

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра соціальної роботи

На правах рукопису

**Нікітенко Анастасія Володимирівна**

**“Профілактика стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини”**

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня

бакалавра соціальної роботи

Науковий керівник:

професор кафедри соціальної роботи,

доктор психологічних наук, професор

Александров Денис Олександрович

*Допустити до захисту в ЕК*

Кафедра соціальної роботи

Завідувач кафедри соціальної роботи,

кандидат соціологічних наук, доцент

Люта Леся Петрівна

---

(підпис)

Київ – 2023

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП .....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ АДИКТІВ .....</b>	<b>6</b>
1.1. Загальна характеристика поняття стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини .....	6
1.2. Явище стигматизації осіб з адиктивною поведінкою: сутність, механізми, наслідки .....	10
Висновки до розділу 1 .....	18
<b>РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ .....</b>	<b>19</b>
2.1. Методологія та опис дослідження соціально-психологічних чинників стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини.....	19
2.2. Інтерпретація результатів експериментального дослідження соціально-психологічних чинників стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини .....	21
Висновки до розділу 2 .....	24
<b>РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ СТИГМАТИЗАЦІЇ АДИКТІВ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ .....</b>	<b>25</b>
3.1. Аналіз сучасних підходів профілактики стигматизації адиктів.....	25
3.2. Розробка програми гармонізації суспільного ставлення до людей що мають наркотичну залежність засобами соціальної роботи .....	30
Висновки до розділу 3 .....	34
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>39</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>41</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>44</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Люди з залежностями належать до однієї з вразливих груп населення та мають високий ризик потрапляння в СЖО. Окрім цього, вони стикаються з дискримінацією, соціальним відторгненням, що значно погіршує їх положення в суспільстві й перспективи реабілітації. Проблема стигматизації, відторгнення суспільством адиктів є масштабною, може вважатись вираженою соціологічною проблемою.

Соціальний вплив має велику значущість в аспекті зміни поведінки членів соціуму. Під дією суспільного тиску, стримуються девіантні прояви окремих індивідів, що входять до складу даного соціуму. Суспільне схвалення або осуд відіграють роль орієнтирів поведінки в соціумі, індикаторів меж допустимого, та можуть справляти профілактичний вплив на виникнення тих чи інших поведінкових відхилень, зокрема і адикцій. Так, наприклад неприйняття суспільством деструктивних проявів залежності від психоактивних речовин, утримує окремих осіб від того, щоб почати їх вживати. Іншою справою є дискримінація адиктів, коли внаслідок суспільного неприйняття, осуду, вони можуть бути позбавлені своїх законних прав. Варто не розділяти вплив стигматизації на позитивний і негативний, так як він несе непоправну шкоду для адиктів.

Суспільству належить визначна роль в організації та результативності реабілітації громадян, що страждають від тих чи інших адикцій. Від позиції в соціумі, особливостей розуміння ним того, що відбувається з клієнтами наркологічних клінік, залежить характер взаємодії з залежними, можливість організації ефективного лікування та ресоціалізації. Стереотипне сприйняття, для якого характерне спрощення проблеми, навішування ярликів, недиференційований підхід до різних типів споживачів наркотичних речовин, робить повернення до нормального життя для адикта набагато важчим. Можна припустити, що у більшості випадків стигматизація та упереджене ставлення до наркозалежних осіб, відіграє негативну роль у їх реабілітації, робить більш важкою і без того доволі складну життєву ситуацію, доводячи людину до

відчаю та безнадії. Враховуючи викладені міркування, можна стверджувати, що проблема суспільного ставлення до наркоманії з точки зору реабілітації залежних осіб станом на теперішній час набуває все більшої актуальності та потребує всебічного дослідження. Виходячи із вищезазначеного, ми обрали тему курсової роботи **«Профілактика стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини»**.

Мета – дослідити зміст та форми програм профілактики стигматизації адиктів в Україні та закордоном.

**Об'єкт:** профілактика стигматизації адиктів.

**Предмет:** профілактика стигматизації наркозалежних як чинник їх успішної реабілітації у соціальній роботі.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання:**

1. Провести теоретико-методологічний аналіз особливостей стигматизації адиктів.
2. Проаналізувати форми профілактичних заходів в країнах Європи, націлених на профілактику стигматизації.
3. Визначити рівень стигматизації
4. Дослідити зміст та форми профілактичної роботи зі стигматизацією, та її вплив на залежних.
5. Окреслити сучасні підходи профілактики стигматизації адиктів
6. Розробити програму гармонізації суспільного ставлення до людей що мають наркотичну залежність засобами соціальної роботи

**Методи дослідження:**

1. *теоретичні методи:* аналіз філософської, психологічної, педагогічної, медичної літератури з метою побудови теоретичної моделі профілактики стигматизації адиктів;

2. *аналітичні методи:* вивчення вітчизняного й зарубіжного досвіду стосовно діагностики й корекції профілактики стигматизації адиктів; аналіз методичних і нормативних документів, що регламентують діяльність соціальної служби (метод контент-аналізу);

3. *емпіричні методи*: спостереження, експертна оцінка штатних психологів, фахівців соціальної служби, педагогів з метою виявлення впливу стигматизації на реабілітацію, психологічний стан адиктів, інтерв'ювання, формувальний експеримент, тестування за допомогою наступних психодіагностичних методик: (експрес-опитувальник індекс толерантності (Г.У. Солдатова, Кравцова, Хухлаєв О. Є., Шайгерова Л. А.) модифікований для діагностики толерантності до адиктів (Александров Д. О.));

4. *методи активного соціально-психологічного навчання*: тренінги, міні-лекції;

5. *методи математичної обробки результатів дослідження*: SPSS.

6. *інтерпретаційний метод*.

**Емпіричну базу дослідження** складають 53 респонденти з числа осіб, які віком від 17 до 63, з яких 48 осіб жіночої та 4 особи чоловічої статі.

**Наукова новизна** полягає у тому, що проведено детальне теоретико-емпіричне вивчення та аналіз особливостей основних індивідуально-психологічних детермінант формування чогось у когось.

**Практична значущість** полягає у тому, що результатом проведеного дослідження є розробка та проведення профілактичної програми профілактики (запобігання, психологічної корекції тощо) чогось у когось, яка може використовуватися у практиці соціальної роботи (супроводу тощо).

**Структура роботи** складається і вступу, трьох розділів, які містять 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел у кількості 27, додатків. Загальний обсяг роботи складає 46 сторінок, з яких основного тексту 40 сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ АДИКТИВ

## 1.1. Загальна характеристика поняття стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини

Однією з основних цілей гуманітарних наук є забезпечення достойної якості життя для кожної особи. Загрозу цьому становить вплив негативних факторів, таких як стигматизація, які є характерними для сучасності. Цей вплив, в поєднанні з індивідуальними особливостями кожної особи, часто призводить до виникнення психологічних труднощів різного походження, для людей що піддаються стигматизації. Таких як проблеми ресоціалізації та реабілітації. Це питання потребує особливої уваги, у роботі в галузі профілактики стигматизації людей, які мають наркотичну залежність.

Проблема стигматизації є досить детально вивченою. Велика кількість досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених зосереджена на різних аспектах теорії патогенезу цього явища. (І.Гофман, А.Фінзен, Т.П.Липай, И.Я.Гурович, М.Кабанов, Е.В.Новиков, А.П.Слободяник, П.Бірне, . Р.Гегігхет, Дж.Хоманса, І.Рущенко В.Кузьмінов Ю.Белоусов К.Лобанов М. Й. Варій, Ю. А. Голодникова, Л. В. Завгородня, В. Ф. Іванов, С. Г. Кара-Мурза, Н. Л. Лігачова, Ю. М. Нестеряк, А. В. Соколов, С. М. Черненко).

Витоки стигматизації беруть початок від часів старогрецької цивілізації, коли терміном стигма позначалося татуювання на тілі, що маркувало залежний або соціально несхвальний статус її носія. На думку греків, стигматизована людина – зневажена суспільством, затаврована, визнана “чужою серед своїх”. [19]

У науковий обіг поняття «стигма» було введено Ірвіном Гофманом в однойменній роботі “Стигма” в 1963 році, який в першу чергу вказував на руйнівний вплив стигми на нормальний процес соціальної взаємодії. З того часу починається етап теоретичного осмислення цього поняття. Один з

найбільш вагомих періодів активізації інтересу соціологів до стигматизації припадає на 1960 – 90-і роки, коли з'являється ряд наукових досліджень з вивчення широкого кола різноманітних форм поведінки індивіда, що відхиляються від норми.

Концепція стигматизації (“приклеювання ярликів”) належить Говарду Беккеру. Основа його концепції - поняття “первинної” і “вторинної” девіації. Згідно з цією концепцією, багато людей можуть зробити аморальні і навіть протизаконні вчинки досить випадково. Але після цього вони отримують від суспільства “мітку” - стигму злочинця і, відбувши покарання за першу провину, вже вимушені вливатися в кримінальне середовище. [11]

У соціально-психологічному аспекті стигма - надзвичайно впливове соціальне явище, яке повністю змінює ставлення до інших людей і до себе, примушуючи ставитися до людини тільки як до носія небажаної якості.

Стигматизація трактується як процес нав'язування людині або групі людей негативної соціальної ролі. Стигматизованими бувають погляди та дії, стигми виявляються в словах, підкріплюються невіглаством і страхом. Нині під стигматизацією розуміють упереджене, негативне ставлення до окремої людини або групи людей, пов'язане з наявністю у неї (них) якихось особливих властивостей або ознак. Стигма трактується як характерна особливість людини, котра значно дискредитує її в очах тих, хто її оточує. Також стигма здійснює величезний вплив на самосвідомість людини. Стигматизований стан (нав'язана соціальна якість чи ознака) приймаються людиною і стають його невід'ємною характеристикою, визначають його місце і роль в даному суспільстві. При цьому, як правило, вона виникає не в результаті активності індивіда, а з ініціативи домінуючих членів соціальної системи і виступає в якості символічної форми визначення соціального статусу людини (на основі тих чи інших його відхилень від прийнятих в даному суспільстві норм). На думку І.Гофмана, різниця між нормальним та стигматизованим індивідом є питанням поглядів і не обумовлена реальними причинами. [19]

Цей процес навчання починається в дитинстві, коли ми наповнюємося певними символами і способами поведінки. Будучи дорослими, ми також

орієнтуємо свою поведінку відповідно до цінностей нашого оточення. Нав'язані ззовні оцінки і переконання ми включаємо в своє “Я”, і ці цінності стають частиною нас самих. Через деякий час ми самі починаємо сприймати себе через ці штучні окуляри, використовуючи критерії суспільства. Ці переконання ми переносимо на всі сфери нашого існування, і ними визначається те, чи приймаємо ми поведінку, стиль життя, звички інших людей чи ні.

Ірвін Гофман виділяв три істотно різні типи стигм:

- “тілесні вади (каліцтво)” – різного роду фізичні відхилення;
- “індивідуальні недоліки характеру”. До таких недоліків

І.Гофман відносить сплутаність свідомості, слабка воля, неприродні або неконтрольовані пристрасті, судимість, наркоманію, гомосексуальність, втрату роботи, спроби самогубства і навіть радикальну політичну позицію.

- стигма “філогенезу раси, національності та релігії”, що передається від одного покоління до іншого і що таврує всіх членів сім'ї .

Сучасний швейцарський психіатр Асмус Фінзен виділяє дещо інші види стигм:

- вроджена стигма;
- стигма унаслідок хвороби;
- стигма належності до меншини.

Низку праць присвячено дослідженню ознак (критеріїв), форм прояву, особливостей впливу та наслідків стигматизації. Так, Клаусом Хуррельманом встановлено, що стигматизація може виявлятися по-різному: як в ігноруванні потреб людини або групи людей, так і в заподіянні психологічної або фізичної шкоди об'єктам стигматизації.

Розрізняють такі види соціальної стигматизації :

- Культурна стигматизація - упередження, укорінені в культурі держави або світовій культурі.
- Інституційна стигматизація - законодавчо закріплена стигматизація (наприклад: “людина, яка мала судимість”).
- Особиста (або внутрішня) стигматизація - упередження проти

себе самого, базоване на причетності до чого-небудь несхвалюваного у суспільстві.

- Міжособистісна стигматизація (наприклад: відмова від зустрічей, ненависть, презирство і насильство). [8]

Важливим є визначення двох аспектів стигматизації – зовнішнього та внутрішнього, а також її відповідних форм прояву та наслідків, залежно від того, спрямована вона на інших людей або на себе. Зовнішня стигма – це стигма щодо оточуючих, чужої групи, і вона може приймати різні форми: спроби людини довести, що вона не належить до цієї групи (“Я не такий”); презирливі вислови, “прізвиська”; уникнення контактів і зустрічей з представниками іншої групи; страх (зараження, насильства); насильство й інші форми дискримінації; “менторське”, опікувальне ставлення; ігнорування думки й інтересів представників групи тощо.

Внутрішня стигма – це стигма відносна до групи, до якої належить сама людина, а, отже, така стигма змінює ставлення людини до себе. Внутрішня стигма може виявлятися у такі способи: відчуття власної непотрібності, неповноцінності; спроби довести, що ти кращий, ніж інші представники групи, що ти не такий, “як вони всі”; нездатність налагодити стосунки з людьми, котрі не належать до цієї (референтної) групи; нездатність будувати стосунки з людьми, що належать до групи; страх дискримінації з боку інших людей, у тому числі й необґрунтований, безпідставний;. Самостигматизація може привести до депресії, занурення в собі, формування відчуття власної неповноцінності. Це підриває і виснажує сили вже ослаблених людей, громад, примушує людей звинувачувати себе за те, що вони опинилися в такому скрутному становищі. “Внутрішня” стигма, на відміну від зовнішньої, стосується відчуття власної гідності людини. [8]

## **1.2. Явище стигматизації осіб з адиктивною поведінкою: сутність, механізми, наслідки**

Американські соціальні психологи М. С. Stafford та R. R. Scott запропонували таке визначення стигми: «стигма є характеристикою осіб, яка суперечить нормі соціуму», де під «нормою» розуміють «загальне переконання, що людина повинна вести себе певним чином у певний час». Дослідники зазначають, що однією з причин, чому складно вивчати стигми, є наявність значної кількості її видів: «розглянемо тільки стисло перелік: старість, параліч, рак, наркоманія, психічні захворювання, задуха, належність до темношкірих, алкоголізм, куріння, злочинність, гомосексуальність, безробіття, сліпота, епілепсія, отримання соціальної допомоги, неписьменність, розлучення, заїкання, бідність тощо». [27]

Серед переживань стигматизації, які трапляються найчастіше, український науковець В. А. Абрамов та його колеги називають почуття сорому, можливість обмеження прав, відчуття зниження рівня життєдіяльності і залежність від оточуючих тощо. До цього переліку можна додати недовіру до інших, пригніченість, стрес, занижену самооцінку, безпорадність, песимізм, можливість виникнення депресії, низький рівень особистих досягнень тощо. [10]

Білоруська психологиня Ю. С. Смирнова за результатами дослідження виокремила шість типів настанов, якими може бути представлено ставлення до стигматизованих осіб/груп. Три з них («вороже ставлення», «негативна настанов на пасивність», «інтернальна атрибуція») характеризуються негативною оцінкою носіїв стигми, неприязню, ворожістю щодо них. Інші три типи настанов («жаль і співчуття», «позитивна настанова», «екстернальна атрибуція») свідчать про співчуття та відсутність ворожості і неприязні по відношенню до стигматизованих.

Процес стигматизації може відбуватися на індивідуальному (переконання окремої людини) [1] та суспільному (в окремих соціальних групах чи суспільстві загалом) рівнях. Саме тому стигматизатора можна розуміти у двох

аспектах: той, хто створює інформацію, яка сприяє виникненню стигматизації, та той, хто засвоює цю інформацію і, взявши її за основу для своїх настанов, стигматизує. Таке розрізнення необхідно враховувати, оскільки в першому разі процес стигматизації відбувається на суспільному рівні і стигматизатором тут можуть бути соціальні інститути, політичні організації чи навіть працівники медійної сфери — журналісти й редактори. У другому разі стигматизація відбувається на індивідуальному рівні, і в ролі стигматизаторів відіграє аудиторія мас-медіа чи близьке оточення стигматизованого.

Процес стигматизації може виникати і через помилки в сприйнятті аудиторією інформації з мас-медіа. Засвоєнню змісту журналістського тексту можуть перешкоджати деякі психологічні особливості та певні соціальні впливи. Важливу роль у такому відіграють соціально-психологічні бар'єри — наслідки взаємодії психіки індивіда з повсякденними явищами його життя (вихованням, освітою, стосунками в колективі). Найпоширенішими бар'єрами сприйняття, що виникають на підсвідомому рівні, професор М. І. Скуленко вважає такі: здоровий глузд, настанова аудиторії, груповий конформізм, наявність точки зору, що суперечить поглядам журналіста, перевищення межі насиченості інформації, логічні помилки, небажані стереотипи мислення, негативний вплив «лідерів думки», етнічні та національно-релігійні особливості аудиторії, несприятливе «тло думок», небажані світоглядні переконання, брак інформованості та компетентності, хибна ідентифікація тощо. На основі зазначеного можна дійти висновку про те, що певні соціально-психологічні чинники можуть спричинити негативне ставлення аудиторії до теми, способів і засобів її подання, героїв журналістського твору, а також викликати стигматизацію індивідів.

Стигматизація психічно хворих традиційно характеризується дискримінацією - тобто ставленням, яке негативно позначається хворих. Стигматизація не тільки погіршує їхню соціальну адаптацію і призводить до зниження якості життя, а й перешкоджає роботі з лікарем. Велика кількість хворих, які мають відносно легкий рівень психічних розладів, страждають від стигматизації більше, ніж від самих проявів хвороби. Соціальні наслідки дії

стигми проявляються у труднощах працевлаштування психічно хворого, складнощі з здобуттям освіти, здобуттям соціальної та медичної допомоги, зі скороченням кола спілкування тощо. Люди, що стигматизуються, стикаються із загальним дискримінуючим настроєм, який найчастіше супроводжується сильною ворожістю [3]. І саме через ці проблеми дестигматизація починає розглядатися як один із ключових аспектів не лише соціальної реабілітації, а й можливості лікування взагалі. Стигма може бути перешкодою для одужання від психічного захворювання, так як служить бар'єром для звернення по допомогу. Стигма продовжує впливати на людей із психічними захворюваннями, навіть після того, як початкова допомога отримана.

У сфері психології стигматизації є кілька власних теоретичних побудов, що описують мотивацію стигматизуючого. Одна з теорій, що широко обговорюються зараз - це "унітарна теорія стигматизації". Автор теорії розглядає конституційне, психологічне, економічне та еволюційне походження стигматизації, і доводить, що всі вони, зрештою, служать "особистій вигоді стигматизуючого". Ось який приклад автор призводить до "психологічних передумов": "... зіштовхуючись зі стигматизованим, мабуть, ми відчуваємося неспокійно лише тому, що дивна поведінка або, наприклад, спотворена особа могли б кинути виклик нашим нормам, цінностям та очікуванням. Щоб зменшити напруженість, ми уникаємо тих, хто має стигми, що ... означає... психологічну особисту вигоду". Основний наголос автор робить на соціо-економічному факторі стигматизації, при цьому бачачи її коріння в еволюційному походженні людини: "Стигматизація - як тактика виживання та репродукції... передбачає генетично обумовлений внутрішній імпульс до "дискримінації" тих, хто "репродуктивно негідний". [20]

Гільберт розглядає [18]"еволюційне коріння", що лежить за соціальними та психологічними проявами стигм. Вони полягають у:

1. уникненні небезпечного члена нашого суспільства та пов'язані з цим страх;
2. сприйнятті психічно хворих як генетично непридатних;
3. як сексуально непридатних;

4. як непридатних для спільної діяльності;
5. і навіть, потреби у почутті переваги.

Мотивація стигматизуючого, таким чином, зводиться до біологічних механізмів та потреб, а сприйняття людиною іншого – як детермінована еволюційним розвитком.

У дослідженнях про медичні та психологічні аспекти залежності від ПАР проблема сприйняття та ставлення суспільства до цієї хвороби, та зокрема до залежної особи представлена недостатньо широко, оскільки розроблялася порівняно невеликою кількістю науковців. Однак навіть ці малочисельні дослідження свідчать про негативне ставлення суспільства до проблеми адиктивної поведінки та її носіїв. Так, результати аналізу громадської думки про алкогольну залежність (Г. Шомерус) показують, що більшість людей країн Європи і Америки сприймають залежних осіб як небезпечних та непередбачуваних, безвольних, ненадійних, таких, хто потребує примусового лікування. Переважно наркоманія викликає у більшості опитаних почуття злості, огиди, тривоги. [25]

М. Кулеша, М. Ланімер проаналізували 28 досліджень, які оцінюють стигматизацію наркозалежних осіб. Отримані результати засвідчили, що стигма згубно впливає на психологічне благополуччя людей, які вживають наркотики.[21] Аналітичний огляд, здійснений Л. Бокель, Е. Брауерс та ін., показав, що негативне ставлення медичних працівників до пацієнтів, які вживають наркотичні речовини, є загальним явищем та часто зумовлює їм неналежне медичне обслуговування.[13]

Суспільство звинувачує людей у їхній залежності, спираючись на твердження, що наркоманія – це не хвороба, а наслідок втрати людиною контролю над собою. Також вона асоціюється з великою небезпекою, що підсилює дискримінацію. Водночас медична спільнота визнає залежність від ПАР хворобою на рівні з іншими хворобами.

Аналіз наукових публікацій засвідчує, що у деяких медичних працівників, психологів, психотерапевтів, і навіть наркологів розповсюджені стереотипні переконання про осіб зі сформованою адиктивною поведінкою. Це виявляється

у сприйнятті хворих як нездатних до лікування, безвідповідальних, схильних до маніпулювання. Відповідно, виникає уявлення, що з ними «неефективно працювати». Лікарі, які не вірять, що залежним можна допомогти, почуваються знесиленими, спустошеними і, зрештою, часто відмовляються від лікування та відштовхують клієнтів.

Л. Грузд стверджує, що взаємини адиктів з людьми, які не мають хімічної залежності, є для них більш значущими, ніж відносини всередині своєї соціальної групи. Споживачі психоактивних речовин не задоволені своїми взаєминами з оточенням та бажають поліпшити їх. Найбільш значимими механізмами цих відносин є «співпереживання» і «емоційне відлуння». Аналіз чинників відносин також показав незадоволеність взаємин наркозалежних із суспільством і бажанням їх поліпшити.

Крім того, автор зазначає, що до наркоспоживачів суспільство ставиться менш терпимо, ніж до залежних від алкоголю.

Дискримінацію наркоспоживачів легко помітити вже лексичному рівні: вибираючи ті чи інші слова, ми можемо показати своє ставлення до людини. Найпростіший приклад – це слово «наркоман». Сьогодні воно носить певний патологічний підтекст, вказує на наявний у людини суттєвий недолік, що, однак, зовсім не заважає різним ЗМІ використовувати його в роботах.

Стигми і хибні переконання стоять на шляху одужання залежних людей різними способами: споживачі наркотиків, можуть уникати звернення за допомогою до тих пір, поки залежність не досягне пропорцій кризи і не призведе до серйозних фінансових проблем. Медичні працівники можуть не розпізнати залежність як хворобу, яку можна лікувати. Друзі та члени сім'ї схильні приховувати проблему та прикривати людину, яка страждає залежністю. Така стимулююча поведінка знижує шанси людини на боротьбу з хворобою, прийняття наслідків адиктивної поведінки та звернення за лікуванням. Стигми довговічні і важко піддаються руйнації. До людини, яка має залежність, можуть ставитися з підозрою та недовірою, навіть після завершення лікування. Проте, зміни відбудуться лише за умови навчання та глибшого розуміння таких людей.

Профілактична робота спрямована на зменшення стигматизації та покращення якості життя залежних осіб. Вона може включати різноманітні програми та стратегії. Ось деякі приклади:

1. Освіта та інформування: Програми освіти та інформування спрямовані на поширення інформації про залежність, її причини та наслідки. Це можуть бути навчальні кампанії в школах, публікації в ЗМІ, семінари для громадськості тощо. Головна мета - змінити негативні уявлення та усунути стереотипи про залежність.

2. Залучення залежних осіб: Важливим елементом профілактичної роботи є залучення залежних осіб до процесу планування та реалізації програм. Це може включати участь залежних у групах підтримки, навчальних сесіях або як спікерів на конференціях. Це допомагає залежним особам почуватися важливими, підвищує їхню самооцінку та робить їх активними учасниками в боротьбі зі стигматизацією.

3. Зміна мови та комунікації: Одним із способів боротьби зі стигматизацією є зміна мови та способу комунікації щодо залежності. Важливо використовувати нетравматичну мову, уникати негативних позначень. Наприклад, замість терміну "наркозалежний" можна вживати термін "особа залежна від наркотиків". Це сприяє позитивній зміні уявлень та сприйняття залежних осіб.

4. Підтримуючі спільноти: Розвиток підтримуючих спільнот, таких як групи взаємодопомоги, спрямованих на залежних осіб, може бути важливим кроком у профілактичній роботі зі стигматизацією. Ці спільноти надають залежним особам безперервну підтримку, спільноту розуміння та можливість поділитися своїм досвідом. Це допомагає зменшити почуття самотності, знайти позитивну ідентичність і отримати емоційну підтримку.

5. Створення безбар'єрного доступу до лікування: Важливим аспектом профілактичної роботи є забезпечення безбар'єрного доступу до якісних послуг лікування залежності. Це включає розширення мережі

лікувальних закладів, надання фінансової підтримки для лікування та розвиток інтегрованих підходів до допомоги залежним особам, які враховують їхні специфічні потреби.

6. Співпраця зі ЗМІ: Співпраця зі ЗМІ та може мати значний вплив на зміну уявлень та сприйняття щодо залежності.

7. Залучення медичних працівників, працівників органів виконавчої влади: Враховуючи, що медичні працівники та працівники органів виконавчої влади є ключовими фігурами в житті залежних осіб, важливо проводити спеціалізовану підготовку та тренінги щодо розуміння стигми та розвитку навичок ненав'язливої підтримки. Це сприятиме покращенню якості надання послуг

8. Політики та законодавство: Важливо враховувати стигматизацію та її вплив на залежних осіб при розробці політик та законодавства щодо залежності. Це може включати захист прав залежних осіб, забезпечення їхнього недискримінаційного доступу до послуг та розробку антистигматичних програм.

9. Співпраця з громадськістю та організаціями: Важливо сприяти співпраці з громадськістю та організаціями, що працюють у галузі профілактики залежності та стигматизації.

В країнах Європи проводиться значна робота щодо профілактики стигматизації наркозалежних і поліпшення їхнього становища. Деякі приклади досвіду профілактичних заходів у країнах Європи включають:

1. Застосування підходу "шкоди замість злочину" (harm reduction approach):
2. Країни Європи активно використовують підхід "шкоди замість злочину", який базується на наукових доказах і спрямований на зменшення шкоди, пов'язаної зі вживанням наркотиків. Цей підхід включає такі заходи, як метадонові програми замісної терапії, розподіл безпечних шприців та надання консультативної підтримки.

3. Розвиток підтримуючих спільнот. Ці спільноти надають залежним особам можливість поділитися своїм досвідом, отримати емоційну підтримку та знайти нові способи позитивної ідентифікації.
4. Кампанії просвітництва та інформування. Ці кампанії надають точну інформацію про наркозалежність, її причини та наслідки, а також пропонують шляхи допомоги та підтримки.
5. Залучення залежних осіб до процесу прийняття рішень: увага акцентується на залучення залежних осіб до процесу прийняття рішень, пов'язаних з політиками та програмами, які стосуються наркозалежності. Це включає консультації з представниками пацієнтських груп, залежних осіб та їхніх родичів при розробці стратегій, програм та законодавчих актів. Це дозволяє залежним особам вносити свій внесок, висловлювати свої потреби.
6. Політика декриміналізації: Деякі країни Європи прийняли політику декриміналізації наркотиків, замість примусового кримінального переслідування залежних осіб. Це сприяє більш гуманному підходу до проблеми наркозалежності, спрямованому на забезпечення доступу до лікування та соціальної підтримки.
7. Впровадження програм соціальної реінтеграції: Ці програми спрямовані на допомогу залежним особам у поверненні до суспільства та відновленні нормального життя після періоду наркозалежності. Вони можуть включати підтримку у пошуку житла, зайнятості, навчанні та інших аспектах соціальної адаптації.
8. Підтримка родин: Сприяння родинам, які мають члена, що є залежним, є важливим аспектом профілактики стигматизації. Родини можуть отримувати консультаційну підтримку, навчальні програми, а також доступ до груп взаємодопомоги для родичів наркозалежних.
9. Сприяння дослідженням: Підтримка досліджень, які досліджують ефективність заходів з профілактики стигматизації наркозалежних, допомагає розширити наші знання та розуміння проблеми. Це

включає фінансування дослідницьких проектів, сприяння колаборації та поширення результатів досліджень.

### **Висновки до розділу 1**

У сучасній літературі стигматизацією називається процес, у результаті якого деяка група людей отримує стійкий негативний маркер, що визначає ставлення до них оточуючих, а частково – і їхню власну самооцінку. Визнавши, що в неї є якісь обмеження, людина мимоволі навіщує на себе ярлик під назвою «Я не такий, як усі» в неї формається почуття провини та сорому, що значною мірою впливає на психологічний стан адикта.

Від позиції соціуму, особливостей розуміння ним того, що відбувається з клієнтами наркологічних клінік, залежить характер взаємодії з ними, можливість організації ефективного лікування та ресоціалізації. На тлі розповсюдженого у суспільстві явища стигматизації залежних осіб формування толерантності зумовлює неупереджене ставлення громадян до особи що вживає наркотичні речовини, що підвищує вірогідність його звернення за професійною допомогою та у кінцевому підсумку успішну реабілітацію.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ**

### **2.1** Методологія та опис дослідження соціально-психологічних чинників стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини

Як було нами продемонстровано у ході теоретичного аналізу сучасних підходів до стигматизації, іпозеза нашого емпіричного дослідження полягає у тому, що саме ставлення суспільства, а саме упереджене ставлення до людей, що вживають наркотичні речовини можуть виступати бар'єрами до реабілітації. Виходячи з цієї теоретичної позиції ми у ході констатувального етапу емпіричного дослідження будемо діагностувати соціальне сприйняття різних категорій населення. Це дозволить виявити детермінанти стигматизації адиктів та розробити у подальшому ефективну програму профілактики (корекції, розвитку тощо) для вдосконалення соціальної практики.

Мета нашого дослідження – це виявити зв'язок положення адиктів в соціумі з соціально-психологічними чинниками, які можуть впливати на їх психологічний стан, ефективність реабілітації.

*Перший етап* – теоретико-аналітичний – було присвячено аналізу літературних джерел з проблематики стигматизації адиктів, опрацювання основних понять і теорій, вихідних принципів дослідження та методичного інструментарію, доборі матеріалу релевантному цілям емпіричного дослідження.

Нами були обрані методика: експрес-опитувальник індекс толерантності (Г.У. Солдатова, Кравцова, Хухлаєв О. Є., Шайгерова Л. А.) модифікований для діагностики толерантності до адиктів (Александров Д. О.). (Додаток А)

*Другий етап* – констатувальний експеримент – базувався на формуванні репрезентативної вибірки, підготовки оптимальних обставин взаємодії з

досліджуваними з метою ефективного проведення емпіричного вивчення сприйняття різних категорій населення, а також безпосереднього проведення психодіагностичного дослідження.

Для дослідження нами була сформована репрезентативна вибірка з числа 53 людей. Вибірка досліджуваних складалась з числа осіб, віком від 17 до 60, з яких 84 відсотки віком від 18 до 25 років, з яких 48 осіб жіночої та 4 осіб чоловічої статі (Додаток В). Представники експериментальної групи демонструють значний рівень загальної толерантності.

При вивченні цієї проблеми було організовано і проведено дослідження серед різноманітних верств населення. Дослідження проходило в онлайн форматі. Учасники обстеження були забезпечені усіма умовами для роботи.

*Третій етап* – аналітико-узагальнюючий. На цьому етапі відбувалася систематизація, аналіз, узагальнення та порівняння результатів, отриманих у результаті емпіричного дослідження, а також інтерпретація отриманих даних.

*Четвертий етап* – формувальне експериментальне дослідження, яке включало розробку та апробацію профілактичної програми з подолання стигматизуючого уявлення про адиктів, результати якого наведені у третьому розділі нашої роботи. План формувального етапу дослідження передбачав послідовну реалізацію таких етапів:

1. Формування вибірки.
2. Формування експериментальної та контрольної груп.
3. Проведення первинної діагностики.
4. Організація та здійснення формуючого впливу.
5. Проведення підсумкової діагностики.
6. Інтерпретація результатів дослідження.

Отже, проведене нами емпіричне дослідження складалось з констатувального та формувального експериментів, результати яких підлягали аналітико-узагальнюючій інтерпретації за допомогою методів математичної статистики .

Підсумовуючи обґрунтування методології емпіричного дослідження соціального сприйняття різних категорій населення, можна констатувати, що

ретельність та „чистота” проведеного дослідження забезпечило відповідність сформованої вибірки необхідним критеріям. Так, репрезентативність визначалась відповідністю досліджуваних рис експериментальної групи рисам, притаманним усій генеральній сукупності по відношенню до якої ми можемо застосувати дані, отримані в експерименті.

Проводячи аналіз результатів проведеного дослідження слід зазначити, що одержані первинні дані було оброблено за допомогою стандартних програм варіаційної статистики з обрахуванням середніх значень.

## 2.2 Інтерпретація результатів експериментального дослідження соціально-психологічних чинників стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини

В опитуванні взяли участь 53 особи. Серед них 45 опитуваних (84,9%) віком 18-25 років, 3 опитуваних (5,7%) віком до 18 років, 3 опитуваних (5,7%) віком 25-30 років, 1 опитуваний (1,9 %) віком 30-40 років та 1 опитуваний (1,9%) віком 50-60 років.

Розподіл за статтю: жінки 48 респондентів (90,6%), чоловіки 4 респонденти (7,5%) та один респондент обрав графу інший варіант (1,9%).

*Загальні результати* по експрес-опитувальнику “Індекс толерантності” (Г. У. Солдатова, О. А. Кравцова, О.Є. Хухласєв, Л. А. Шайгерова) модифікований для діагностики толерантності до адиктів (Александров Д. О.).

Респонденти мали оцінити, наскільки вони згодні чи не згодні з наведеними твердженнями, і відповідно поставити галочку навпроти кожного твердження. Кожній відповіді на пряме твердження надається бал від 1 до 6 ("абсолютно не згоден" - 1 бал, "повністю згоден" - 6 балів). Відповідям на зворотні твердження надаються реверсивні бали ("абсолютно не згоден" - 6 балів, "повністю згоден" - 1 бал). Потім отримані бали підсумовуються.

Номери прямих тверджень: 1, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 22.

Номери зворотних тверджень: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19.

За результатами аналізу даних рівень загальної толерантності має середній зв'язок з рівнем толерантності до людей, що мають алкогольну залежність і низький з рівнем толерантності до людей з наркотичною залежністю. (Додаток Б)

Показники рівня толерантності до людей з наркотичною залежністю нижче за показники загальної толерантності. При цьому, якщо людина толерантна до людей з алкогольною залежністю, то є велика ймовірність, що вона буде толерантна й до людей з наркотичною залежністю.

Ось деякі з питань:

На тезу “У ЗМІ може бути подана будь-яка думка щодо наркозалежних” 3 респонденти (5,7%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 10 респондентів (18,9%) обрали відповідь - не згоден/дна, 13 респондентів (24,5%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 20 респондентів (37,7%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 5 респондентів (9,4%) обрали відповідь - згоден/дна, та 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “У шлюбах з алкозалежними завжди більше проблем, аніж у шлюбах тверезників” 1 респондент (1,9%) обрав відповідь - абсолютно не згоден/дна, 1 респондент (1,9%) обрав відповідь - не згоден/дна, 10 респондентів (18,9%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 13 респондентів (24,5%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 18 респондентів (34%) обрали відповідь - згоден/дна, та 10 респондентів (18,9%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “Якщо друг зрадив, треба помститися йому” 1 респондент (1,9%) обрав відповідь - абсолютно не згоден/дна, 27 респондентів (50,9%) обрали відповідь - не згоден/дна, 9 респондентів обрали відповідь (17%) - скоріше не згоден/дна, 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 1 респондент (1,9%) обрав відповідь - згоден/дна, та 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “ До алкозалежних стануть краще ставитися, якщо вони змінять свою поведінку” 8 респондентів (15,1%) обрали відповідь - не згоден/дна, 15 респондентів (28,3%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 21 респондент

(39,6%) обрав відповідь - скоріше згоден/дна та 9 респондентів (17%) обрали відповідь - згоден/дна.

На тезу “ Наркозалежні самі винуваті у своїх проблемах” 5 респондентів (9,4%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 13 респондентів (24,5%) обрали відповідь - не згоден/дна, 17 респондентів (32,1%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 10 респондентів (18,9%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 5 респондентів (9,4%) обрали відповідь - згоден/дна, та 3 респонденти (5,7%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “ Навіть якщо я маю свою думку, я готовий/ва вислухати й інші точки зору” ніхто з респондентів не обрав варіанти - абсолютно не згоден/дна, не згоден/дна, скоріше не згоден/дна, 8 респондентів (15,1%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 30 респондентів (56,6%) обрали відповідь - згоден/дна, та 15 респондентів (28,3%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “Усіх хто вживає наркотики необхідно ізолювати від суспільства” 7 респондентів (13,2%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 14 респондентів (26,4%) обрали відповідь - не згоден/дна, 19 респондентів (35,8%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 9 респондентів (17%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - згоден/дна, та 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “Наркозалежні повинні мати такі ж права, як і здорові співгромадяни” 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 8 респондентів (15,1%) обрали відповідь - не згоден/дна, 6 респондентів (11,3%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 19 респондентів (35,8%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 13 респондентів (24,5%) обрали відповідь - згоден/дна, та 5 респондентів (9,4%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “Людина сама має вирішувати чи вживати їй наркотики чи ні” 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 2 респонденти (3,8%) обрали відповідь - не згоден/дна, 8 респондентів (15,1%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 14 респондентів (26,4%) обрали відповідь -

скоріше згоден/дна, 17 респондентів (32,1%) обрали відповідь - згоден/дна, та 10 респондентів (18,9%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

На тезу “Я можу собі уявити особу, яка вживає алкоголь своїм близьким другом” 3 респонденти (5,7%) обрали відповідь - абсолютно не згоден/дна, 6 респонденти (11,3%) обрали відповідь - не згоден/дна, 8 респондентів (15,1%) обрали відповідь - скоріше не згоден/дна, 12 респондентів (22,6%) обрали відповідь - скоріше згоден/дна, 17 респондентів (32,1%) обрали відповідь - згоден/дна, та 7 респондентів (13,2%) обрали відповідь - повністю згоден/дна.

## **Висновки до розділу 2**

Проведена робота над емпіричною частиною курсового дослідження дозволяє підвести наступні підсумки.

З метою експериментального вивчення суспільної думки щодо наркотизації залежних осіб було сплановано емпіричне дослідження, у ході якого передбачалось використати авторську анкету, спрямовану на вивчення суспільної думки та ставлення до різних категорій населення.

Люди можуть мати, загалом високий рівень толерантності, але при цьому бути не дуже толерантними до людей з наркотичною залежністю, мати середній рівень толерантності до людей з алкогольною залежністю.

Тож можна сказати, що такий напрям роботи, як профілактика стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини є актуальним.

## **РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ СТИГМАТИЗАЦІЇ АДИКТІВ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ**

### **3.1 Аналіз сучасних підходів профілактики стигматизації людей, що залежні від наркотичних речовин**

Профілактика стигматизації повинна будуватися на правильному розумінні залежності її сутності, підвищенні загальної культури, духовного і матеріального рівня населення.

В процесі виховання, може відбуватися поступове тренування громадян емпатії, розуміння, в зв'язку з чим усуваються причини, що призводять до стигматизації.

В країнах Європи проводиться значна робота щодо профілактики стигматизації наркозалежних і поліпшення їхнього становища. Деякі приклади досвіду профілактичних заходів у країнах Європи включають:

1. Застосування підходу "зменшення шкоди". Він спрямований на зменшення шкоди, пов'язаної зі вживанням наркотиків. Цей підхід включає такі заходи, як метадонові програми замісної терапії, розподіл безпечних шприців та надання консультативної підтримки. Концепція "зменшення шкоди" відповідно до Всесвітньої організації здоров'я охоплює заходи, що мають на меті запобігання або зменшення негативних наслідків пов'язаних з ризиковою поведінкою. В контексті ін'єкційного вживання наркотиків, "зменшення шкоди" означає впровадження заходів, що мінімізують ризик передачі ВІЧ та інших інфекційних захворювань, які можуть поширюватися через спільне використання нестерильного інструментарію для приготування та використання наркотиків. Також важливою частиною цього підходу є ведення програм ЗПТ. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є визнаним і широко застосовуваним методом лікування осіб, які страждають від психічних та поведінкових розладів, спричинених вживанням опіоїдів. Дослідження

підтверджують значні переваги участі в програмі ЗПТ як для самого пацієнта, так і для суспільства в цілому. Цей метод:

- допомагає знизити рівень вживання заборонених опіоїдів;
- зменшує рівень злочинності, пов'язаної, зокрема, з необхідністю отримання коштів на нелегальні наркотики;
- знижує смертність від передозувань та передчасну смертність, які пов'язані зі зловживанням наркотиків, включаючи серцево-судинні захворювання і сепсис;
- поліпшує соціальне функціонування, а саме: зайнятість, відновлення соціальних зв'язків, батьківські обов'язки;
- зменшує ризиковану поведінку, пов'язану з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатиту В і С серед ін'єкційних наркоманів, сприяє профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини;
- створює умови для ефективного лікування СНІДу, туберкульозу та супутніх захворювань, таких як сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки і тд.;
- покращує фізичне здоров'я пацієнтів.

Отже, ЗПТ є важливим і комплексним підходом до лікування, який сприяє поліпшенню як фізичного, так і психологічного стану пацієнтів. Деякі фактори впливають на ефективність програм ЗПТ:

- Правильне призначення препарату, враховуючи діагноз (відповідно до МКХ-10 "синдром залежності від опіоїдів").
- Правильність дозування. Мають враховуватись індивідуальні потреби, дотримання принципу низьких початкових доз і високих підтримувальних доз, а також відповідність рекомендаціям щодо терапевтично ефективних доз.
- Безперервне і тривале лікування без обмежень щодо тривалості, включаючи можливість довічного лікування, оскільки використовується

підхід до розуміння залежності як хронічної хвороби, а не як гострого стану.

- Комбінація фармакологічного лікування з психосоціальним супроводом.
- Доступність лікування, особливо у разі наявності супроводжуваних проблем (ВІЛ і т.д.) [24]

2. Розвиток підтримуючих спільнот. Досвід роботи груп взаємопідтримки для людей, які перебувають у процесі реабілітації від наркотичної залежності, демонструє свою актуальність та ефективність і в межах України. Основним принципом досягнення звільнення від залежності є покрокова технологія нормалізації та підтримки здорового функціонування особистості, незалежно від її фізичного або психічного стану. Спільнота своїм власним прикладом боротьби з залежністю, додатково мотивує кожного учасника групи. Це створює специфічне соціальне середовище, яке має терапевтичний ефект. Такі групи дають можливість адиктам зменшити відчуття особливості власного негативного досвіду, почуття самотності, провини. Це є важливим аспектом в подоланні самостигматизації. До таких груп можна віднести:

- Самостійну групову діяльність
- Групи підтримки у соціальних мережах
- Групи Анонімних Наркоманів та Анонімних Алкоголіків. [14]

В Україні випускається газета “Мотылек”, де читачі можуть знайти актуальну інформацію на теми: ЗПТ, реабілітації, правового захисту; люди з залежностями діляться власним досвідом, мають змогу проявити свої творчі здібності. З моїх спостережень вона є доволі популярною наприклад серед відвідувачів ГО клубу “Еней”.

3. Кампанії просвітництва та інформування. Розширення освіти та підвищення свідомості щодо наркозалежності та стигматизації проводиться через шкільні програми, публічні кампанії, інформаційні матеріали та тренінги для фахівців. Це сприяє збільшенню розуміння причин наркозалежності, способів допомоги та розбудові супротиву стигмі. В даній роботі важливо активно співпрацювати зі ЗМІ, щоб передати правильну та точну інформацію

про те, що наркозалежність є хворобою, а не моральним пороком. Ставлення до наркозалежних повинно бути таким же, як до людей, хворих на діабет чи гіпертонію. Важливо правильно розуміти особливості цієї хвороби, поведінки та життя адиктів. Необхідно належним чином поширювати цю інформацію та здійснювати піар у ЗМІ, презентуючи доречні приклади життя, вживачів наркотиків та тих, хто взяв участь у програмах замісної терапії. За словами старшого фахівця з програмної діяльності Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні – Антона Басенко “Зазвичай ЗМІ проявляють достатньо велику увагу до теми наркополітики, але в силу обмеженості розуміння даної проблеми, залучення журналістів скоріше нашкодить зміні відношення до людей і побудові толерантного ставлення, ніж допоможе”. Для створення правильного уявлення про наркозалежних необхідно проводити тренінги та інформаційні заняття. Ефективним є використання засобів масової інформації, журналів газет, що видаються громадськими та пацієнтськими організаціями. Ці джерела можуть сформувати позитивне та об'єктивне сприйняття. Також важливим є здійснення впливу на розуміння проблеми серед людей, які причетні до прийняття державних рішень (МОЗ, МВС і тд.). Важливо, щоб керівники розуміли проблему належним чином та були толерантними, оскільки це впливає на сприйняття проблеми всією організаційною структурою. Починаючи з появи перших проектів зниження шкоди, розпочався процес інформування правоохоронних органів про ці проекти (їх сутність, цільова аудиторія та роль правоохоронних органів в цьому). Відтоді регулярно проводяться тренінги різного рівня для працівників правоохоронних органів, включаючи: лекції про зниження шкоди, наркозалежності, замісну терапію, питань ВІЛ та інших соціально-небезпечних захворювань. [6]

4. Політика декриміналізації: Деякі країни Європи прийняли політику декриміналізації наркотиків, замість примусового кримінального переслідування залежних осіб. Це сприяє зменшенню стигми та сприяє більш гуманному підходу до проблеми наркозалежності, спрямованому на забезпечення доступу до лікування та соціальної підтримки. [2,7].

5. Захист прав залежних осіб: Забезпечення захисту прав залежних осіб, включаючи їх право на лікування, доступ до послуг та недискримінаційне ставлення, є важливою складовою профілактики стигматизації. Це включає законодавчі заходи, адвокацію та правову допомогу для залежних осіб.

6. Розвиток програм замісної терапії: Програми замісної терапії, такі як надання замісних опіоїдних препаратів, дозволяють залежним особам отримувати стабілізовану дозу наркотиків під медичним наглядом. Це дає змогу легше пройти процес реабілітації, ресоціалізації. У суспільстві, а також у структурах, таких як правоохоронні органи та лікувальні установи, наркозалежні та пацієнти з програм замісної підтримувальної терапії зазнають дискримінації. Більшість людей не має належного розуміння щодо програм ЗПТ і виступає проти всього, що з ними пов'язано. Так в 2009 була створена Всеукраїнська громадська організація "Асоціація учасників замісної підтримувальної терапії України", потім Євразійська мережу людей, які вживають наркотики, задля того, щоб вплинути на цю ситуацію. В Україні нараховується понад 8 тисяч пацієнтів, які отримують замісну терапію, а наркозалежних, за різними оцінками, є не менше мільйона людей.

Задля зменшення дії зовнішньої соціальної стигматизації та її наслідків необхідне ретельне наукове дослідження її соціально-психологічних чинників, а також розробка системи науково обґрунтованих методів та засобів її запобігання й нівелювання її наслідків. Завдання суспільства, сім'ї та соціальних працівників у цьому випадку - повернути людину до соціуму, до реальності, відновити її адекватну самооцінку. Зокрема, для зменшення впливу самостигматизації використовується метод емпурменту (або "набуття сили"); емпурмент трактується як процес, в ході якого самі люди, зачеплені стигмою (стигматизовані), набувають знань і навичок, котрі дозволяють їм подолати внутрішню стигму та протистояти їй.

## **3.2 Розробка програми гармонізації суспільного ставлення до людей що мають наркотичну залежність засобами соціальної роботи**

Так як по результатам опитувальника респонденти мали доволі високий загальний рівень толерантності, і низький рівень толерантності до наркозалежних в порівнянні з алкозалежними, та на основі проаналізованих теоретичних положень, ми розробили програму профілактики спрямовану на просвіту, що дає можливість знизити рівень упередженості до наркозалежних.

Ми очікуємо, що завдяки реалізації програми будуть отримані наступні зміни:

1. Підвищення рівня емпатії, розуміння залежності, психіки залежної людини;
2. Зниження рівня інтолерантності;
3. Підвищення прагнення до розуміння залежних.

Головні напрямки програми:

1. Розуміння наркозалежності: Лекції включали розбір поняття наркозалежності, її причин, наслідків та впливу на життя залежних осіб. Вони повинні пояснити, що наркозалежність є медичною проблемою, а не простим моральним вибором.

2. Стереотипи та стигма: тренінги мають на меті виявлення стереотипів, упереджень та стигми, пов'язаних з наркозалежністю. Вони можуть розкрити негативний вплив стигми на залежних і наголосити необхідність її зменшення.

3. Спілкування та емпатія: тренінги включають вправи, які сприяють розумінню та зменшенню стигми.

4. Розуміння впливу соціуму та оточення адикта, на реабілітацію та його психологічний стан.

Завдання програми:

1. Формування свідомого ставлення. Програма повинна сприяти формуванню свідомого розуміння наркозалежності як медичної проблеми, а не як моральну провину.

2. Зменшення стереотипів та упереджень. Програма спрямована на зменшення стереотипів та упереджень, пов'язаних з наркозалежністю.

3. Залучення залежних осіб як експертів. Я використовувала досвід людей, що мають наркотичну залежність, як приклад і підтвердження наявності стигми, та її впливу.

До основним методів роботи у розробленій нами програмі профілактики можна віднести:

1. Лекція.
2. Мозковий штурм.
3. Дискусія.

Структура програми. Програма включає в себе 4 заняття. Тривалість одного заняття близько 2-х годин. Загальна кількість часу – 8 годин. Форма проведення психокорекційної програми – тренінг.

Кількість учасників в групі – 15 осіб.

Мета програми: зміна стигматизуючих установок щодо людей що вживають наркотичні речовини.

Очікувані результати:

- Зниження упередженості;
- Формування розуміння психологічних особливостей особистості людини, що має залежність;
- Мотивація до самовдосконалення особистості.

Кожне заняття тренінгу складається з трьох частин - розминки, основного змісту та рефлексії:

1. Розминка включає в себе вправи, що сприяють активізації учасників групи, створення невимушеної, доброзичливої атмосфери, підвищенню згуртованості групи, а також підготовці до основного матеріалу заняття.

2. Основний зміст включає такі форми: лекції, ігри, мозковий штурм, групові дискусії, що допомагають зрозуміти і засвоїти головну тему заняття та досягти мети, яка стоїть перед даним заняттям.

3. Рефлексія передбачає обмін між учасниками своїми думками, враженнями, почуттями, пов'язаними з темою заняття. Вона проводиться в кінці кожного заняття.

Перша сесія «Знайомство».

Спрямована на ознайомлення з цілями і завданнями, основними принципами і параметрами групової роботи, а також на прояснення очікувань учасників тренінгу від майбутньої роботи. Включає в себе теоретичну та практичну частини. В теоретичній – ми намагалися визначити, які упередження щодо людей залежних від наркотичних речовин є у учасників групи, які з них мають сенс, а які ні. Практична - вправи, спрямовані на формування довірчої атмосфери у групі, налагодження контакту з учасниками.

Мета: самовизначення членів групи й визначення групою цілей своєї роботи; актуалізація внутрішньої готовності до змін і самозмін; створення в групі атмосфери психологічної безпеки, яка б сприяла самопізнанню і самовиявленню.

Ми обговорили такі найпоширеніші міфи серед населення

1. Примусова реабілітація є ефективною, так як людина з залежністю не здатна самотійно прийняти рішення.
2. Зрив - є ознакою слабкості людини, небажання лікуватись; зрив є показником того, що лікування не працює.
3. Людину, що вживає наркотики можна відразу помітити за зовнішнім виглядом або поведінкою.
4. Залежна людина заслуговує на ті труднощі, що має, це її провина.
5. ЗПТ – це не лікування.

6. Жінки, що мають наркотичну залежність мають бути позбавлені батьківських прав.
7. Залежні люди є неадекватними.
8. Людина має залежність, так як вона слабша/гірша.

Друга сесія «Психологічні аспекти формування залежності».

Спрямована на інформування щодо психічних станів та психологічних особливостей людей, що мають наркотичну залежність. В теоретичній частині було викладено основний матеріал. В практичній – проведено мозковий штурм, де ми з учасниками намагалися самостійно визначити, які психологічні особливості притаманні людям з залежною поведінкою. А саме:

Наявність акцентуацій особистості може сприяти розвитку залежної поведінки. Залежність може бути компенсаторним механізмом для полегшення почуття дискомфорту викликаного особливостями акцентуації. Адиктам притаманні такі акцентуації як: параноїдальна, шизоїдна, істерична, нарцисична, депресвна, асоціальна, імпульсивна, невротична (співзалежність), компульсивна акцентуації, також комплекс неповноцінності.

Ознаки адикції

1. Неспроможність контролювати імпульси - втрата вольового контролю, obsесивність і компульсивність.
2. Наявність шкідливих наслідків поведінки - руйнація сім'ї, втрата відносин з друзями, звільнення з роботи – це все не зупиняє адикта, він заперечує ці негативні наслідки.
3. Симптоми абстененції у разі утримання
4. Нездатність вольового самоконтролю.
5. Обмежене коло інтересів наркотичної тематики (розмови, жарти – про речовину, всі інші теми зводяться нанівець)

Третя сесія «Програми ЗПТ».

Спрямована на формування розуміння, що таке ЗПТ.

Було обговорено такі найпоширеніші міфи, як:

1. ЗПТ — не лікування.
2. Метадон — той самий наркотик, а міняючи один на інший, наркозалежний не вилікується.
3. Немає доказів, що метадон чи бупренорфін допомагають.

Четверта сесія «Підсумки. Що може робити кожен з нас для профілактики стигматизації людей з наркотичною залежністю».

На четвертій сесії ми розглядали організації, що працюють з адиктами в Україні. Також обговорили, що може робити кожен з нас для дестигматизації людей з наркотичною залежністю. В практичній частині учасники мали змогу висловити свою думку, щодо засвоєної інформації та її актуальності.

### **Висновки до розділу 3**

Для реалізації поставленої мети розробки програми профілактики стигматизації ми обрали тренінговий підхід. Програма профілактики 4 заняття загальним обсягом 8 годин. За результатами ретесту нами не було виявлено позитивних зрушень. За результатами ретесту було виявлено. На нашу думку це пов'язано, перш за все з тим, що профілактичні заходи мають вживатись комплексно, на всіх рівнях. А саме:

1. Застосування підходу «зменшення шкоди». Він спрямований на зменшення шкоди, пов'язаної зі вживанням наркотиків. Цей підхід включає такі заходи, як метадонові програми замісної терапії, розподіл безпечних шприців та надання консультативної підтримки. Концепція «зменшення шкоди» відповідно до Всесвітньої організації здоров'я охоплює заходи, що мають на меті запобігання а,о зменшення негативних наслідків пов'язаних з ризиковою поведінкою. В контексті ін'єкційного вживання наркотиків, «зменшення шкоди» означає впровадження заходів, що мінімізують ризик передачі ВІЧ та інших інфекційних захворювань, які можуть поширюватися через спільне використання нестерильного інструментарію для приготування та використання наркотиків. Також

важливою частиною цього підходу є ведення програм ЗПТ. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є визнаним і широко застосовуваним методом лікування осіб, які страждають від психічних та поведінкових розладів, спричинених вживанням опіоїдів. Дослідження підтверджують значні переваги участі в програмі ЗПТ як для самого пацієнта, так і для суспільства в цілому. Цей метод:

- допомагає знизити рівень вживання заборонених опіоїдів;
- зменшує рівень злочинності, пов'язаної, зокрема, з необхідністю отримання коштів на нелегальні наркотики;
- знижує смертність від передозувань та передчасну смертність, які пов'язані зі зловживанням наркотиків, включаючи серцево-судинні захворювання і сепсис;
- поліпшує соціальне функціонування, а саме: зайнятість, відновлення соціальних зв'язків, батьківські обов'язки;
- зменшує ризиковану поведінку, пов'язану з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатиту В і С серед ін'єкційних наркоманів, сприяє профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини;
- створює умови для ефективного лікування СНІДу, туберкульозу та супутніх захворювань, таких як сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки і тд.;
- покращує фізичне здоров'я пацієнтів.

Отже, ЗПТ є важливим і комплексним підходом до лікування, який сприяє поліпшенню як фізичного, так і психологічного стану пацієнтів. Деякі фактори впливають на ефективність програм ЗПТ:

- Правильне призначення препарату, враховуючи діагноз (відповідно до МКХ-10 «синдром залежності від опіоїдів»).
- Правильність дозування. Мають враховуватись індивідуальні потреби, дотримання принципу низьких початкових доз і високих

підтримувальних доз, а також відповідність рекомендаціям щодо терапевтично ефективних доз.

- Безперервне і тривале лікування без обмежень щодо тривалості, включаючи можливість довічного лікування, оскільки використовується підхід до розуміння залежності як хронічної хвороби, а не як гострого стану.
- Комбінація фармакологічного лікування з психосоціальним супроводом.
- Доступність лікування, особливо у разі наявності супроводжуваних проблем (ВІЛ і т.д.) [24]

2. Розвиток підтримуючих спільнот. Досвід роботи груп взаємопідтримки для людей, які перебувають у процесі реабілітації від наркотичної залежності, демонструє свою актуальність та ефективність і в межах України. Основним принципом досягнення звільнення від залежності є покрокова технологія нормалізації та підтримки здорового функціонування особистості, незалежно від її фізичного або психічного стану. Спільнота своїм власним прикладом боротьби з залежністю, додатково мотивує кожного учасника групи. Це створює специфічне соціальне середовище, яке має терапевтичний ефект. Такі групи дають можливість адиктам зменшити відчуття особливості власного негативного досвіду, почуття самотності, провини. Це є важливим аспектом в подоланні самостигматизації. [14]

3. Кампанії просвітництва та інформування. Розширення освіти та підвищення свідомості щодо наркозалежності та стигматизації проводиться через шкільні програми, публічні кампанії, інформаційні матеріали та тренінги для фахівців. Це сприяє збільшенню розуміння причин наркозалежності, способів допомоги та розбудові супротиву стигмі. В даній роботі важливо активно співпрацювати зі ЗМІ, щоб передати правильну та точну інформацію про те, що наркозалежність є хворобою, а не моральним пороком. Ставлення до наркозалежних повинно бути таким же, як до людей, хворих на діабет чи гіпертонію. Важливо правильно розуміти особливості цієї хвороби, поведінки та

життя адиктів. Необхідно належним чином поширювати цю інформацію та здійснювати піар у ЗМІ, презентуючи доречні приклади життя, вживачів наркотиків та тих, хто взяв участь у програмах замісної терапії. Для створення правильного уявлення про наркозалежних необхідно проводити тренінги та інформаційні заняття. Ефективним є використання засобів масової інформації, журналів газет, що видаються громадськими та пацієнтськими організаціями. Ці джерела можуть сформувати позитивне та об'єктивне сприйняття. Також важливим є здійснення впливу на розуміння проблеми серед людей, які причетні до прийняття державних рішень (МОЗ, МВС і тд.). Важливо, щоб керівники розуміли проблему належним чином та були толерантними, оскільки це впливає на сприйняття проблеми всією організаційною структурою. Починаючи з появи перших проектів зниження шкоди, розпочався процес інформування правоохоронних органів про ці проекти (їх сутність, цільова аудиторія та роль правоохоронних органів в цьому). Відтоді регулярно проводяться тренінги різного рівня для працівників правоохоронних органів, включаючи: лекції про зниження шкоди, наркозалежності, замісну терапію, питань ВІЛ та інших соціально-небезпечних захворювань. [6]

4. Політика декриміналізації: Деякі країни Європи прийняли політику декриміналізації наркотиків, замість примусового кримінального переслідування залежних осіб. Це сприяє зменшенню стигми та сприяє більш гуманному підходу до проблеми наркозалежності, спрямованому на забезпечення доступу до лікування та соціальної підтримки.

5. Захист прав залежних осіб: Забезпечення захисту прав залежних осіб, включаючи їх право на лікування, доступ до послуг та недискримінаційне ставлення, є важливою складовою профілактики стигматизації. Це включає законодавчі заходи, адвокацію та правову допомогу для залежних осіб.

6. Розвиток програм замісної терапії: Програми замісної терапії, такі як надання замісних опіоїдних препаратів, дозволяють залежним особам отримувати стабілізовану дозу наркотиків під медичним наглядом. Це дає

змогу легше пройти процес реабілітації, ресоціалізації. У суспільстві, а також у структурах, таких як правоохоронні органи та лікувальні установи, наркозалежні та пацієнти з програм замісної підтримувальної терапії зазнають дискримінації. Більшість людей не має належного розуміння щодо програм ЗПТ і виступає проти всього, що з ними пов'язано. Так в 2009 була створена Всеукраїнська громадська організація «Асоціація учасників замісної підтримувальної терапії України», потім Євразійська мережу людей, які вживають наркотики, задля того, щоб вплинути на цю ситуацію.

Задля зменшення дії зовнішньої соціальної стигматизації та її наслідків необхідне ретельне наукове дослідження її соціально-психологічних чинників, а також розробка системи науково обґрунтованих методів та засобів її запобігання й нівелювання її наслідків. Завдання суспільства, сім'ї та соціальних працівників у цьому випадку – повернути людину до соціуму, до реальності, відновити її адекватну самооцінку. Зокрема, для зменшення впливу самостигматизації використовується метод емпайрменту (або “набуття сили”); емпайрмент трактується як процес, в ході якого самі люди, зачеплені стигмою (стигматизовані), набувають знань і навичок, котрі дозволяють їм подолати внутрішню стигму та протистояти їй.

## ВИСНОВКИ

1. На основі проведеного теоретичного аналізу нами доведено, що стигматизація значним чином впливає на реабілітацію людей з залежностями, вона є бар'єром до звернення за допомогою, викликає почуття провини та сорому. У результаті стигматизації група людей отримує стійкий негативний маркер, що визначає ставлення до них оточуючих, а частково – і їхню власну самооцінку. Визнавши, що в неї є якісь обмеження, людина мимоволі навішує на себе ярлик під назвою «Я не такий, як усі» в неї формуються почуття провини та сорому, що значною мірою впливає на психологічний стан адикта.

Від позиції соціуму, особливостей розуміння ним того, що відбувається з клієнтами наркологічних клінік, залежить характер взаємодії з ними, можливість організації ефективного лікування та ресоціалізації. На тлі розповсюдженого у суспільстві явища стигматизації залежних осіб формування толерантності зумовлює неупереджене ставлення громадян до особи що вживає наркотичні речовини, що підвищує вірогідність його звернення за професійною допомогою та у кінцевому підсумку успішну реабілітацію.

2. Емпіричне дослідження підтвердило висунуту гіпотезу про те, що соціальне сприйняття людей, що мають наркотичну залежність є нетолерантним. Люди можуть мати, загалом високий рівень толерантності, але при цьому бути не дуже толерантними до людей з наркотичною залежністю, мати середній рівень толерантності до людей з алкогольною залежністю. Тож, такий напрям роботи, як профілактика стигматизації людей, що вживають наркотичні речовини є актуальним.

3. З урахуванням результатів констатувального етапу емпіричного дослідження та на основі проаналізованих теоретичних положень, ми розробили програму профілактики спрямовану на гармонізацію відповідних сфер, що дає можливість знизити рівень стигматизації. Програма профілактики складається з 4 сесій загальним обсягом 2 години.

4. Для реалізації поставленої мети розробки програми профілактики стигматизації ми обрали тренінговий підхід. Програма профілактики 4 заняття

загальним обсягом 8 годин. За результатами ретесту нами не було виявлено позитивних зрушень. На нашу думку це пов'язано, перш за все з тим, що профілактичні заходи мають вживатись комплексно, на всіх рівнях. Для зміни ставлення не достатньо чотирьох занять, цей процес є тривалим. Це дозволяє стверджувати, що у подальшому, при широкому запровадженні та систематичному інтенсивному застосуванні даного тренінгу можна прогнозувати більш суттєві позитивні зміни у сфері профілактики стигматизації у когось у системі соціальної роботи.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кнуф А., Епов Л. Ю. Стигма: теорія і практика. // Знання. Розуміння. Вміння. – 2006. С. 149-153.
2. Бугай В. Світовий досвід вирішення проблеми легалізації легких наркотиків у країнах англо-американської та романо-германської правових систем / В. Бугай // Матеріали VIII Всеукраїнської студентської науковопрактичної конференції Правозахисний рух: історія та сучасність. – 2015. С. 178-181
3. Галецька І. Психологічні аспекти стигми психічних розладів / І. Галецька, І. Влох, Л. Животовська // Психологічні аспекти стигматизації та реабілітації. – Львів : Вид-во Романа Романка, 2007. С. 60–96.
4. Гурович І. Про програму боротьби зі стигмою / Ісак Гурович // Соціальна та клінічна психіатрія. — 1999.
5. Доній, Н. Є. (2017) Стигматизація осіб, які оступилися: питання новітнього часу. Вісник Дніпропетровського університету. Філософія.
6. Інтерв'ю Єдині права, які є у наркоманів, - це право на безправ'я? <https://gurt.org.ua/interviews/20875/>
7. Офіційний сайт новин «Корреспондент». У Чехії легалізували наркотики [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.korrespondent.net/world/1134678-u-chehiyi-legalizovali-narkotiki>
8. Чутора, М. В. Стигматизація: сутність, види, причини виникнення / М. В. Чутора // Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота / [редкол.: Козубовська І.В. (гол. Ред.) та ін.]. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2011.
9. Що українці знають і думають про права людини: загальнонаціональне дослідження /І. Бекешкіна та ін.; під заг. Ред. Т. Печончик. К.

- 10.Ефекти стигматизації і аутостигматизації хворих на різних стадіях шизофренії / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов, Г. Г. Путятин // Український вісник психоневрології. – 2008. С. 27-32.
- 11.Becker H. Outsiders: studies in sociology of deviance. N. Y., 1963.
- 12.Biernat M., Dovidio J. Stigma and stereotypes// The social psychology of stigma/ Eds. By T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull.N.Y.:Guilford, 88-125
- 13.Boekel L., Brouwers E., Weeghel J., Garretsen H. (2013) Stigma among Health Professionals towards Patients with Substance Use Disorders and its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review. Drug and Alcohol Dependence, 23–35.
- 14.Borkman T. Understanding Self-Help: Mutual Aid: Experiential Learning in the Commons. London : Rutgers University Press, 1999.
- 15.Byrne, P. (2000) Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Advances in Psychiatric Treatment.
- 16.Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma. // Handbook of social psychology / Eds. By D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey Boston: McGraw-Hill, 1998, 504-553.
- 17.Dijker A., Koomen W. Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill person// Basic and applied social psychology, 2003, 51-68.
- 18.Gilbert, P. Shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard» and the role of shame». In A.H. Crisp (ed.), Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness, 2001.
- 19.Goffman I. Stigma: notes on the management of spoiled identity, N.Y.: Simon and Shuster, 1963.
- 20.Haghighat, R. Towards a unitary theory of stigmatisation / R. Haghighat // Br. J. Psychiatry. – 2001, 207-215.

21. Kulesza M., Larimer M., Rao D. (2013) Substance Use Related Stigma: What We Know and The Way Forward. *Journal of Addictive Behaviors. Therapy & Rehabilitation*, 2 (2): 782–793.
22. Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
23. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma // *Annual Review of Psychology*, 2005, vol. 56, 393-442.
24. Parkin, Stephen. 2013. *Habitus and Drug Using Environments: Health, Place and Lived-Experience*. Farnham, UK: Ashgate.
25. Schomerus G., Lucht M., Holzinger A., Matschinger H., Carta M., Angermeyer M. (2011) The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: a Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46 (2):105–112.
26. Smart L., Wegner D. The hidden costs of hidden stigma // *The social psychology of stigma*/ Eds. By T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull. N.Y.: Guilford,
27. Stafford M. C., Scott R. R. *Stigma, Deviance and Social Control: Some Conceptual Issues. The Dilemma of Difference*. New York : Plenum, 1986. P. 77–91.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

**Експрес-опитувальник «Індекс толерантності» (Г.У.Солдатова, О.А.Кравцова, О.Є. Хухлаєв, Л.А.Шайгерова) Модифікований для діагностики толерантності до адиктів (Александров Д.О.)**  
**Інструкція:** Оцініть, будь ласка, наскільки Ви згодні чи не згодні з наведеними твердженнями, і відповідно поставте галочку навпроти кожного твердження.

№	Твердження	Абсолютно згоден	Не згоден	Скоріш не згоден	Скоріш згоден	Згоден	Повністю згоден
1.	У ЗМІ може бути подана будь-яка думка щодо наркозалежних						
2.	У шлюбах з алкозалежними завжди більше проблем, аніж у шлюбах тверезників						
3.	Якщо друг зрадив, треба помститися йому						
4.	До алкозалежних стануть краще ставитися, якщо вони змінять свою поведінку						
5.	У спорі може бути вірною лише одна точка зору						
6.	Наркозалежні самі винуваті у своїх проблемах						
7.	Нормально вважати, що виключно тверезники та ЗОЖ завжди і в усьому кращі						
8.	З людьми у стані наркотичного сп'яніння неприємно спілкуватися						
9.	Навіть якщо я маю свою думку, я готовий вислухати й інші точки зору						
10.	Усіх хто вживає наркотики необхідно ізолювати від суспільства						
11.	Я готовий прийняти у якості члена своєї сім'ї особу яка вживає алкоголь						
12.	Наркозалежним слід допомагати не більше, аніж іншим людям, адже у всіх проблем не менше						
13.	Якщо хтось поводить ся зі мною грубо, я відповідаю тим-самим						
14.	Я не заперечую, щоб у моєму оточенні були люди, які вживають алкоголь						
15.	Для боротьби із наркозалежними країні необхідні жорсткі каральні санкції						
16.	Наркозалежні повинні мати такі ж права, як і здорові співгромадяни						
17.	Людина, яка думає не так, як я, викликає в мене роздратування						
18.	До людей, які вживають алкоголь важко ставитися лояльно						
19.	Будь-який безлад мене дуже дратує						
20.	Людина сама має вирішувати чи вживати їй наркотики чи ні						
21.	Я можу собі уявити особу, яка вживає алкоголь своїм близьким другом						
22.	Я хотів би стати більш терпимою людиною стосовно інших						

## Додаток Б

### Correlation matrix

	tolerance	toleranceA	toleranceD
tolerance	1.00	0.36	
toleranceA	0.36	1.00	
toleranceD	0.04	0.40	
	tolerance	toleranceA	toleranceD
tolerance	0.04		
toleranceA	0.40		
toleranceD	1.00		

## Додаток В

	A	C	E	H	I	J	K	L
1	Отметка времени	Ваш вік	Стать	Адекватність самооцінки	Адекватність самооцінки	Адекватність самооцінки	Чесність, відвертість (ві)	Чесність, відвертість (лч)
2	07.04.2023 20:50:20	18-25	Жінка	4	2	1	4	3
3	07.04.2023 20:57:38	18-25	Жінка	3	2	2	2	3
4	07.04.2023 21:17:45	25-30	Жінка	3	2	1	3	3
5	07.04.2023 21:19:10	18-25	Жінка	2	2	2	3	2
6	07.04.2023 21:22:40	18-25	Чоловік	3	1	2	3	2
7	07.04.2023 21:47:24	25-30	Жінка	3	3	2	3	3
8	07.04.2023 22:01:41	50-60	Жінка	3	2	1	3	2
9	08.04.2023 14:14:41	18-25	Чоловік	4	2	1	2	3
10	08.04.2023 21:42:38	30-40	Жінка	4	1	1	3	1
11	08.04.2023 22:22:04	До 18	Жінка	3	1	0	4	1
12	13.04.2023 18:12:16	18-25	Жінка	3	0	0	4	1
13	13.04.2023 18:15:24	18-25	Жінка	3	1	1	3	1
14	13.04.2023 18:16:39	18-25	Жінка	4	2	2	4	2
15	13.04.2023 18:20:17	18-25	Жінка	3	1	1	3	0
16	13.04.2023 18:22:42	До 18	Жінка	4	2	2	2	3
17	13.04.2023 18:24:23	18-25	Жінка	3	2	2	4	2
18	13.04.2023 18:25:20	18-25	Жінка	2	0	0	2	1
19	13.04.2023 18:26:49	До 18	Жінка	3	0	0	3	2
20	13.04.2023 18:27:49	18-25	Жінка	2	1	1	2	2
21	13.04.2023 18:30:15	18-25	Жінка	3	2	0	2	3
22	13.04.2023 18:33:50	18-25	Жінка	3	3	1	3	3
23	13.04.2023 18:36:54	18-25	Жінка	3	1	1	2	2
24	13.04.2023 18:39:34	18-25	Жінка	3	1	0	4	2
25	13.04.2023 18:43:41	18-25	Жінка	3	2	1	4	2
26	13.04.2023 18:54:26	18-25	Жінка	3	2	1	3	3
27	13.04.2023 18:58:45	18-25	Жінка	4	2	1	3	3
28	13.04.2023 19:02:04	18-25	Жінка	3	2	1	2	2
29	13.04.2023 19:12:29	18-25	Жінка	4	2	2	3	1
30	13.04.2023 19:30:45	18-25	Інше	3	2	1	2	2
31	13.04.2023 19:30:50	18-25	Жінка	3	2	2	3	2
32	13.04.2023 19:34:04	18-25	Жінка	3	1	1	3	2
33	13.04.2023 19:58:39	18-25	Жінка	3	2	1	3	1
34	13.04.2023 20:38:00	18-25	Жінка	3	1	0	3	3
35	13.04.2023 20:42:06	18-25	Жінка	4	2	0	2	2

	A	C	E	H	I	J	K	L
1	Отметка времени	Ваш вік	Стать	Адекватність самооцінки	Адекватність самооцінки	Адекватність самооцінки	Чесність, відвертість (ві)	Чесність, відвертість (дЧ)
36	13.04.2023 20:51:10	18-25	Жінка	2	1	1	3	1
37	14.04.2023 4:52:28	18-25	Жінка	4	1	1	3	2
38	14.04.2023 15:49:04	18-25	Чоловік	3	0	1	4	1
39	14.04.2023 22:33:46	18-25	Жінка	2	2	1	3	2
40	14.04.2023 22:50:41	18-25	Жінка	3	2	0	4	3
41	16.04.2023 6:56:16	18-25	Жінка	4	1	2	2	4
42	19.04.2023 12:42:40	18-25	Жінка	4	0	1	3	4
43	19.04.2023 12:52:24	18-25	Жінка	4	0	0	4	0
44	19.04.2023 13:24:48	18-25	Чоловік	3	1	0	2	0
45	19.04.2023 13:37:43	18-25	Жінка	4	2	1	3	3
46	19.04.2023 13:51:03	25-30	Жінка	3	1	0	1	0
47	19.04.2023 14:55:38	18-25	Жінка	2	1	1	3	1
48	19.04.2023 15:27:25	18-25	Жінка	1	0	0	3	4
49	20.04.2023 16:40:29	18-25	Жінка	3	2	0	3	2
50	22.04.2023 4:15:57	18-25	Жінка	3	1	1	3	2
51	22.04.2023 4:41:33	18-25	Жінка	3	2	2	1	1
52	22.04.2023 4:52:06	18-25	Жінка	3	2	2	3	1
53	22.04.2023 16:40:58	18-25	Жінка	2	3	0	2	3
54	26.04.2023 19:00:35	18-25	Жінка	3	1	2	3	2