкогольні напої;   в) вино;   1. **Як довго ви вживаєте спиртні напої?**   а) протягом останнього місяця;  б) близько півроку;  в) протягом останнього року;   1. **Де в наш час можна придбати наркотики?**         а) серед однолітків;  б) у старших за мене молодих людей;  в) у однокласників;  г) у старшокласників;  **12.** **Де можна отримати правдиву інформацію про тютюн, алкоголь, наркотики та їх вплив на здоров'я?**         а) з телепередач;                                                                         є) на спеціальних тренінгах в школі;         б) на спеціальних заняттях в школі;                                         ж) на спеціальних тренінгах;         в) від вчителів;                                                                             з) від психолога;         г) від друзів;                                                                                 к) інше.  д) з газет, журналів; е) від батьків;   1. **Чи вважаєте ви, що сьогодні з- поміж ваших однолітків існує мода на:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *Твердження* | *Так* | *Ні* | *Важко відповісти* | | 1. «Крутий» одяг. |  |  |  | | 1. Відвідувaння дискотек, нічних клубів. |  |  |  | | 1. Ролики. |  |  |  | | 1. Куріння. |  |  |  | | 1. Проба будь-якого наркотику. |  |  |  | | 1. Мобільні телефони. |  |  |  | | 1. Регулярне вживання наркотиків. |  |  |  | | 1. Заняття спортом. |  |  |  | | 1. Вживання алкогольних напоїв. |  |  |  | | 1. Інше (вкажіть) | | | | |

|  |
| --- |
| **14**.**Чи згідні Ви з наступними твердженнями?** |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Твердження* | *Так* | *Ні* | *Важко відповісти* |
| 1 | 2-3 цигарки не шкідливо. |  |  |  |
| 2 | Дим цигарок завдає шкоди самому курцю, а оточуючим - ні. |  |  |  |
| 3 | Куріння погіршує пам'ять. |  |  |  |
| 4 | Бувають нешкідливі сигарети. |  |  |  |
| 5 | Люди, які курять, зазвичай хворіють стільки ж, скільки й ті, хто не курить. |  |  |  |
| 6 | Позбутися звички курити дуже легко. |  |  |  |
| 7 | Вживання пива не призводить до алкогольної залежності. |  |  |  |
| 8 | Алкоголізм - це хвороба. |  |  |  |
| 9 | Алкоголізм може бути тільки у дорослих. |  |  |  |
| 10 | Наркотики - це ліки від неприємностей і проблем. |  |  |  |
| 11 | Наркотики дуже рідко бувають причиною смерті людей, які їх вживають. |  |  |  |
| 12 | Наркотична залежність розвивається у підлітків швидше, ніж у дорослих. |  |  |  |
| 13 | Людина, яка вживає наркотики більш впевнено почувається у суспільстві. |  |  |  |
| 14 | Наркотична залежність може виникнути після кількох вживань наркотиків. |  |  |  |
| 15 | При бажані можна легко позбутися наркотичної залежності. |  |  |  |

**15. Як Ви вважаєте наскільки людина ризикує нашкодити своєму здоров’ю, якщо вона:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Дії* | *Ризику взагалі немає* | *Слабкий ризик* | *Великий ризик* | *Важко відпо-вісти* |
| 1 | Не курить, але часто буває в компанії, в якій курять. |  |  |  |  |
| 2 | Курить сигарети кожного дня. |  |  |  |  |
| 3 | Вживає спиртні напої 1-2 рази на місяць. |  |  |  |  |
| 4 | Постійно вживає слабоалкогольні напої («Джин-тонік», «Лонгер», «Ром-кола», пиво тощо). |  |  |  |  |
| 5 | Інколи нюхає токсичні речовини. |  |  |  |  |
| 6 | Пробує будь-які наркотики, але тільки один раз. |  |  |  |  |
| 7 | Інколи курить наркотичні речовини. |  |  |  |  |
| 8 | Вживає наркотики 1-2 рази на тиждень. |  |  |  |  |
| 9 | Вживає наркотики систематично. |  |  |  |  |

**16. Як Ви вважаєте …**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Збереження мого здоров’я, в першу чергу залежить від … | *батьків* | *лікарів* | *мене самого* | *вчителів* | *друзів* | *Інше (вкажіть)* |
|  |  |  |  |  |  |